

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD /
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

**Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal
Programa de Salud Renal
para la Seguridad Social de la Argentina**

Santos Depine, MD, MPH

Agosto de 2004

Santos Depine

INDICE TEMÁTICO

Agradecimientos

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, el Caribe y la República Argentina

3.- Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal

4.-Planificación, Programación y Evaluación

5.- Desarrollo para la Seguridad Social

- **Establecer las metas y objetivos del programa**
- **Determinar y consensuar la población objetivo**
- **Diseñar modelos de simulación económica**
- **Establecer las bases de interacción con las obras sociales**
- **Articular actividades con otros programas primer nivel de atención**
- **Inferir impacto económico de las acciones preventivas**
- **Talleres con Obras Sociales y Prestadores Especializados**
- **Diseño de algoritmos y guías de diagnóstico y tratamiento**
- **Niveles de evidencia**
- **Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación**
- **Guías de Referencia y Contrarreferencia para pacientes con enfermedad renal crónica y / o albuminuria / proteinuria**
- **Factores de Progresión de la Enfermedad Renal Crónica**
- **Control de la enfermedad renal**
- **Factores que pueden revertirse ante una enfermedad renal permanente**

- **Aparatos, Sistemas y Homeostasis alterados/as por la enfermedad renal permanente**
- **Factores de riesgo y grupos vulnerables para desarrollar enfermedad renal crónica**
- **Definiciones de proteinuria y albuminuria**
- **Validación de la microalbuminuria**
- **Causas de proteinuria no asociadas a enfermedad renal progresiva**
- **Causas de elevación de creatinina sérica no asociadas a nefropatía crónica progresiva**
- **Clasificación de pacientes por estadios de acuerdo a los valores obtenidos por la aplicación de la fórmula de Cockcroft y Gault y de Schwartz para calcular la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG)**
- **Definición de Progresión, Remisión y Regresión de las nefropatías crónicas proteinúricas**
- **Algoritmo para el screening de nefropatía crónica**
- **Intervenciones recomendadas para retardar la progresión de la enfermedad renal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**
- **Intervenciones recomendadas para el manejo de pacientes con nefropatías crónicas no diabéticas**
- **Algoritmo del enfoque multifarmacológico recomendado para pacientes con nefropatía crónica y proteinuria nefrótica persistente**
- **Fármacos Antihipertensivos Sugeridos**
- **Instrumentar mecanismos de seguimiento y análisis de los datos**

6.- Conclusiones

ANEXOS

ANEXO A. DECLARACIÓN DE BUENOS AIRES 2003. “HACIA UN MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL”

ANEXO B. CONVENIO DE COOPERACIÓN APE - SAN - CADRA

ANEXO C. RESOLUCIÓN APE

ANEXO C I. ACUERDO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL EN LA POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

ANEXO C II. PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSR). NORMAS OPERATIVAS

ANEXO C III. NORMAS OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EN SUS ASPECTOS DE PROMOCION Y DIFUSION

ANEXO IV C. VOUCHER PRESTACIONAL PERSONALIZADO

ANEXO V C. CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE PATOLOGÍA

ANEXO VI C. PLANILLA DE SEGUIMIENTO Y MATRIZ DE CLASIFICACIÓN REMISIÓN Y REGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL

ANEXO VII C. MODELO DE DÍPTICO PARA PROMOCIÓN DEL PROGRAMA

ANEXO D. TALLERES DE SALUD RENAL REALIZADOS EN PAISES DE LA REGIÓN LATINOAMERICANA

D I .- URUGUAY. ABRIL DE 2004

D II.- PARAGUAY. JULIO DE 2004

D III.- VENEZUELA. JULIO DE 2004

Agradecimientos

La realización de este trabajo es la expresión de un equipo que ha estado dispuesto a esforzarse en forma permanente para alcanzar los objetivos de implementar un Modelo / Programa de Salud Renal en la Seguridad Social en la República Argentina.

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), con su aliento permanente y su extraordinaria visión innovadora de la necesidad de impulsar programas de prevención para paliar los altos impactos sociales, económicos y de calidad de vida de los beneficiarios de la Seguridad Social, complementando y haciendo mas eficiente la misión de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

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 que ha aportado su enorme experiencia institucional y profesional y su gran calidez humana con quien hemos compartido largas horas de discusión y consenso acerca de las ideas generales del trabajo.

A los representantes de las Obras Sociales que han participado de los talleres realizados y han aportado su experiencia en los aspectos funcionales de las Organizaciones.

Al Dr. Luis Eliseo Velásquez, Consultor en Desarrollo de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, por su apoyo y oportunas contribuciones al mejor logro del trabajo.

Al Dr. Rafael Galíndez, Director por el Consejo Federal de Salud en el Incucai, que contribuyó con datos estadísticos propios de esa Institución.

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.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Finalmente un 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 incansables colaboradoras, con enorme sentido de profesionalidad, involucramiento y profesionalidad, en el marco de su inmensa calidad como seres humanos, con quienes hemos podido establecer las articulaciones necesarias para lograr mucho mas que la sumatoria de expertises, en un vigoroso y eficiente trabajo de Equipo.

Resumen Ejecutivo

El Modelo de Salud Renal, como entidad conceptual de apoyo en el área de las enfermedades renales para los Ministerios de Salud Pública de los países, fue producto de un trabajo y actividades sistematizadas, llevadas adelante durante los últimos años por el Subcomité de Salud Renal de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, incluyendo dentro de sus propuestas una planificación y programación con las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos

El primer paso fue tomar conocimiento de la problemática de la Enfermedad Renal Permanente, su impacto social y económico; tanto en la Argentina como a nivel de los países de la Región Latinoamericana y el Caribe, lo cual permitió desarrollar un abanico de propuestas que hoy se están comenzando a implementar en varios países, incluyendo la Argentina.

Esta última, al igual que todos los países del globo, presenta una creciente prevalencia de pacientes en diálisis, sin el necesario crecimiento proporcional de los recursos económicos a disponer para darle una adecuada respuesta.

Además, la ausencia de estrategias de promoción y prevención sistematizadas, no han permitido hasta ahora mejorar los indicadores de enfermedad, modificar la inequidad generada en algunas regiones, estados, provincias, municipalidades, etc., por la falta de accesibilidad de los pacientes a la consulta médica en general y a la nefrológica en particular en forma precoz.

Ha habido algunos intentos aislados de actividades de detección, sin la consiguiente referencia y contrarreferencia adecuada, lo cual no ha posibilitado una acción sanitaria eficiente que de

cómo resultado que los pacientes con alteración de la funcionalidad renal tengan la posibilidad de lograr la remisión y / o la regresión de su daño, ni la mejora en su calidad de vida presupone un adecuado seguimiento que minimice las complicaciones asociadas a su enfermedad de base o su ingreso a diálisis en forma programada y sin urgencias que condicione sus accesos vasculares obligando al uso de catéteres que incidirán en su evolución posterior.

Para la propuesta de un Programa de Salud Renal para la Seguridad Social en la Argentina, fueron establecidas las actividades y el cronograma de acción, de acuerdo al siguiente detalle:

1.- Elaboración y presentación del Plan de Trabajo

2.- Trabajo conjunto con los técnicos de contraparte (APE)

- Establecer las metas y objetivos del programa
- Determinar y consensuar la población objetivo
- Diseñar modelos de simulación económica
- Establecer las bases de interacción con las obras sociales
- Articular actividades con otros programas primer nivel de atención
- Inferir impacto económico de las acciones preventivas

3.- Talleres con Obras Sociales y Prestadores Especializados

- Investigación bibliográfica
- Diseño de algoritmos y guías de diagnóstico y tratamiento
- Establecer flujograma de circulación de los datos originados
- Detección de las obras sociales para implementar programas tipo
- Diseño de las matrices para el programa operativo anual (POA)
- Instrumentar mecanismos de seguimiento y análisis de los datos

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Para ese conjunto de actividades se establecieron etapas concretas de ejecución, que dieron origen a la Carta Gantt cuyo detalle se incorpora a continuación:

<i>ACTIVIDADES</i>	<i>Año 2004. TIEMPO EN MESES</i>					
	<i>Marzo</i>	<i>Abril</i>	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>Julio</i>	<i>Agosto</i>
<i>Elaboración y presentación del Plan de Trabajo</i>						
<i>Trabajo conjunto con los técnicos de contraparte (APE)</i>						
Establecer las metas y objetivos del programa						
Determinar y consensuar la población objetivo						
Diseñar modelos de simulación económica						
Establecer las bases de interacción con las obras sociales						
Articular actividades con otros programas primer nivel de atención						
Inferir impacto económico de las acciones preventivas						
<i>Talleres con Obras Sociales y Prestadores Especializados</i>						
Investigación bibliográfica						
Diseño de algoritmos y guías de						

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

diagnostico y tratamiento						
Establecer flujograma de circulación de los datos originados						
Detección de las obras sociales para implementar programas tipo						
Diseño de las matrices para el programa operativo anual (POA)						
Instrumentar mecanismos de seguimiento y análisis de los datos						

La implementación de las acciones establecidas en el Programa, aportará una solución costo-eficiente y eficaz a la problemática de la insuficiencia renal crónica en la Seguridad Social en nuestro país, otorgando adecuadas estrategias de referencias y contrarreferencias de los pacientes que cursan etapas evolutivas previas al daño renal avanzado, así como un seguimiento sistematizado que permitirá mediante estudios actuariales establecer las necesarias previsiones presupuestarias.

El Programa de Salud renal incorporado dentro de la construcción conceptual “Modelo”, hace especial referencia a un conjunto de acciones en diferentes espacios de actuación, contemplando todos los aspectos que hacen al “control” de la Salud Renal atendiendo a los aspectos de Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación, Investigación y Docencia.

Uno de los componentes constituyentes del Modelo es la Capacitación del equipo de salud en el primer nivel de atención, incluyendo en este nivel para este desarrollo el accionar en algunas de las etapas del proceso salud – enfermedad renal permanente a los médicos especialistas en nefrología, mediante los mecanismos de la referencia y la contrarreferencia.

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 una comprensión bio-ético-psico-social-económica-espiritual del ser humano, centrados en lograr y mantener la calidad de vida.

Esta concepción tiene un correlato directo en jerarquizar los aspectos de calidad, tanto en la calidad del conocimiento a adquirir como el de la práctica, expresado en las relaciones médico/paciente, médico/familia y médico/comunidad.

En el campo de las enfermedades renales este desarrollo implica una nueva simbiosis: la de la salud pública con la nefrología clínica, representada por la propuesta de un Modelo de Sustentabilidad y Sostenibilidad de la Salud Renal.

El Sistema de Salud, dentro del cual se articulan los componentes del Modelo / Programa de Salud Renal, 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

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

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. Respondieron 17, aportando datos de sus países de actuación, 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 PMP (> Puerto Rico 735 PMH y < Nicaragua 4 PMH) y como porcentaje del total de población del área, representaba el 0.04%².

Comparando las prevalencias reportadas para algunos países industrializados (Alemania 723.5, Canadá 714.1, USA 1305 y Japón 1451.4)³, fue posible asumir que un número significativo de pacientes en esos países no accedían 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.

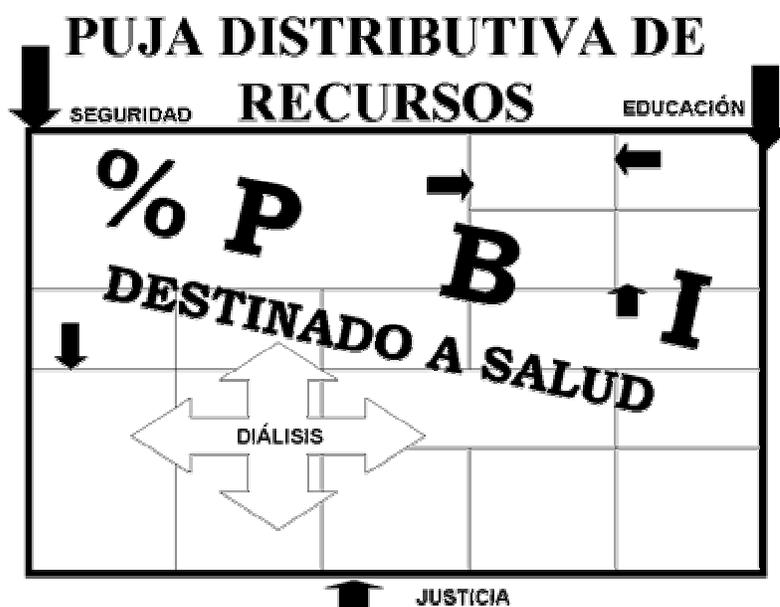
Ante el interrogante de cual hubiera sido el impacto macroeconómico si hubieran ingresado a Diálisis el total de pacientes potenciales, pudimos inferir que se pasaría de un gasto por habitante año de US\$ 3.22 a US\$ 18.33, y de un 0.07 % del PBI a un 0.43% del mismo,

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

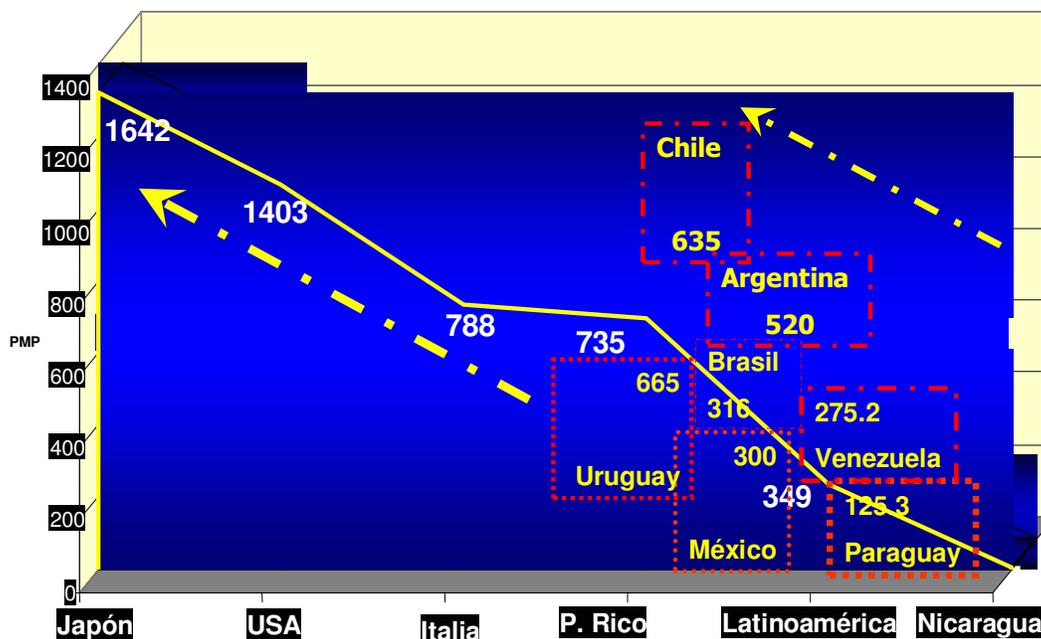
mientras que el gasto anual directo para la diálisis hubiera pasado desde US\$ 1.449.100.000 a US\$ 8.901.614.285,70.

Este “crecimiento” hubiera conllevado a la necesidad de recursos adicionales dentro del presupuesto de salud para la práctica de los tratamientos de diálisis, que por no haber sido previstos con anterioridad, mediante estudios actuariales hubieran generado un colapso de los Sistemas de Salud, postergando otras prácticas, pudiendo generar amplias listas de espera por la disminución de la capacidad de gestión de los otros sectores de la economía de la salud. Esta situación puede ser explicada mediante la llamada “Puja Distributiva de Recursos” dentro del Sistema de Salud, cuya expresión puede plasmarse en el siguiente gráfico:



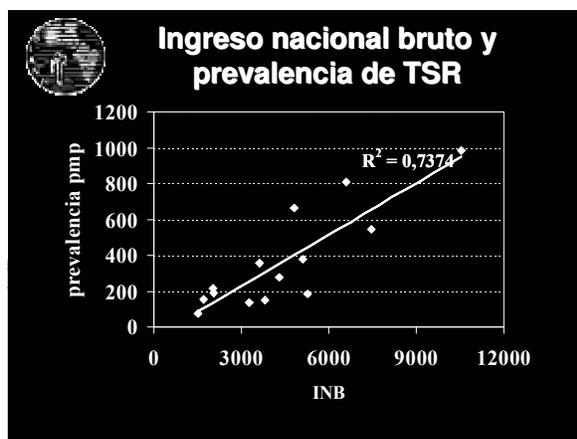
Este cuadro de situación presentado en 1999, tuvo su correlato de evidencia a partir del crecimiento de la prevalencia observada en el conjunto de los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe en los últimos años.

³ Registro USRDS



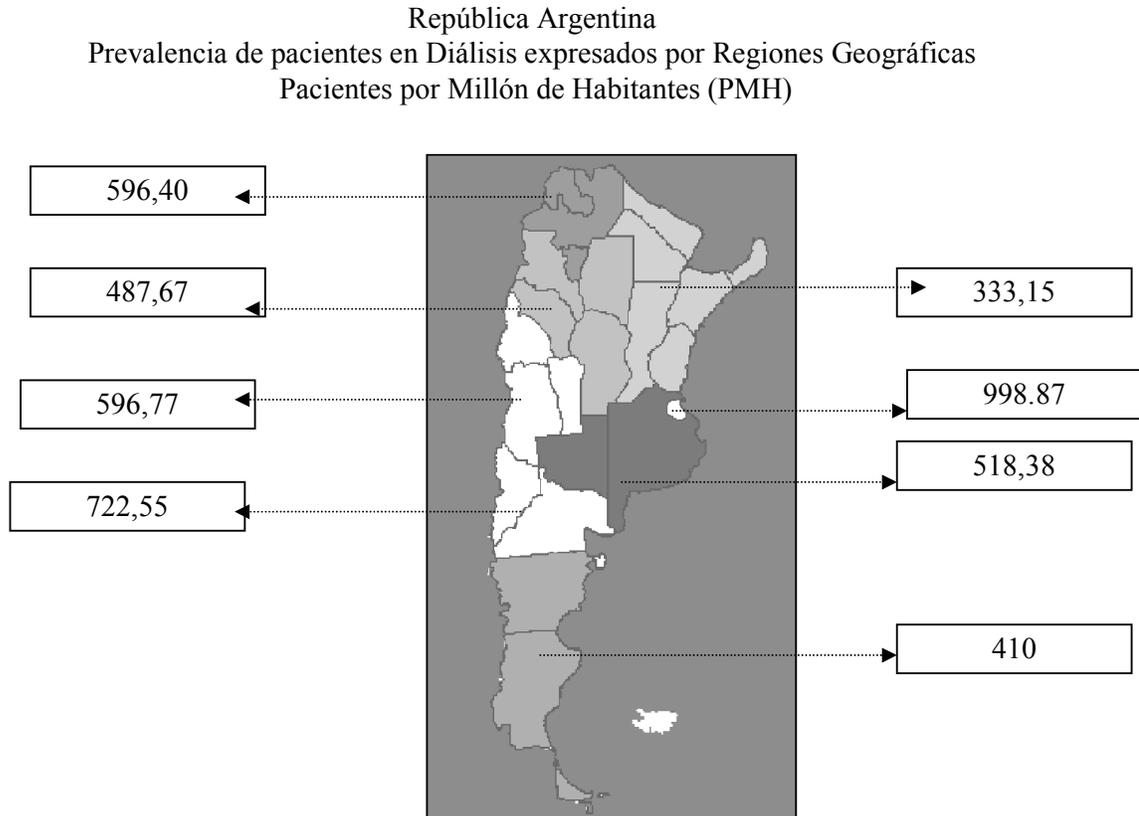
Es un hecho de observación interesante, que los países de Latinoamérica se encuentran en el área de la derecha de la curva, mientras que los países más desarrollados están sobre la izquierda.⁴

Este hallazgo corrobora la estrecha relación existente entre el Producto Bruto Interno (PBI) de un país y la cantidad de pacientes que acceden al tratamiento de Diálisis, tal como se puede mostrar en el siguiente gráfico⁵:



⁴ Depine, Santos. Presentación personal. Taller de Salud Renal dentro de la Iniciativa CAREM. Caracas. Venezuela. Julio de 2004

Por otra parte, esta situación de inequidad también se hace presente hacia el interior de los países. Si tomamos como ejemplo a la Argentina, podemos diferenciar claramente las regiones en las cuales existe una mayor accesibilidad a la consulta especializada y por ende a los tratamientos de alto costo, así como su vinculación con sus mejores indicadores de desarrollo⁶.



Ante esa situación, la solución de la inequidad plantearía un dilema ético entre 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 mas 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.

⁵ Registro Latinoamericano de Dialisis. SLANH. 2003

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

En contrapartida, hoy ningún médico puede declarar terminal a un paciente solo por el hecho de tener una insuficiencia renal crónica permanente, pues la tecnología de la que se dispone, incluyendo al mejor conocimiento científico, ha posibilitado la separación del órgano en falla del pronóstico vital del enfermo. Podríamos aseverar que 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, surge con claridad la necesidad de diferenciar dos conjuntos diferenciados de la población con sus correspondientes necesidades de salud y de cobertura.

A los fines de facilitar este análisis, partiré de una diferenciación de la sociedad en cuatro “Ordenes” constitutivos, siendo estos el Orden Social, el Político, el Jurídico y el Económico. Utilizando una matriz de desarrollo secuencial, podemos inferir las posibles maneras de intervención económica dentro de la llamada Macroasignación de Recursos, para dar respuesta a las necesidades de salud que ostenta el Orden Social, atravesando las etapas de la decisión política que el Orden Político adopta, la cobertura jurídica de tales decisiones emanadas desde el Orden Jurídico y culminando con la asignación de recursos específicos por parte del Orden Económico. Existe una clara diferenciación entre la Macroasignación Primaria, que concurre a las necesidades del conjunto social, que se plasma en las líneas presupuestarias básicas y la Macroasignación Secundaria, que da respuesta a las necesidades de los grupos diferenciados de población con sus propias necesidades. Dentro de esos grupos podemos incluir como ejemplo a los pacientes con HIV- SIDA y simultáneamente a los pacientes con Enfermedad Renal Permanente.

Esta forma de analizar la problemática desde la Asignación del Recurso Económico, posibilitaría generar un campo de acción ético a los responsables de distribuir con equidad los dineros del Estado, en lo que podríamos llamar “La Ética de la Macroasignación de los

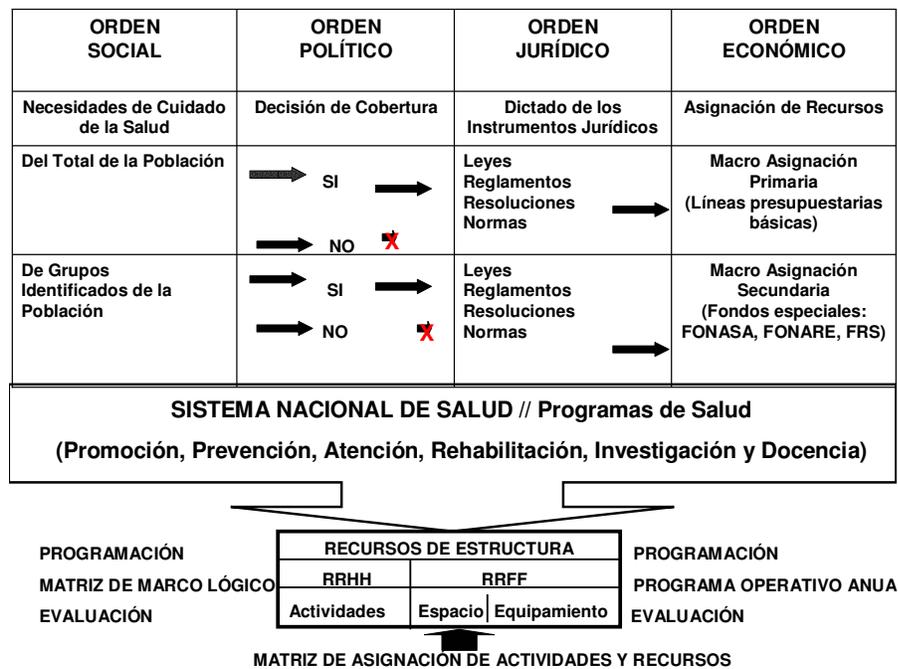
⁶ Galindez, Rafael. Incucaí. Taller de Salud Renal. Córdoba. Argentina. Agosto de 2004

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Recursos Económicos” que da una respuesta superadora a la inmovilizante disyuntiva que pone en un mismo plano la necesidad de provisión de agua potable, de alimentos o vacunación (necesidades del conjunto de la población) con los requerimientos de los pacientes con HIV – SIDA o los Renales Crónicos que dependen de la Diálisis y / o el trasplante para sobrevivir.

El conjunto de los recursos son direccionados a las estructuras del sector prestador , cuyas actividades fueron previamente Planificadas, Programadas y preparadas para ser Evaluadas mediante las herramientas del Marco Lógico, la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos y el Programa Operativo Anual.

El detalle puede ser observado en el gráfico que se agrega:



3.- 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 del crecimiento exponencial de pacientes que requerirán de la diálisis y el trasplante, cuya necesidad de mayor financiamiento ha puesto en gran preocupación a los administradores de recursos para la salud en la mayoría de los países del globo, especialmente en los que se encuentran en vías de desarrollo.

Ese cuadro de situación ha sido el disparador de esta propuesta de un Modelo de Salud Renal, que consideramos da una respuesta practicable, que incorpora estrategias cuyos contenidos atraviesan desde las cuestiones éticas de la relación médico (nefrólogo) - paciente y como ya hemos señalado las cuestiones relacionadas a la ética de la asignación de recursos económicos.

Estas estrategias, articuladas entre sí, incluyen el fortalecimiento de los programas de trasplantes, nuevas estrategias de generación e imputación de recursos, concurrencia en redes asistenciales de los establecimientos públicos y privados, componentes de capacitación y educación permanente en servicio para el equipo de salud, particularmente el nefrológico ubicado en la Atención Primaria de la Salud dentro del 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.

La propuesta planteada se diferencia de otras intervenciones realizadas en algunos países, que han generado acciones de búsqueda y detección de pacientes con enfermedad renal, en que incorpora un desarrollo y seguimiento sistematizado, con metas y objetivos previamente

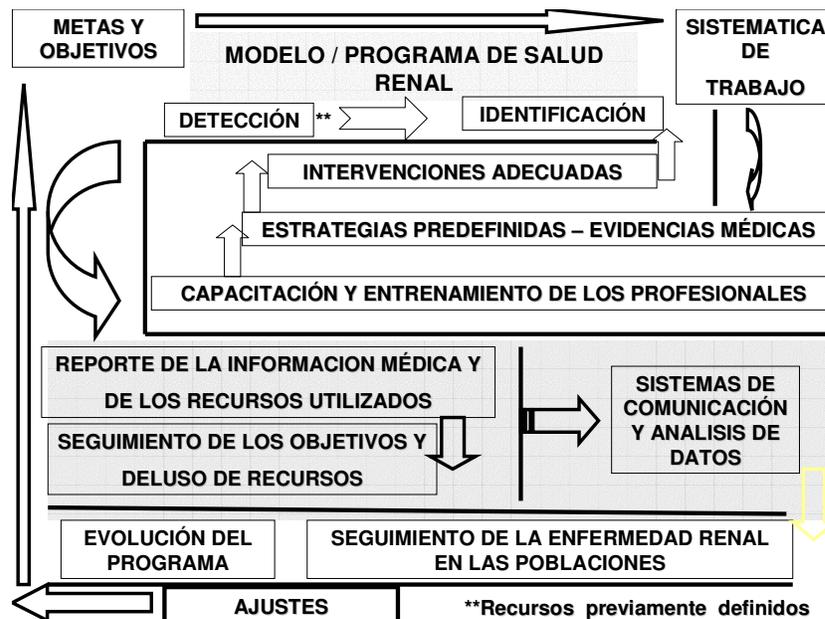
Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

establecidos, constituyendo un Programa de Prevención Secundaria orientado a mantener a la población con algún daño de sus riñones bajo un adecuado control con el claro objetivo de lograr la remisión y / o regresión de su enfermedad.

Tiene articulaciones suficientes para abordar las enfermedades cuyo emergente es la enfermedad renal, cuyo espacio común es el llamado “síndrome plurimetabólico”, cuya expresión puede ser el hiperinsulinismo y/o el daño endotelial vascular.

Su propia dinámica de ejecución establece los mecanismos de ajuste necesarios para constituirlo en una herramienta permanente de control de la salud renal y por consiguiente establecer actuarialmente las dinámicas presupuestarias necesarias requeridas para dar respuesta a los nuevos casos de pacientes que requieran diálisis.

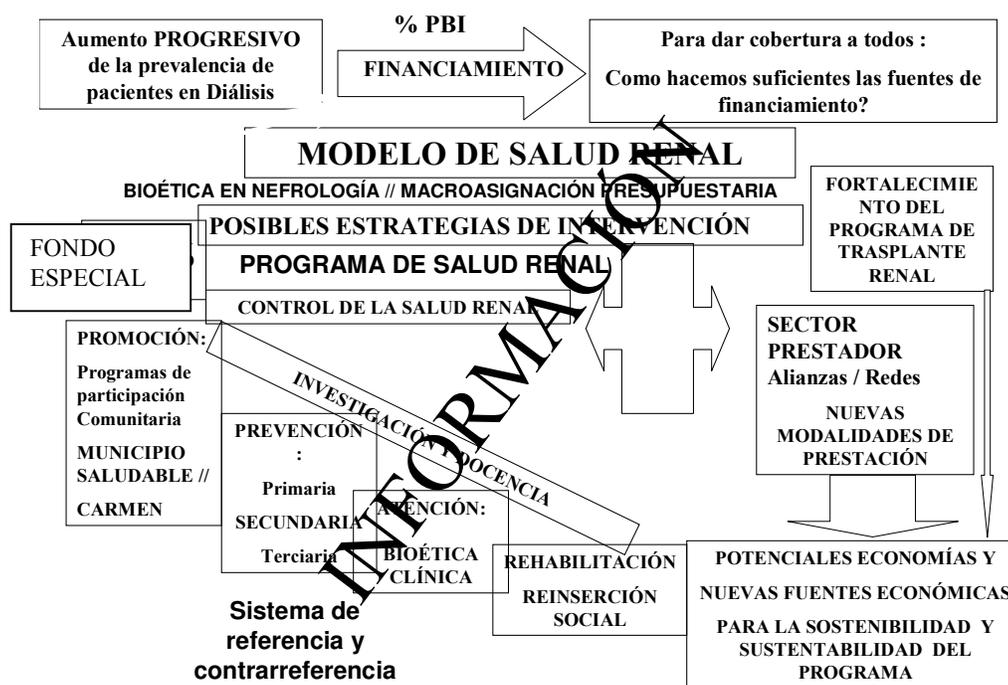
La conceptualización expuesta puede ser vista en el gráfico:



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

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Una visión mas integral de las estrategias de intervención sugeridas, se encuentran en la figura siguiente y en los detalles explicativos de la misma:



Una primera estrategia, es la propuesta de generar y/o hacer reasignaciones presupuestarias dentro de un *Fondo Especial* que asegure la disponibilidad de recursos, ya sea para desarrollar programas de identificación y seguimiento de pacientes con enfermedad renal, o para dar continuidad a los tratamientos de diálisis, estrategia empleada en la actualidad parcialmente en algunos países a través de fondos destinados al tercer nivel de atención. En ellos, en ocasiones se ha observado la posibilidad de generación de una nueva puja distributiva en su interior, privilegiando asignaciones en función de las presiones ejercidas, tanto por los grupos médicos como las agrupaciones de pacientes, hecho que justificaría evaluar la propuesta de reasignaciones presupuestarias con imputaciones específicas para la continuidad de tratamientos sin interrupciones.

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.

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 las acciones de la *prevención secundaria*.

Se ha señalado abundantemente en la literatura el beneficioso impacto de la prevención. Por ejemplo en pacientes diabéticos con una sola estrategia farmacológica de intervención⁷, se ha estimado un ahorro en 10 años de alrededor de US\$ 2.400.000.000. Por otra parte existe evidencia que el costo de las complicaciones por cada paciente diabético tipo 2 al alcanzar los 30 años de enfermedad ronda los US\$ 47.240⁸.

⁷ 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, Illionis 60612, USA. Diabetes Care, Vol 19, Issue 10 1051-1061, Copyright © 1996 by American Diabetes Association

⁸ 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

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

.- atención de la enfermedad renal, con los postulados y principios de la ética clínica, cuyo resumen podría expresarse que solo deben ser incorporados al tratamiento de diálisis, los pacientes que puedan obtener un real beneficio terapéutico.

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

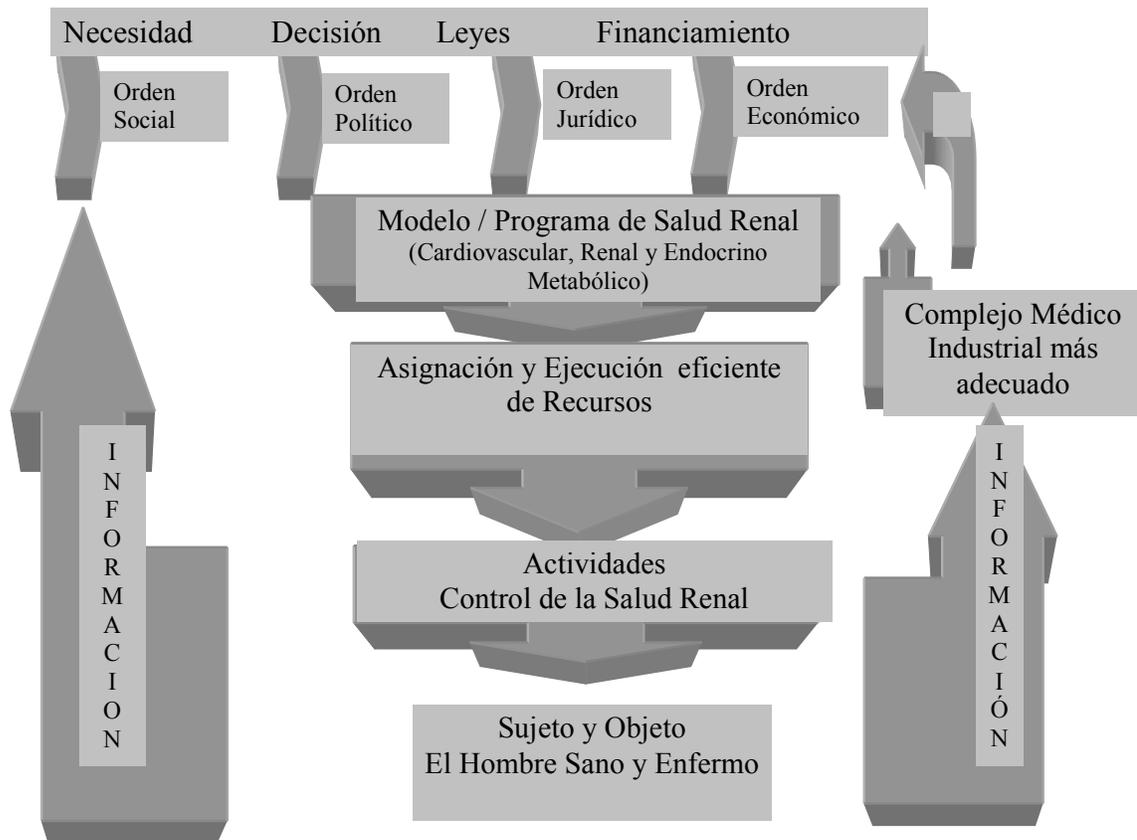
La ausencia de programas de salud renal convenientemente articulados e incorporados a los programas de área tipo para la Atención Primaria de la Salud en los Hospitales, imposibilita a los ministerios de salud y de economía, para que puedan contar con información que les permita conocer con cierto grado 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 humanos, la adecuación de las estructuras físicas; en su espacio y equipamiento, las características de acreditación de los insumos empleados, etc.

Por otra parte además de carecer de una herramienta técnica adecuada que ayude a hacer mas eficientes las previsiones presupuestarias y adonde todas las actividades dirigidas a la problemática de la enfermedad renal, se centran en la atención de la enfermedad, hay un desarrollo fragmentado del Complejo Médico Industrial vinculado a la práctica, pues no existen elementos predoctores de la evolución de la necesidad de recursos tecnológicos.

Por otra parte la carencia de seguimientos determina que no se puedan establecer variables adecuadas de certificación de calidad y equivalencia de productos.

Es presumible que la implementación del Modelo / Programa de Salud Renal, con sus componentes de información que permitan genera una base de datos adecuadas, permita revertir esta situación.

La siguiente figura intenta explicar en forma práctica este concepto:



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

4.-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.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Por ello se han adoptado herramientas matriciales, autoevaluables y sistemáticas. Ellas son la Matriz de Marco Lógico⁹, la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos¹⁰, la Matriz de Clasificación, Remisión y Regresión de la Insuficiencia Renal Crónica con su Planilla de Seguimiento y Evaluación y por último el Programa Operativo Anual a ser instalado en la ejecución del Programa.

A continuación se puede observar en un ejemplo práctico, cuales han sido las secuencias que se han seguido para el diseño del Programa de Salud Renal en la Seguridad Social en Argentina.

Herramientas de Planificación	Herramientas de Programación	Herramientas de Gestión
<ul style="list-style-type: none">• Encuesta a las Obras Sociales• Datos Consolidados• Modelos de Simulación• Matriz de Asignación de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención (Estado de Situación)	<ul style="list-style-type: none">• Marco Lógico• Matriz de Asignación de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención (Articulación con Áreas Tipo)• Clasificación de la Enfermedad Renal (NKF y Puerto Rico)• Guías clínicas^{11 12} y Algoritmos	<ul style="list-style-type: none">• Detección e Identificación de pacientes• Matriz de Clasificación de la Enfermedad Renal y Planilla de Seguimiento• Base de Datos• Planillas del Programa Operativo Anual (POA)

⁹ The Logical Framework (Logframe), (Rosenberg & Posner, 1979), (GTZ, 1983), OPS (1994), World Bank (1997), BID (1997)

¹⁰ Depine, S. Documento PNUD-Unidad de Financiamiento Internacional en Salud. Ministerio de Salud. Argentina. Febrero 2002.

¹¹ K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kid Dis. 2002. 39(2 Suppl 2): p. S1-246.

Para la programación en Marco Lógico se identificaron los problemas originados por la ausencia de un modelo de salud renal, expresados como una cascada de acontecimientos que contribuyen a hacer no sustentable y sostenible la asistencia de la enfermedad renal, en lo que constituirá el *Árbol de Problemas*.

Las estrategias de solución incorporadas al Modelo / Programa serán las que podrán observarse en el *Árbol de Objetivos*.

Árbol de Problemas:

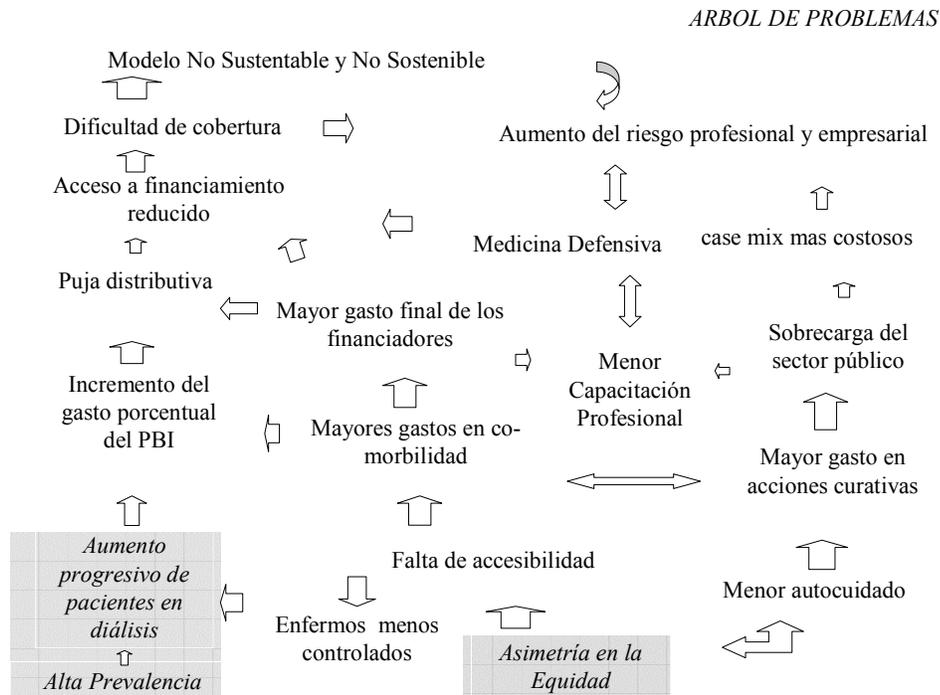
Para el análisis, se toma como punto de partida o línea de base, dos variables conocidas:

- .- La primera es el aumento creciente de la prevalencia
- .- La segunda es 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.

A partir de ellas se genera a forma de cascada de acontecimientos, lo que hoy puede ser objetivado en la práctica, un modelo no sustentable y no sostenible de atención de la enfermedad renal y un aumento del riesgo profesional y empresarial con lo que ha dado en llamarse la judicialización de la medicina.

Resulta ilustrativo analizar ese comportamiento en la figura que se incorpora, teniendo la precaución de efectuar su lectura y análisis tomando como punto de partida los acontecimientos que se describen en su parte inferior y desde allí enlazar las acciones y los resultados que las mismas van generando hasta alcanzar un Modelo No sustentable y No Sostenible de Salud Renal.

¹² Amair, Pablo y Wagner, Patrick. Anemia Working Group Latinoamérica. 2004



Ya hemos determinado que el crecimiento acríptico de la prevalencia y la ausencia de acciones de “control” de la salud renal determinará inexorablemente un severo desfinanciamiento del sector, agravado por la práctica de la medicina defensiva, la ausencia de capacitación sistemática, la fragmentación de la atención, hechos todos que confluyen a mostrar indicadores tales como el case-mix, que muestran claramente la llegada de pacientes no controlados, cuya atención es mas costosa en los centros asistenciales públicos y / o privados. Por otra parte la ausencia de redes asistenciales público privadas y el desfinanciamiento ya mencionado generan una sobrecarga del sector público.

Árbol de Objetivos

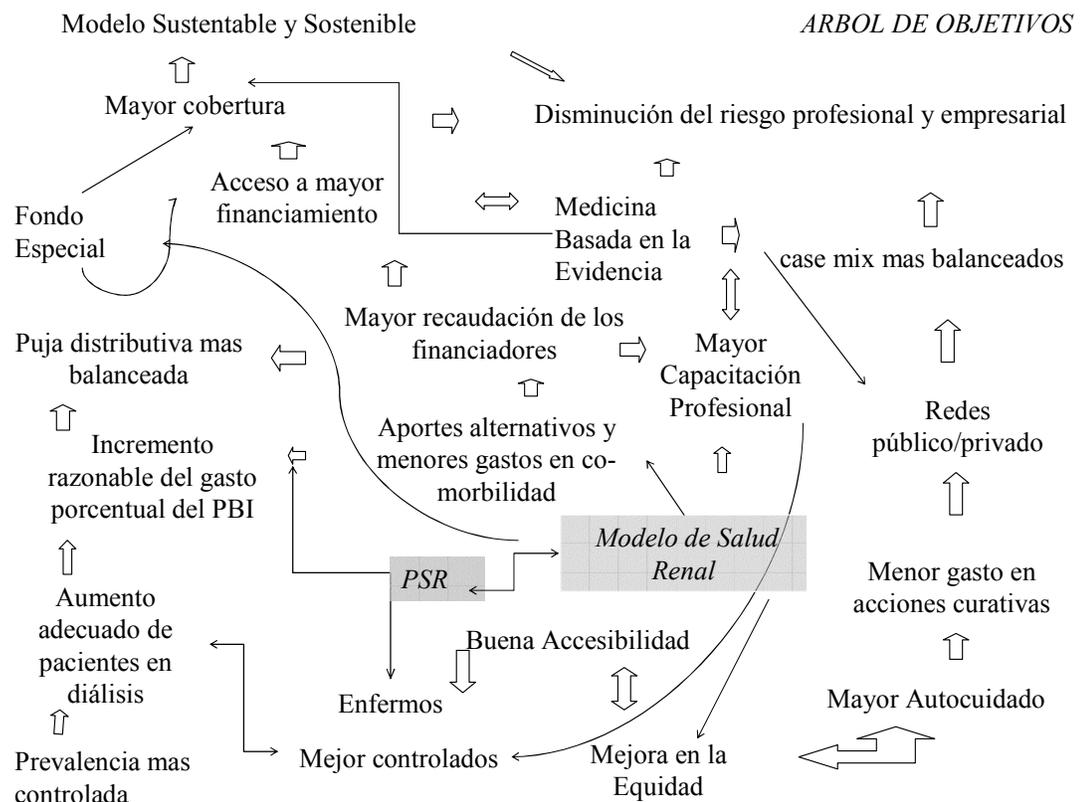
Analizando el árbol de problemas, surgen los elementos correctivos que deben incorporarse como estrategias a ser implementadas en un Modelo / Programa de Salud Renal.

Ellas pueden resumirse a grandes rasgos como la necesidad de implementar dentro del Modelo un Programa específico de Salud Renal (PSR), Asegurar el Financiamiento, instalar las prácticas de la Medicina Basada en la Evidencia, las Redes Público-Privadas, los componentes de Capacitación Profesional necesarios.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Todas estas acciones, correctamente articuladas entre si, permitirán alcanzar las metas de sustentabilidad y sostenibilidad del Modelo, disminuyendo en forma simultanea el riesgo profesional y empresario a la vez que otorgará a los ciudadanos una mayor accesibilidad que garantice el cuidado de su salud.

En una figura, podemos ejemplificar lo expuesto de la siguiente manera:



Es imprescindible en esta etapa diferenciar la demanda a la que estamos acostumbrados, que es la que puede acceder y llegar a la consulta y al tratamiento de alta complejidad, de la demanda real, oculta, que no tiene fortalezas culturales, económicas y a veces geográficas para una consulta temprana con el equipo de salud.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

El Modelo/ Programa propuesto, hace foco en esa demanda real, mediante una fuerte promoción que incluya una adecuada difusión entre la población de ejercer su derecho a ser investigado como portador o no de enfermedad.

5.- Desarrollo para la Seguridad Social

Hechas todas estas consideraciones, muchas de ellas objeto de anteriores presentaciones y amplia discusión en distintos talleres realizados en varios países de la Región; cuyo detalle formará parte de este documento, se centrará este documento en el desarrollo que realizado para la Seguridad Social en Argentina, para un total de 11.000.000 de personas vinculadas con el sector de Obras Sociales Nacionales o Agentes del Seguro de Salud, que históricamente han recibido soporte financiero para las prácticas de alto impacto y baja incidencia por parte de la Administración de Programas Especiales (APE) del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a través del Fondo Solidario de Redistribución, cuya finalidad original fue la de reasegurar esas prácticas.

Desde el comienzo de la actual administración, la APE ha establecido acciones dirigidas a la prevención de determinadas patologías que tiendan a impactar fuertemente sobre el sector de la seguridad social, estableciendo algunos programas de prevención.

Entre ellos se ha establecido prioritariamente la necesidad de llevar adelante un Modelo / Programa de Salud Renal.

La primera acción encaminada a tal cometido fue la organización del Taller “Hacia un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal”, dirigido al sector de la Seguridad Social, en abril de 2003 en el Auditorio de Jefatura de Gabinete de Ministros, con la presencia de las mas altas autoridades de salud nacionales y provinciales, cuyo resultado fue la “Declaración de Buenos Aires” que se adjunta en el Anexo A.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Para el desarrollo integral de la propuesta, se solicitó la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud, Representación en Argentina, intervención que ha dado como resultado este Documento y la consiguiente implementación del Programa de Salud Renal.

Por otra parte se convalidó un convenio de cooperación entre la APE y la Sociedad Argentina de Nefrología y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, cuyo texto constituye el Anexo B.

Para ello se han definido las actividades que se han detallado precedentemente y cuyo desarrollo analizare a continuación.

- ***Establecer las metas y objetivos del programa***

Para el establecimiento de las metas y objetivos se tomaron en consideración los datos obtenidos del análisis encuestal realizado sobre los Agentes del Seguro de Salud en Argentina, publicados en el Documento OPS “Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal”¹³.

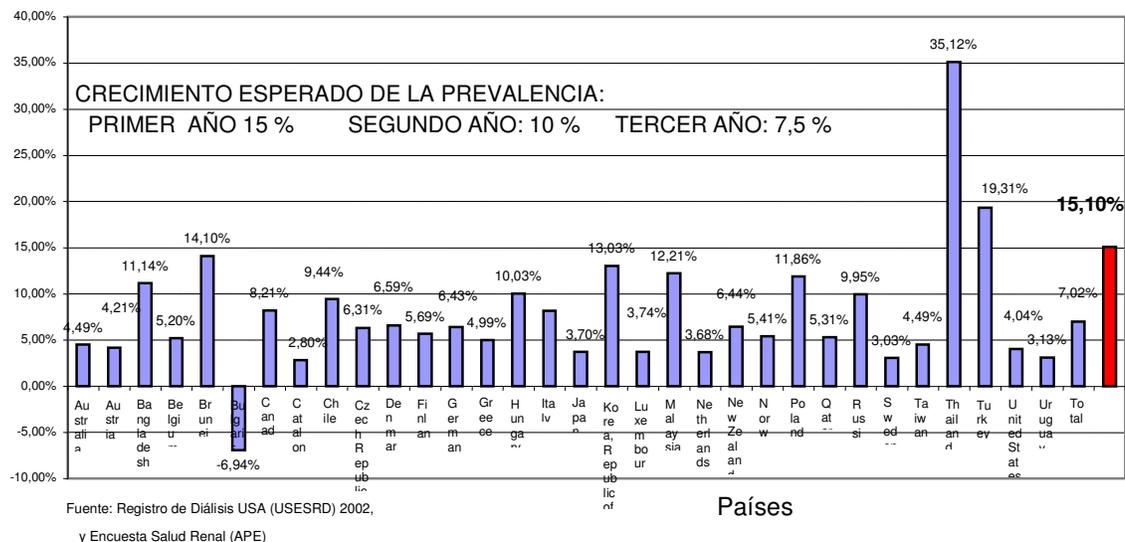
Dicha evaluación permitió conocer el comportamiento de la prevalencia y su crecimiento durante cuatro años en los Agentes del Seguro de Salud.

Se pudo determinar que el crecimiento anual de la misma tuvo un promedio de 15 %, lo cual constituyó la línea de base para establecer las metas y objetivos del Programa.

Se partió de la premisa que un 15 % de crecimiento supera la media observada en la mayoría de los países del globo, en los cuales se estima una media de 8% (6 – 10 %)

¹³ Depine, Santos. Organización Panamericana de la Salud. Documento “Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal”. Noviembre de 2003

METAS DEL PROGRAMA



Crecimiento Anual de la Prevalencia en el mundo ■ Crecimiento Anual de la Prevalencia en la Seguridad Social ■

- **Determinar y consensuar la población objetivo**

La población objetivo es el total de los beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Argentina, incorporados en las Obras Sociales Nacionales y en todos aquellos agentes que se encuentran comprendidos en la cobertura de reaseguro del Fondo Solidario de Redistribución, administrado por la Administración de Programas Especiales (APE) del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, que se constituye en el organismo fiscalizador del cumplimiento del programa a los fines de la cobertura financiera, según la modalidad que será detallada a posteriori.

- **Diseñar modelos de simulación económica**

Con el objeto de la evaluación del impacto económico resultante de la aplicación plena del Programa de salud Renal, ante la ausencia de antecedentes estadísticos de comportamiento de la población aquejada de algún grado de enfermedad renal, primitivo o secundario a una

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina enfermedad condicionante de daño vascular y por ende lesión glomerular renal (diabetes, hipertensión, dislipemias), fue necesario establecer simulaciones epidemiológicas y económicas.

El punto de partida fueron los datos recogidos durante la encuesta realizada durante la segunda mitad de 2003, ante las Obras Sociales del Sistema.

La muestra fue de 7.560.994 beneficiarios y fueron extrapolados al total de 11.183.013 personas incluidas dentro de las Obras Sociales bajo análisis.

Sus resultados consolidados fueron los siguientes:

Número de Pacientes en Diálisis (Estimados a diciembre de 2003)	Número de Pacientes en Diálisis (Estimados a diciembre de 2004)	Prevalencia Ponderada (Pacientes por millón de beneficiarios)	Costo Promedio por Sesión de HD (de la muestra)
2674	3075	239,12	\$ 163,19

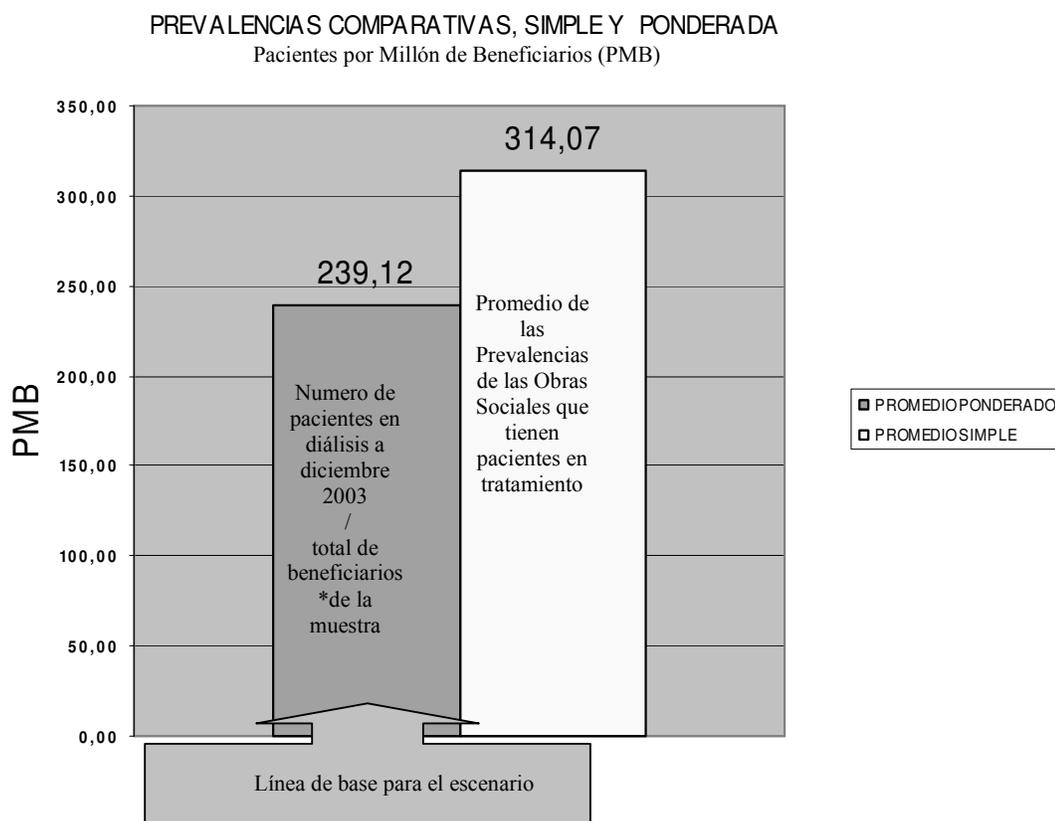
Una primera observación permitió conocer que no todas las obras sociales dan cobertura permanente a sus insuficientes renales crónicos en etapa de diálisis.

La mas habitual consiste en financiar la práctica de diálisis de por vida a sus beneficiarios por rama de actividad.

La segunda es establecer una financiación hasta tanto el trabajador activo se constituye en pasivo por su invalidez definitiva y pasa a depender para su cobertura del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (PAMI).

La tercera es la de las obras sociales que nunca cubren a los trabajadores pasivos, que son cubiertos en todos sus aspectos por el PAMI.

De acuerdo a ello se decidió tomar como línea de base para los estudios, la llamada Prevalencia Ponderada, según el criterio que se detalla en la figura siguiente:



Otro factor que hemos tomado en

- ***Establecer las bases de interacción con las obras sociales***

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Para efectivizar la ejecución del Programa y acceder a los beneficios económicos que tiene incorporados en forma de Incentivos, la APE ha resuelto promulgar una Resolución específica y las Obras Sociales formalizar un contrato de gestión entre ellas y la Administración, fijando las obligaciones y derechos de ambas partes.

Además se han elaborado los instrumentos administrativos que deberán utilizar las Obras Sociales ante sus beneficiarios.

A modo de resumen se hace constar lo siguiente:

1.- Compromiso de las OOSS a implementar el Programa

- Efectuar amplia difusión y promoción del Programa entre sus beneficiarios.
- Ejecutar el Programa en todos sus pasos
- Efectuar las consultas y análisis por medio de su propia red asistencial
- Abonar los aranceles
- Suscribir toda la información que se requiera en el aplicativo y remitirlo a la Administración de Programas Especiales

2.- Compromisos de la APE

La Administración de Programas Especiales reintegrará los importes previamente aprobados que se eroguen de las campañas de promoción y difusión e impresión de material gráfico, Dichos documentos quedan incorporados a este documento en el Anexo C.

- ***Articular actividades con otros programas primer nivel de atención***

Es suficientemente conocido que los riñones por sus características anatomofisiológicas constituyen un órgano blanco muy vulnerable, sobre todo en lo relativo a las sustancias tóxicas, las variaciones del volumen intravascular, la sobrecarga de los metabolitos y sustancias intermedias de las funciones endocrino metabólicas, etc.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Existe sin embargo una situación en la cual un conjunto de enfermedades producen como expresión final un daño endotelial vascular, con algunos otros trastornos concomitantes como el hiperinsulismo en el llamado síndrome plurimetabólico.

Es así que no podría establecerse un Programa de salud Renal sin la correspondiente articulación de acciones con otros programas que atiendan a ese conjunto de patologías, como la diabetes, las dislipemias, la hipertensión arterial, la obesidad, etc.

Dicha articulación ha sido planteada en las distintas reuniones y talleres realizados en el marco de este desarrollo, tanto dentro de la Seguridad Social en Argentina, como ante los técnicos de contraparte en los Ministerios de Salud de otros países de Latinoamérica, actividades llevadas a cabo durante el tiempo que ha insumido la preparación de este trabajo y que lo han enriquecido.

Las conclusiones a que se arribaron forman parte del Anexo D.

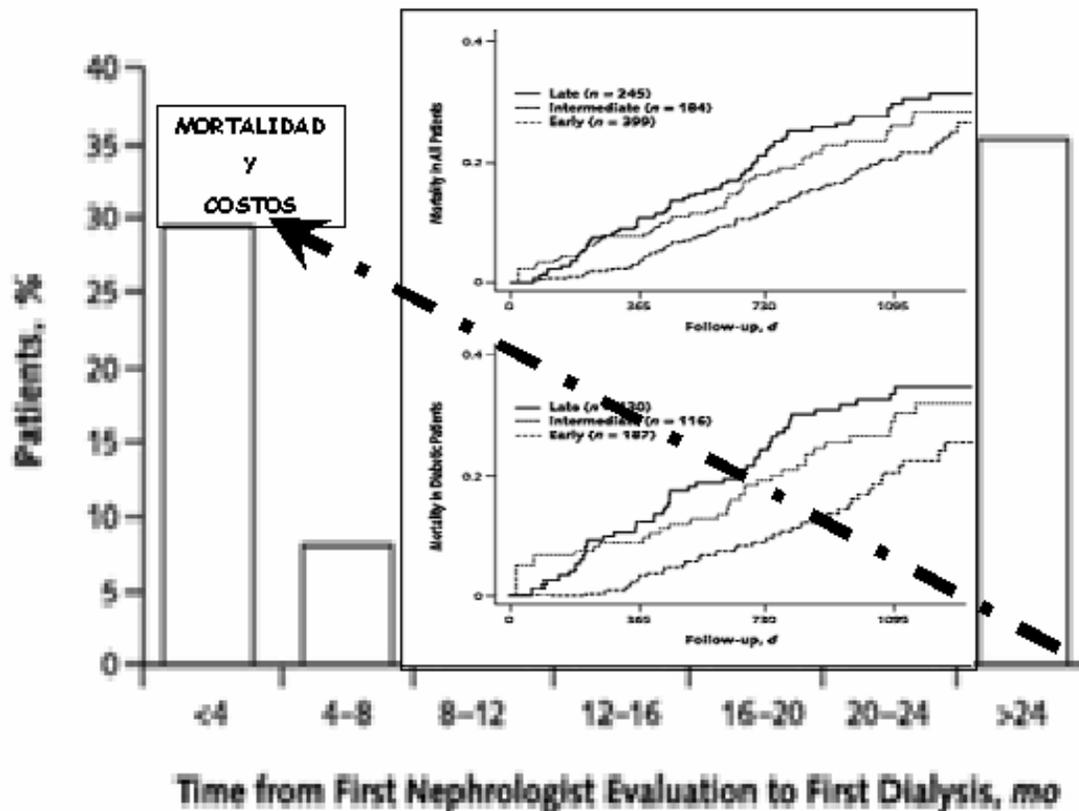
- *Inferir impacto económico de las acciones preventivas*
- *Talleres con Obras Sociales y Prestadores Especializados*

Existen numerosos antecedentes bibliográficos que hacen referencia a la estrecha relación que existe entre la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con enfermedad renal permanente y la oportunidad de su control con los especialistas.

Cuando mas tardía esta la consulta, mayor es la morbimortalidad que presentan los pacientes a su ingreso a diálisis. Esto sin considerar los costos de morbilidad asociados a un seguimiento inadecuado de dichos pacientes expresado por estos indicadores mencionados.

Lo expuesto se ejemplifica en la figura siguiente¹⁴:

¹⁴ The Timing of Specialist Evaluation in Chronic Kidney Disease and Mortality. **Annals of Internal Medicine. September 2002. Volume 137. Number 6**



Para estimar los costos y los ahorros devengados por la ejecución del Programa de salud Renal, se establecieron las bases operativas del mismo.

Los pacientes pueden ingresar al mismo por diferentes alternativas:

- Por **Screening** (proteinuria y creatinina plasmática)
- Por la **detección en exámenes de laboratorio rutinarios** de microalbuminuria, proteinuria y/o alteración de la Velocidad de Filtración Glomerular
- Por **diagnostico y/o tratamiento** en el Primer Nivel de Atención por Diabetes - Hipertensión Arterial, que presenten las mismas alteraciones y por enfermedades renales de cualquier tipo. En el caso que no presenten microalbuminuria ni proteinuria serán ingresados al Programa cuando su Velocidad de Filtración Glomerular sea ≤ 60 ml /m

- Por haber sido *detectados por otros programas*, por ejemplo el de Detección de Riesgo Cardiovascular

Se han establecido las siguientes exclusiones al screening:

- Mayores de 75 años
- Pacientes en tratamiento por o con diagnóstico previo de:
 - Diabetes
 - HTA
- Enfermedad renal de cualquier tipo

Dichos pacientes ingresan al Programa a partir del control y/o seguimiento por su patología de base en el primer nivel de atención.

Efectuado el diagnóstico, las Obras Sociales deberán completar por cada beneficiario la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal, que se adjunta en el Anexo C. VI, y enviarla a la APE cada 3 meses

La APE reconocerá el pago de \$ 3,50 por cada beneficiario incluido en el screening.

Se reconocerán tanto hemodiálisis (HD) como diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) luego de permanecer 1 año en el Programa de Salud Renal

Primer año bajo Diálisis Crónica (DC)

- Se pagará el 70 % del valor de las sesiones mensuales o del Módulo Arancelario Mensual; según el caso- por paciente (éste último incluye hasta 13 sesiones, todos los medicamentos, soluciones, descartables, consultas y prácticas médicas directamente relacionadas con la diálisis).

- Se pagará el 70 % del valor de las sesiones mensuales o del Módulo Arancelario Mensual de DPCA –según el caso- por paciente (incluye todos los medicamentos, soluciones,

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

descartables, consultas y prácticas médicas directamente relacionadas con la diálisis, con o sin ciclador).

Segundo año bajo DC:

- o 50% del valor de los Módulos Arancelarios Mensuales (HD o DPCA)

Tercer año bajo DC y siguientes:

- o 30% del valor de los Módulos Arancelarios Mensuales (HD o DPCA)

A los fines de estimar los montos a reasegurar, se ha tomado en consideración el valor fijado por el Program Federal (PROFE) dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, cuyos aranceles se consideraran como el “Valor Módulo 100%”:

- o Por Sesión de HD / DPCA: hasta \$ 178 (hasta 13 por mes)
- o Por Módulo Mensual HD / DPCA: hasta \$ 2.314

(incluye todas las sesiones mensuales)

Para los cálculos actuariales simulados en el modelo, se utilizó el Escenario 1 presentado en el Documento “ Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal”¹⁵ Línea de base: Estudio NHANES III (Third National and Nutrition Examination Survey. Modification of Diet in Renal Disease Study, comparada con la fórmula de Cockcroft – Gault y albuminuria persistente), ajustada por Prevalencia Ponderada de la Seguridad Social (239,12 PMB).

Hemos utilizado para el estudio la Clasificación de la Enfermedad renal que ha establecido la Nacional Kidney Foundation, mientras que en la Planilla de Seguimiento hemos incorporado la modificación (Clasificación de Puerto Rico) que incluye a la Presión Arterial en Grados y a la Albuminuria en Niveles. (Ver Anexo VI).

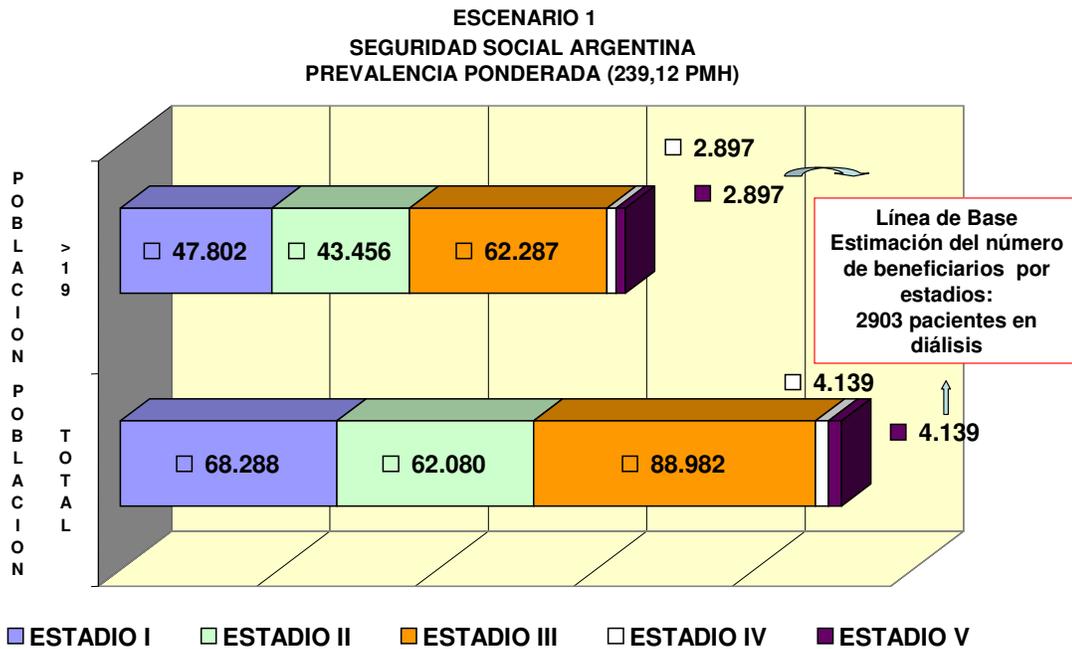
De acuerdo al mismo se pudo estimar la cantidad de personas que estarían cursando algunos de los estadios de enfermedad renal según la Velocidad de Filtración Glomerular estimada mediante la fórmula de Cockcroft y Gault, según el siguiente detalle:

¹⁵ Ver cita No. 12

- Velocidad de la Filtración Glomerular (VFG) Estimada por Fórmula* y Clasificación por estadios de enfermedad renal

.VFG (en ml/m)*	Estadios
> 90	I
89 / 60	II
59 / 30	III
29 / 15	IV
< 15	V

Los hallazgos del modelo de simulación fueron los siguientes:



Pacientes con proteinuria con diferentes Estadios de Velocidad de Filtración Glomerular según Matriz de Clasificación

En primer lugar fueron estimados los costos de realización del screening.

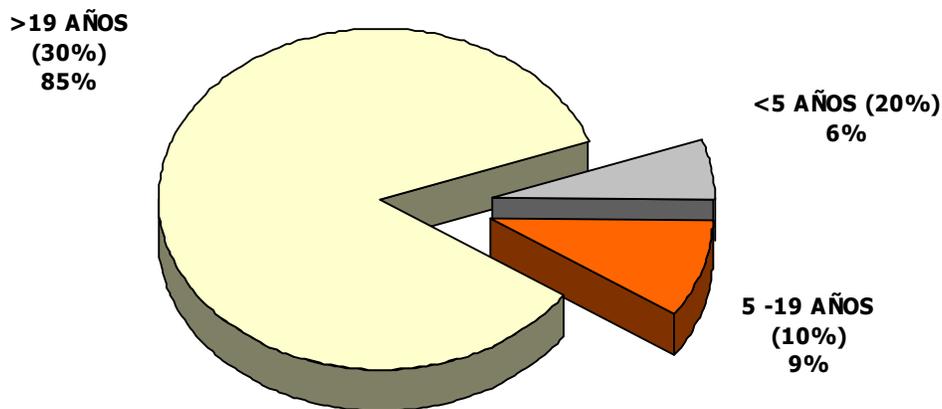
Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Para ello dado el carácter voluntario y las exclusiones ya detalladas, se han estimado los porcentajes de consulta en cada grupo etáreo y sus costos correspondientes:

- < de 5 años: 20 % (6 % del total)
- entre 5 y 19 años: 10 % (9 % del total)
- > de 19 años: 30 % (85 % del total)

La siguiente figura permite ejemplificar lo expuesto:

ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA PARA EL PRIMER AÑO
(SCREENING)



EL SCREENING INCLUYE:

- * PROTEINURIA
- * CREATININEMIA

(VALORES DE REFERENCIA: NOMECLADOR BIOQUÍMICO
= \$ 3,50)

TOTAL: \$ 9.681.414

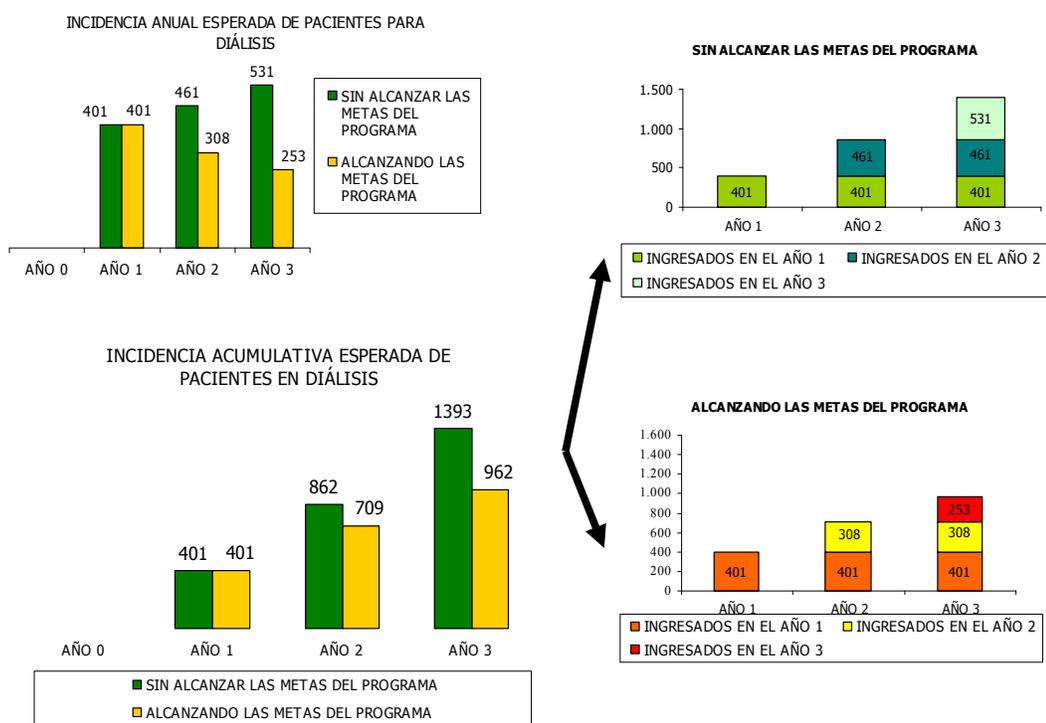
Una vez iniciado el Programa de Salud Renal, existen dos posibilidades extremas a considerar.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

La primera es que se logre el cumplimiento de las metas y la segunda que no se logren. Esta última situación es asimilable a la ausencia de un programa de salud renal. Para estimar los costos y los ahorros, se partirá de analizar el comportamiento del sector en estas dos situaciones.

El primer análisis tiene por objeto estimar el número absoluto de nuevos casos anuales de pacientes que accedan al tratamiento de Diálisis.

La figura que continúa permite observar estas variaciones:

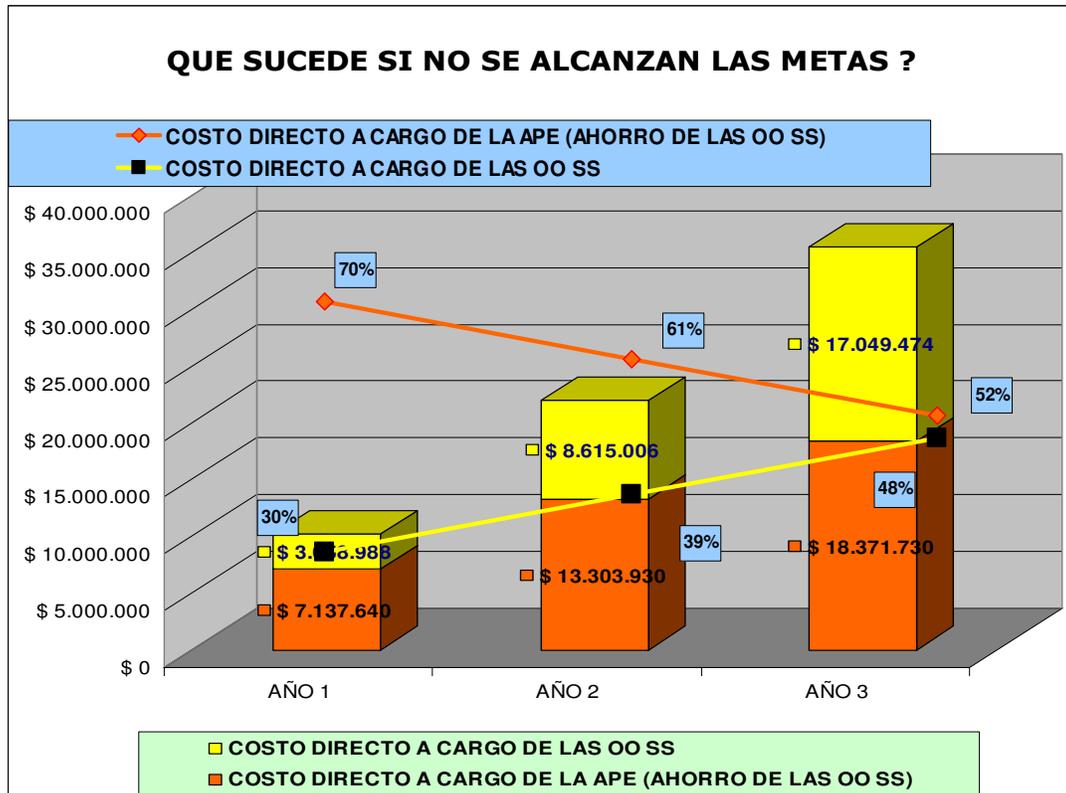


Por otra parte, si no se alcanzan las metas del programa, se correlacionará con un mayor costo final para las Obras Sociales y la APE.

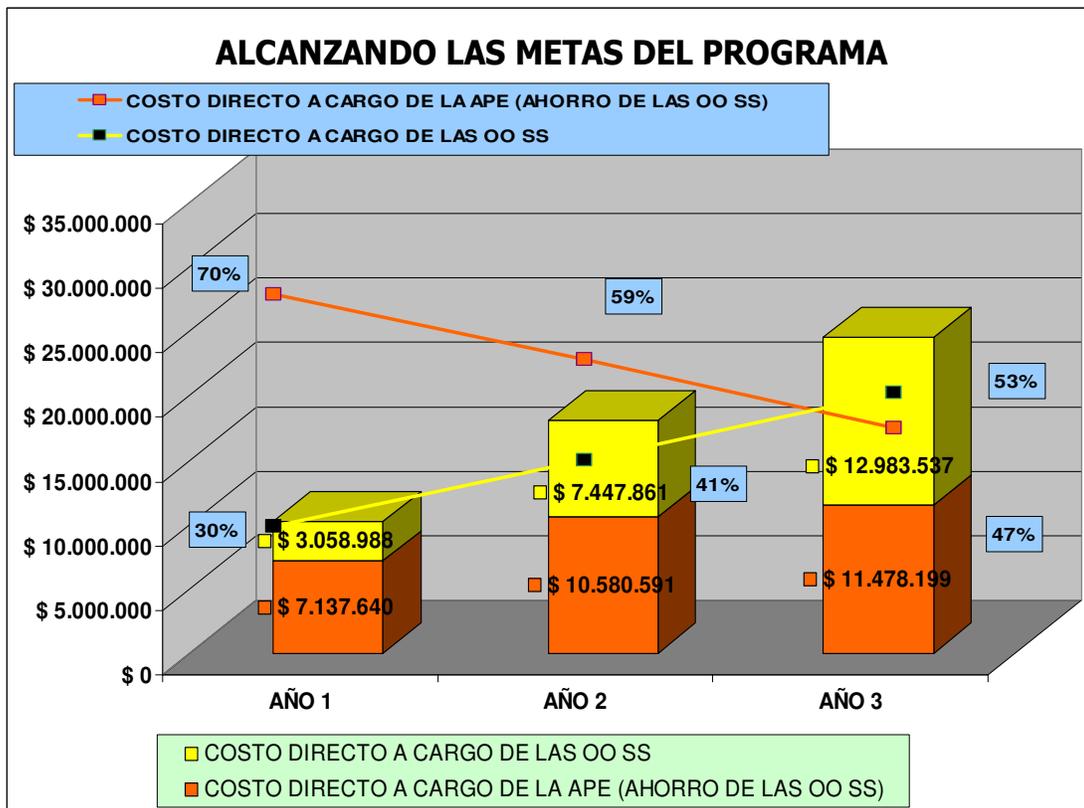
Por el contrario, cuando son alcanzadas las metas del programa se pueden observar una significativa disminución en dichos costos absolutos y su correlato porcentual.

Las figuras siguientes, con sus correspondientes gráficos incorporados, permiten analizar dichos comportamientos.

- **Sin alcanzar las metas (Equivalente a la situación actual Sin Programa)**



- Alcanzando las metas del Programa



Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Existe amplia información en la literatura especializada, acerca de la incidencia porcentual de los costos ocultos de prestación, o costos indirectos, secundarios a la ausencia de mecanismos adecuados de Referencia y Contrarreferencia de los pacientes con daño renal.

Como ya hemos señalado los ejes de implementación del Programa de Salud Renal – APE podrían resumirse como:

- Actividades en el Primer Nivel de Atención
- Adecuada Referencia y Contrarreferencia
- Activa participación del Nefrólogo (dependiendo de su existencia) desde las etapas iniciales de enfermedad renal, en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS)
- Componentes de Capacitación para los médicos de cabecera, de familia, generalistas, etc., que deben asumir las responsabilidades asistenciales en muchas regiones del país.
- Componentes de Capacitación para los especialistas, acercándolos a la APS.

Dichos costos indirectos, han sido estimados en un rango que oscila entre el 100% y un 163% por encima del costo directo, que es por otra parte el que los financiadores conocen pues constituye su objeto de pago.

Es habitual que el sector financiador no considere estas erogaciones que efectúa habitualmente mediante pagos en complicaciones, medicación adicional, internaciones, etc., además del incremento del gasto de bolsillo de los beneficiarios, los costos sociales, caída del salario, perjuicio del sector productivo y de servicios, etc.

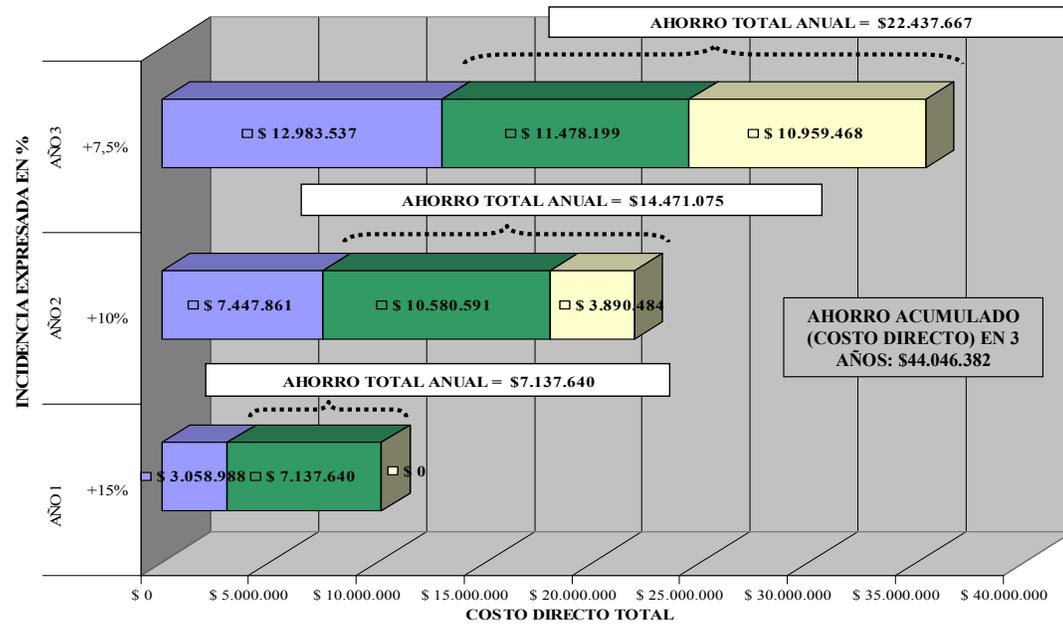
A los fines de este trabajo se analizarán los comportamientos de los costos y los ahorros utilizando ambas estimaciones de costos indirectos.

En todos los casos se estimara el comportamiento del Programa en tres años.

A los fines de un mejor análisis se establecerán en forma independiente los costos y los ahorros, directos e indirectos, para luego efectuar una consolidación que posibilite observar el impacto económico del Programa.

- Ahorro Anual en Costos Directos:**

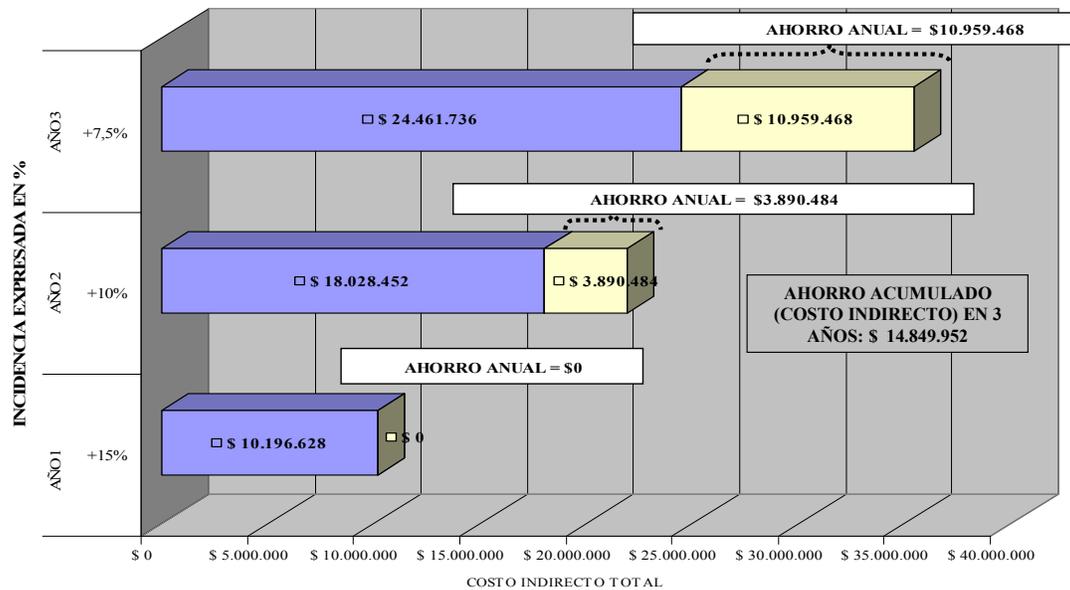
AHORRO TOTAL ANUAL EN COSTO DIRECTO DE LAS OO SS
(AHORRO TOTAL= PAGO DE LA APE + DISMINUCIÓN DEL INCREMENTO DE PACIENTES)



■ COSTO DIRECTO A CARGO DE LAS OO SS
 ■ COSTO DIRECTO A CARGO DE LA APE (AHORRO DE LAS OO SS)
 □ AHORRO EN COSTO DIRECTO (APE+ OO SS) GENERADO POR LA DISMINUCIÓN PROGRAMADA DE LA INCIDENCIA

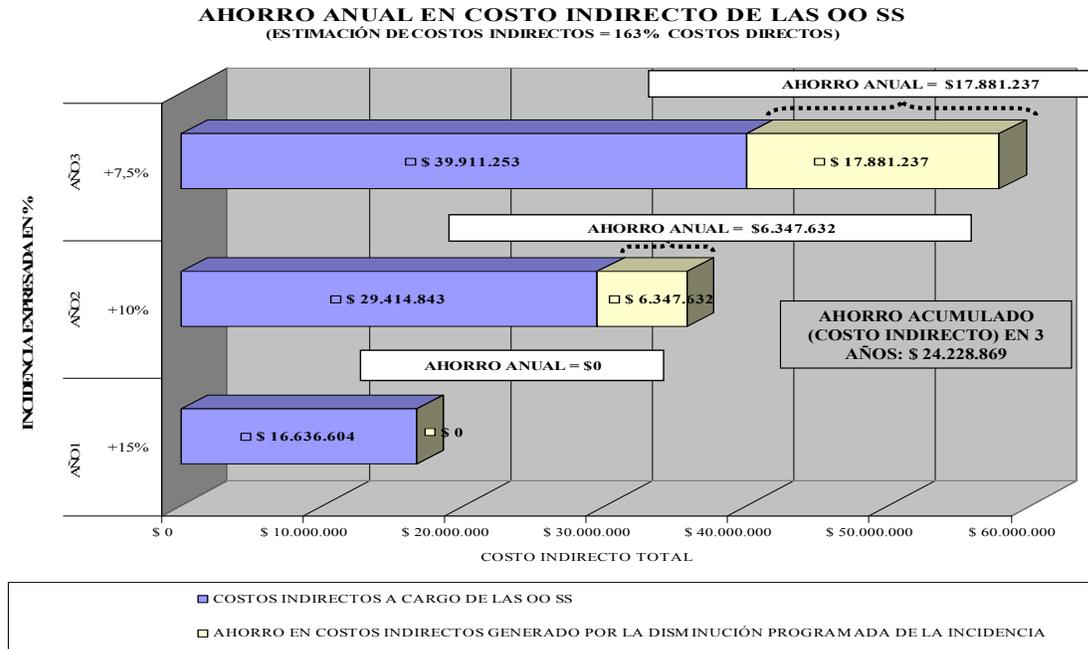
- Ahorro Anual en Costos Indirectos (Estimación 100% superior al costo directo)**

AHORRO ANUAL EN COSTO INDIRECTO DE LAS OO SS
(ESTIMACIÓN DE COSTOS INDIRECTOS = 100% COSTOS DIRECTOS)



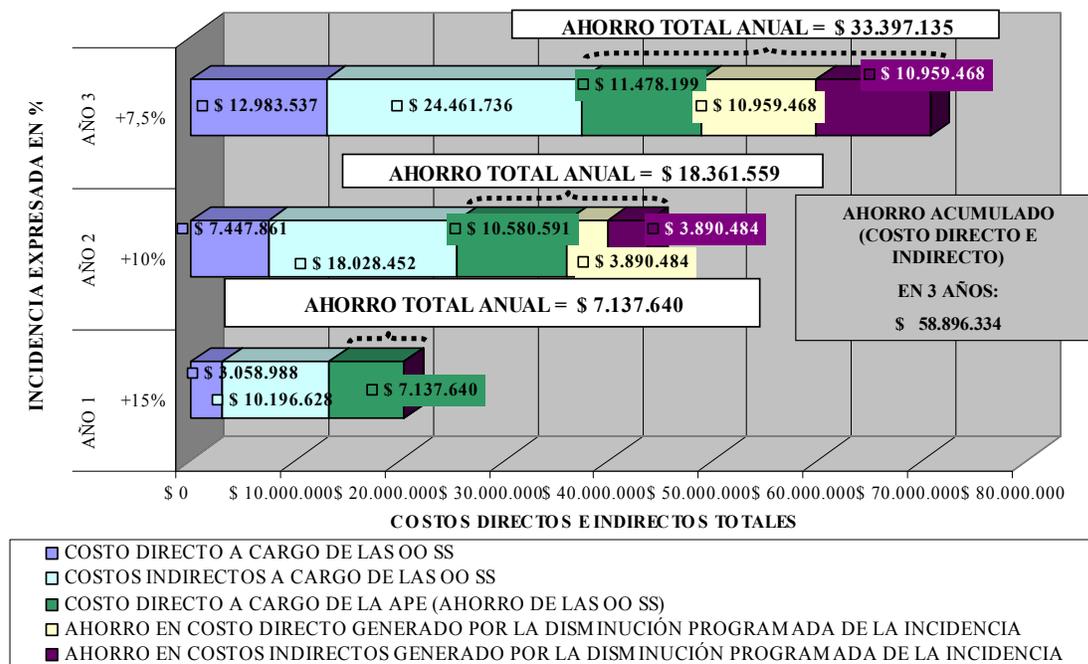
■ COSTOS INDIRECTOS A CARGO DE LAS OO SS
 □ AHORRO EN COSTOS INDIRECTOS GENERADO POR LA DISMINUCIÓN PROGRAMADA DE LA INCIDENCIA

- Ahorro Anual en Costos Indirectos (Estimación 163% superior al costo directo)**

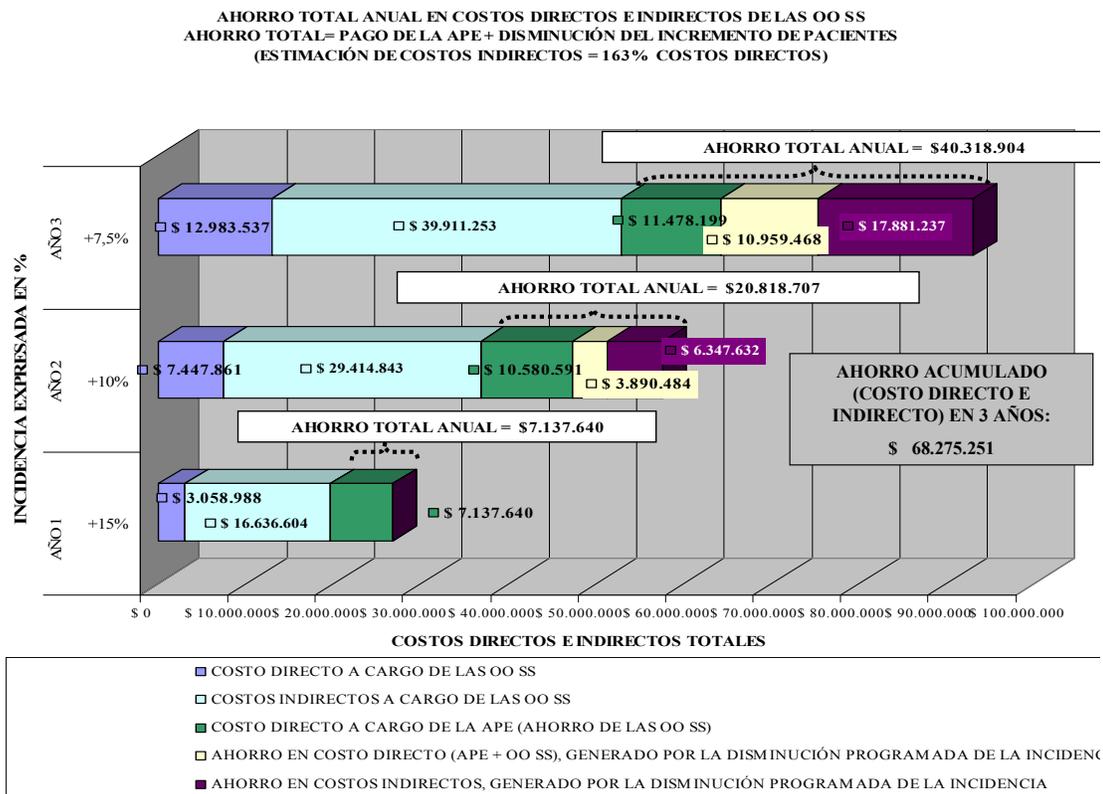


- Ahorro Total Anual en Costos Directos e Indirectos (Costos Indirectos Estimados al 100% superior al costo directo)**

AHORRO TOTAL ANUAL EN COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LAS OO SS
 AHORRO TOTAL= PAGO DE LA APE + DISMINUCIÓN DEL INCREMENTO DE PACIENTES
 (ESTIMACIÓN DE COSTOS INDIRECTOS = 100% COSTOS DIRECTOS)



- **Ahorro Total Anual en Costos Directos e Indirectos (Costos Indirectos Estimados al 163% superior al costo directo)**



- *Diseño de algoritmos y guías de diagnóstico y tratamiento*

En este capítulo se tomarán en consideración aquellas acciones y / o prácticas que tienen suficiente evidencia médica.

No se ha consensado a nivel internacional una única clasificación y los distintos grupos que desarrollan o publican guías de práctica clínica basadas en evidencias utilizan diferentes escalas. Es recomendable que se especifiquen claramente los niveles de evidencia utilizados, así como las recomendaciones resultantes.

Al igual que las evidencias, las recomendaciones que se derivan de ellas tienen también una jerarquía que debe también explicitarse

Para establecer las bases de consenso acerca de las mismas, se adopta una combinación de las siguientes clasificaciones de los Niveles de Evidencia Médica y sus Recomendaciones.

- **Niveles de evidencia**

I/A	Fuerte evidencia a partir de al menos una revisión sistemática de múltiples ensayos clínicos aleatorios bien diseñados
II/B	Fuerte evidencia de al menos un ensayo clínico aleatorio bien diseñado, con tamaño de la muestra adecuado y realizado en el entorno clínico apropiado
III/C	Evidencia de ensayos clínicos bien diseñados sin aleatorización, cohortes pre y post-tratamiento, series temporales o estudios de casos y controles apareados
IV	Evidencia a partir de estudios no experimentales bien diseñados, realizados por más de un centro o grupo investigador
V	Opiniones de autoridades respetadas, estudios descriptivos o comités de consenso

- **Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación¹⁶**

- Ia: La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, randomizados, bien diseñados.

¹⁶ US Agency for Health Care Policy Research:

- Ib: La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.
- IIa: La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.
- IIb: La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.
- III: La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.
- IV: La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.
- **Grado de la Recomendación**
 - A: Requiere al menos un ensayo controlado aleatorio de alta calidad y consistencia sobre la que basar la recomendación concreta (Niveles de evidencia Ia y Ib).
 - B: Requiere disponer de estudios clínicos bien realizados, pero no de ensayos clínicos aleatorios sobre el tema de la recomendación (Niveles de evidencia IIa, IIb y III)
 - C: Requiere disponer de evidencia obtenida de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio. Indica la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables y de alta calidad (Nivel de evidencia IV).
- **Guías de Referencia y Contrarreferencia para pacientes con enfermedad renal crónica y / o albuminuria / proteinuria**

A los efectos del presente trabajo, se recomienda que; en términos generales, sean Referidos al nefrólogo para consulta y recomendaciones los siguientes pacientes:

- Mujer con creatinina sérica mayor de 1.3 mg/dl
- Hombre con creatinina sérica mayor de 1.5 mg/dl
- Todo paciente con síndrome nefrótico (proteinuria en 24 horas de 3.0 g o mas)
- Todo paciente con Diabetes Tipo 1 y 2 con macroalbuminuria de más de 300mg / 24 h
- Todo paciente no diabético con proteinuria de mas de 1.0 g / 24 h
- Todo paciente con creatinina sérica de 4 mg / dl o Velocidad de Filtración Glomerular de 30 cc/min. o menos debe ser referido al nefrólogo para evaluación y tratamiento pre-diálisis, incluyendo la construcción del acceso vascular

En particular, se establecen las siguientes líneas de acción para la Referencia –

Contrarreferencia, de acuerdo a los Estadios de Velocidad de Filtración Glomerular, con sus correspondientes metas y objetivos:

- Los pacientes en Estadio I y II 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) 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 cardiaco, hipertensión esencial, ingesta de agua en grandes cantidades, etc.

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)

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 = 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.
- 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 como:
 - 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
- Los pacientes en Estadio III (VFG) = 59 – 30 cc/min deberían ser controlados por los médicos nefrólogos capacitados 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.
- El médico nefrólogo en ese Primer Nivel efectuará el seguimiento estricto de la siguientes variables, según la siguiente frecuencia:

- 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.
- 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.
- Los pacientes en Estadio IV (29-15 cc/mm) y Estadio V (<15cc/mm) (considerando la posibilidad de diálisis) deberán tener un seguimiento por el médico nefrólogo, quien será el médico de cabecera referente del paciente.
 - 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 g / kg)
 - Tratar la anemia y la osteodistrofia renal
 - 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.
 - 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.
 - 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.
- **Factores de Progresión de la Enfermedad Renal Crónica**
 - Hipertensión Arterial
 - Hipertensión Intraglomerular
 - Hiper glucemia crónica mal controlada
 - Proteinuria
 - Hiperlipidemia

- Ingesta elevada de proteínas y /o fosfatos

En la Progresión de la Enfermedad Renal, se han podido obtener evidencia de las siguientes manifestaciones:

- o Hipertrofia Glomerular
- o Coagulación intraglomerular
- o Isquemia glomerular y obstrucción arteriolar
- o Infiltración crónica de células mononucleares en el mesangio y/o en el intersticio
- o Incremento extracelular de la matriz mesangial y/o intersticial
- o Daño de la célula epitelial glomerular
- o Liberación intrarrenal de citoquinas, factores de crecimiento y especies reactivas de oxígeno (diabetes)

(Evidencia de Nivel I A)

- **Control de la enfermedad renal**

Con el daño establecido, la progresión de la enfermedad renal puede ser enlentecida y controlada. (Evidencia de Nivel II B)

- **Factores que pueden revertirse ante una enfermedad renal permanente**

- .- Hipovolemia de cualquier causa
- .- Obstrucción de las vías urinarias
- .- Enfermedad vascular secundaria a hipertensión no controlada. Hipotensión iatrogénica.

Estenosis de la arteria renal. Trombosis de la vena renal

- .- Pielonefritis bilateral severa
- .- Nefrotoxicidad por antibióticos, anestésicos, contrastes radiológicos, metales pesados, solventes orgánicos.

- .- Metabolopatías con hipercalcemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia, hipokalemia, acidosis metabólica severa
 - .- Nefritis intersticial (drogas, toxinas y enfermedades autoinmunes)
 - .- Toxemia e hipertensión gravídica
 - .- Insuficiencia renal aguda
 - .- Drogas analgésicas
 - .- Antihipertensivos IECAs, Tiazidas, diuréticos de asa, bloqueadores de receptores de Ang.II
 - .- Quimioterápicos
 - .- Inhibidores de la xantinoxidasa
 - .- Nefrotoxicidad endógena por la mioglobina y la hemoglobina
- (Evidencia Nivel II B)

- **Aparatos, Sistemas y Homeostasis alterados/as por la enfermedad renal permanente**

- Cardiovascular
 - Arritmias
 - Pericarditis
 - Hipertensión Arterial
 - Cardiopatía Coronaria
 - Insuficiencia Cardíaca
- Digestivo
 - Hemorragia digestiva
 - Gastritis
- Locomotor y Metabolismo Fosfocálcico
 - Osteodistrofia renal
 - Calcificaciones metastásicas
 - Hiperfosfatemia
 - Hipocalcemia
- Nervioso
 - Encefalopatía
 - Polineuropatía
- Hematológico
 - Anemia
 - Disfunción de las plaquetas
 - Inmunosupresión

<ul style="list-style-type: none">• Endocrino	Hiperglucemia Dislipemia Dismenorrea Impotencia Sexual
<ul style="list-style-type: none">• Equilibrio Ácido Base	Hiperpotasemia Hiponatremia Acidosis Metabólica Hipermagnesemia

(Evidencia Nivel I A)

- **Factores de riesgo y grupos vulnerables para desarrollar enfermedad renal crónica**

- Edad > 60 años
- Niños < 5 años
- Niños de bajo peso
- Mujeres en estado de gravidez
- Raza afroamericana
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Historia familiar de enfermedad renal crónica
- Enfermedad autoinmune
- Enfermedad sistémica
- Anormalidades del tracto urinario
- Infección del tracto urinario
- Litiasis
- Neoplasias
- Exposición a nefrotóxicos
- Antecedente de insuficiencia renal aguda

(Evidencia Nivel I A)

• **Definiciones de proteinuria y albuminuria**

Variables y Métodos de Recolección de Orina	Valores Normales	Microalbuminuria	Macroalbuminuria o Proteinuria “clínica”
<i>Proteína total</i>			
Recolección de 24 horas	< 300 mg/día	No aplicable	≥ 300 mg/día
Muestra aislada (dipstick)	< 30 mg/dL	No aplicable	≥ 30 mg/dL
Relación proteinuria / creatininuria en muestra aislada	< 200 mg/g	No aplicable	≥ 200 mg/g
<i>Albúmina</i>			
Recolección de 24 horas	< 30 mg/día	30-300 mg/día	> 300 mg/día
Muestra aislada (dipstick específico para albúmina)	< 3 mg/dL	≥ 3 mg/dL	No aplicable
Relación proteinuria / creatininuria en muestra aislada	< 17 mg/g (hombres) < 25 mg/g (mujeres)	17-250 mg/g (hombres) 25-355 mg/g (mujeres)	> 250 mg/g (hombres) > 355 mg/g (mujeres)

• **Validación de la microalbuminuria**

Se deben excluir factores que arrojen falsos positivos:

- Hipertensión arterial descompensada
- Infección urinaria
- Hiperglucemia
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Ejercicio físico intenso
- Menstruación en orina

- Se sugiere que para confirmar el diagnóstico inicial de microalbuminuria se deben obtener 3 determinaciones positivas en el lapso de 3 – 4 meses.

- Descartar uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y antagonistas de receptor AT1 de angiotensina.

- **Causas de proteinuria no asociadas a enfermedad renal progresiva**

- Proteinuria aislada
- Proteinuria transitoria (fiebre, ejercicio intenso)
- Insuficiencia cardiaca
- Proteinuria ortostática

- **Causas de elevación de creatinina sérica no asociadas a nefropatía crónica progresiva**

- Factores prerrenales (Ej.: hipovolemia, insuficiencia cardiaca, otros)
- Uropatía obstructiva (etapa aguda)
- Elevación de la creatinina sérica debido a drogas que interfieren con la secreción (Trimetoprina, cimetidina) o sustancias que interfieren con el ensayo (cefexitina, flucitosina, acetoacetato en la cetoacidosis diabética)
- Ingesta abundante de carne

- **Clasificación de pacientes por estadios de acuerdo a los valores obtenidos por la aplicación de la fórmula de Cockcroft y Gault y de Schwartz para calcular la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG)**

- **Fórmula de Cockcroft y Gault para calcular la velocidad de filtración glomerular (VFG):**

- En Hombres:

$$[140 - \text{edad (años)}] \times \text{Peso (kg)}$$

VFG (ml/min): _____

$$72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}$$

- En mujeres corregir por factor de 0,85
- Formula de Schwartz:

$$\text{GFR (ml/min x 1,73 m}^2\text{)} = \frac{\text{K x BL}}{\text{Creatinina sérica}}$$

Donde:

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

- Clasificación por Estadios, según Velocidad de Filtración Glomerular (Nacional Kidney Foundation)

- Estadio I VFG \geq 90 ml/min
- Estadio II VFG 60 - 89 ml/min
- Estadio III VFG 30 - 59 ml/min
- Estadio IV VFG 15 - 29 ml/min
- Estadio V VFG < 15 ml/min

- Clasificación de Puerto Rico de la Insuficiencia Renal Crónica

Combina 3 variables:

- *Velocidad de filtración glomerular (VFG)*

Estadio según niveles de VFG: I a V

- **Presión Arterial**

Niveles de presión arterial (VI JNC Report)

- Optima: $< 120 / 80 =$ Grado A
- Normal: $120 - 129 / 80 - 84 =$ Grado B
- Normal-alta: $130 - 139 / 85 - 89$
- Hipertensión leve: $140 - 159 / 90 - 99 =$ Grado C
- Hipertensión moderada: $160 - 179 / 100 - 109 =$ Grado D
- Hipertensión severa: $\geq 180 / \geq 110 =$ Grado E

- **Albuminuria:**

Niveles de albuminuria

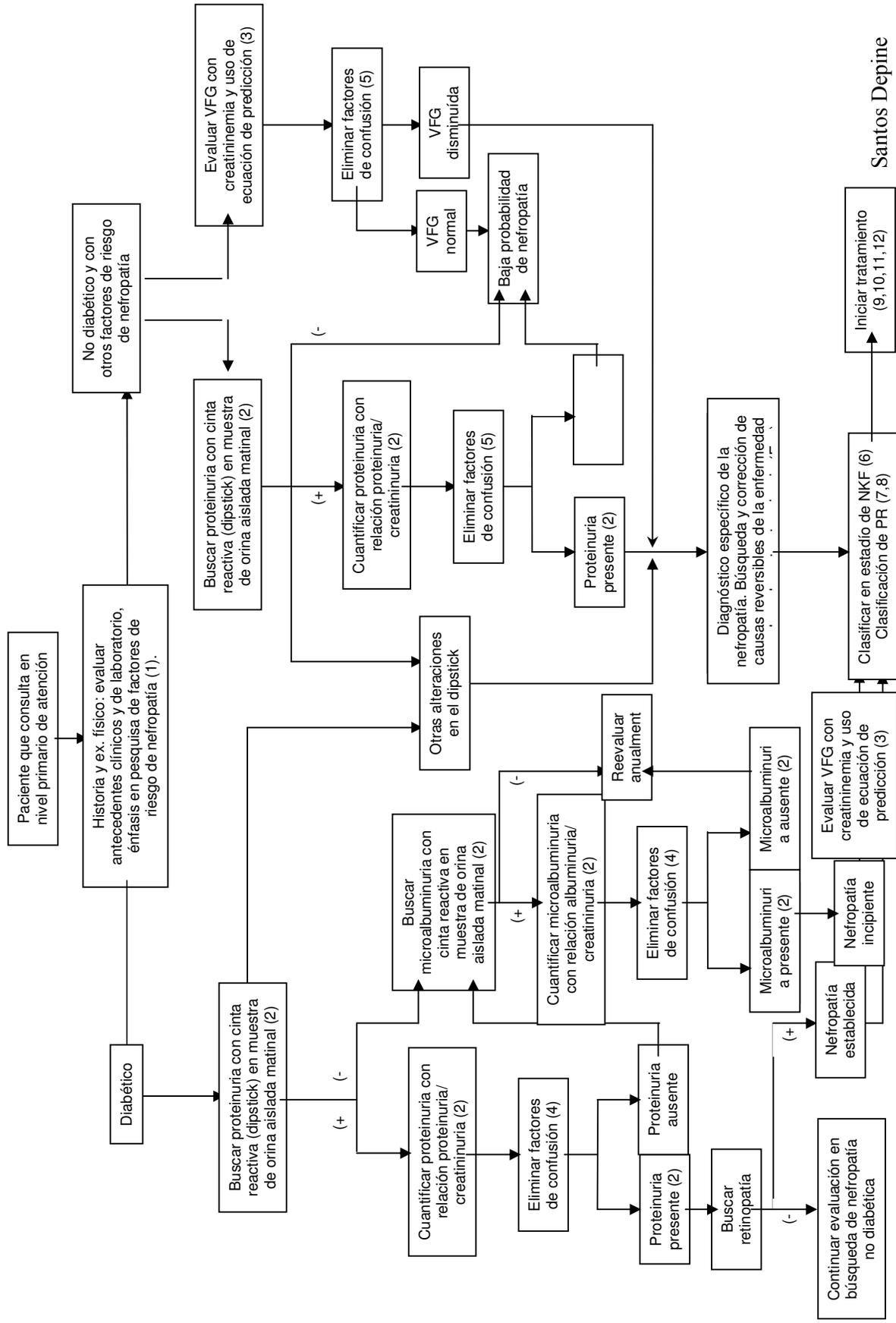
- Normal: $< 30 \text{ mg} / 24 \text{ horas} =$ Nivel 1
- Microalbuminuria: $30 - 300 \text{ mg} / 24 \text{ horas} =$ Nivel 2
- Macroalbuminuria o Proteinuria Clínica: $> 300 \text{ mg} / 24 \text{ horas} =$ Nivel 3

- **Definición de Progresión, Remisión y Regresión de las nefropatías crónicas proteinúricas**

<i>Variable</i>	<i>Progresión</i>	<i>Remisión</i>	<i>Regresión</i>
<i>Proteinuria</i>	$\geq 1 \text{ g/día}$	$< 1 \text{ g/día}$	$< 0.3 \text{ g/día}$
<i>VFG</i>	<i>en disminución **</i>	<i>estable</i>	<i>en aumento</i>
<i>Cambios estructurales renales</i>	<i>empeorando</i>	<i>estable</i>	<i>mejorando</i>

**** Mayor que la disminución fisiológica asociada al envejecimiento (1 mL/min/año)**

- **Algoritmo para el screening de nefropatía crónica**



- **Intervenciones recomendadas para retardar la progresión de la enfermedad renal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

INTERVENCIÓN	OBJETIVO
Control estricto de la presión arterial	< 130 / 80 mm Hg
Inhibición del sistema renina-angiotensina	Proteinuria < 0,3 g / 14 horas
Corrección de la dislipidemia	Colesterol LDL < 100 mg / dl (2,6 mmol/litro)
Control de la hiperglucemia	Hemoglobina glicosilada < 7%

Recomendaciones adicionales: eliminar el tabaco, disminuir el peso, ejercicio físico, reducir la ingesta de proteínas, sal y alcohol

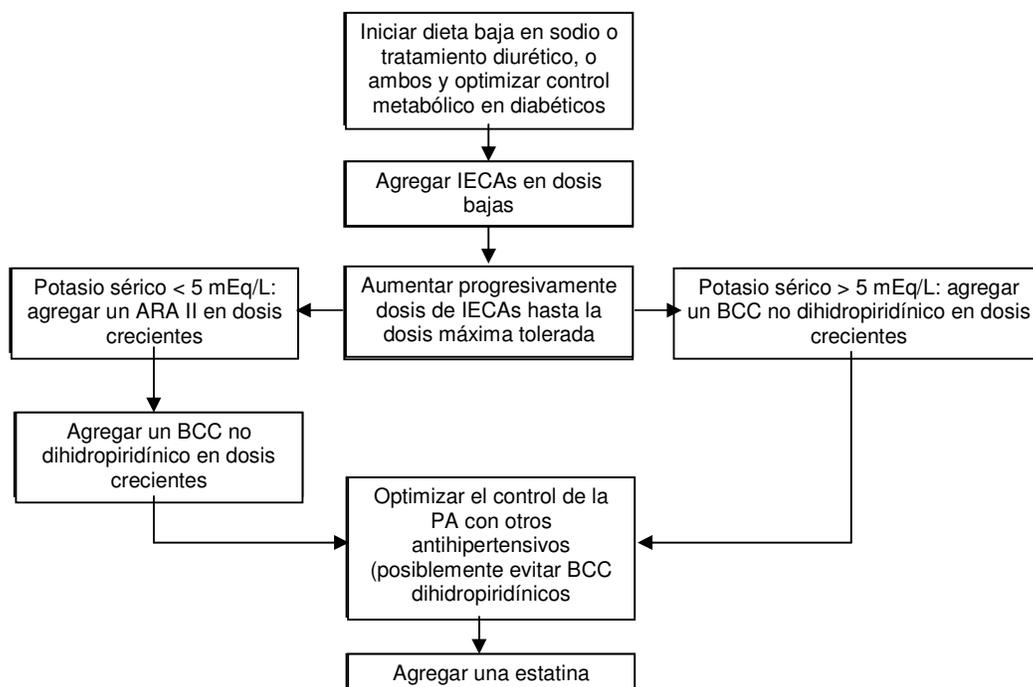
- **Intervenciones recomendadas para el manejo de pacientes con nefropatías crónicas no diabéticas**

- Diagnóstico específico y tratamiento específico de la nefropatía si es posible
- Búsqueda y corrección de causas reversibles de la enfermedad renal

INTERVENCIÓN	OBJETIVO
Control estricto de la presión arterial	< 130 / 80 mm Hg o < 125 / 75 en pacientes con proteinuria > 1 g / d
Inhibición del sistema renina-angiotensina	Proteinuria < 0,3 g / 14 horas
Corrección de la dislipidemia	Colesterol LDL < 100 mg / dl(2,6 mmol/litro)
Evitar ingesta proteica excesiva	0,8 g / kg / día
Tabaco	Suspender el tabaco

Recomendaciones adicionales: dejar de fumar, disminuir el peso, ejercicio físico, reducir la ingesta de sal y alcohol

• **Algoritmo del enfoque multifarmacológico recomendado para pacientes con nefropatía crónica y proteinuria nefrótica persistente**



• **Fármacos Antihipertensivos Sugeridos**

<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Comentarios</i>
<i>Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECAs)</i>	25-150 mg/d	Cardioprotector en pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, o ambas; efectividad probada en nefropatía de la DM 1; ajustar la dosis de acuerdo a la función renal
• Captopril	5-40 mg/d	
• Enalapril	1,25-5 mg/d	
• Lisinopril	1-4 mg/d	
• Ramipril		
• Trandolapril		
<i>Antagonistas de receptor de Angiotensina II (ARA II)</i>	25-100 mg/d	Renoprotector en nefropatía de la DM 2; la dosis no requiere ajuste de acuerdo a la función renal
• Losartán	80-320 mg/d	
• Valsartán	150-300 mg/d	
• Irbesartán		
<i>Beta-bloqueantes</i>		Cardioprotector en pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca o ambas
• Atenolol	25-100 mg/d	
• Metoprolol	50-300 mg/d	
• Propranolol	40-180 mg/d	

Diuréticos

• Clortalidona	12,5-50 MG/d	Aumentan efecto antihipertensivo y antiproteinúrico de IECAs y ARA II; pueden aumentar el efecto antihipertensivo de otros fármacos. Tiazidas se prefieren con función renal normal. Furosemida preferida en insuficiencia renal y/o sobrecarga hídrica, puede limitar la hiperkalemia inducida por IECAs o ARA II. Espironolactona puede aumentar el efecto antiproteinúrico de IECAs o ARA II, efecto cardioprotector en insuficiencia cardiaca
• Hidroclorotiazida	12,5-50 MG/d	
• Furosemida	40-500 MG/d	
• Espironolactona	25 MG/d	

Alfa/Beta Bloqueadores

• Carvedilol	12,5-50 mg/d	Cardioprotector en cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, o ambas; la dosis se debe ajustar de acuerdo a la función renal
--------------	--------------	---

Bloqueadores del calcio no dihidropiridínicos

• Diltiazem	120-360 mg/d	Evitar efecto combinado con beta bloqueadores por su efecto sobre la conducción aurícula-ventricular
• Verapamil	90-480 mg/d	

IECAs y ARA II debieran ser usados como tratamiento de primera línea, a menos que exista una contraindicación. Si estos fármacos están contraindicados o no controlan adecuadamente la Presión Arterial debieran usarse betabloqueantes o diuréticos

- **Establecer flujograma de circulación de los datos originados**

La generación de los datos será responsabilidad de las Obras Sociales, quienes deberán solicitar a sus prestadores a cargo del desarrollo del Programa la confección y el envío de las Planillas de Seguimiento, Clasificación, Remisión y Regresión de la Insuficiencia Renal Crónica.

Los mismos deberán ser derivados alas Obras Sociales de Origen y desde ellas a la APE.

Las Obras Sociales deberán completar por cada beneficiario la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal, que se adjunta en el Anexo C. VI, y enviarla a la APE cada 3 meses

El Programa de salud Renal, permitirá obtener información Estadística y Epidemiológica, según el siguiente procedimiento:

- A partir de los datos consignados por las Obras Sociales en las Planillas de Clasificación y Seguimiento, el Área de Informática desarrollará una base de datos que se utilizará para:

- Cálculo de los pagos a:

- pacientes incluidos en screening
- aranceles de DC

- Apoyo informático al Departamento de Estadísticas y Costos de la Gerencia de Prestaciones para el análisis y emisión de informes y elaboración de las curvas actuariales correspondientes. Estos informes serán puestos en conocimiento de las Obras Sociales, Superintendencia de Servicios de salud y Ministerio de salud y Medio Ambiente y engrosarán la información de la página web de la APE.

- Apoyo informático al Departamento de Auditoría de la Gerencia de Prestaciones para el desarrollo de las tareas que le son propias. Estos informes serán puestos en conocimiento de las Obras Sociales, Superintendencia de Servicios de salud y Ministerio de salud y Medio Ambiente y engrosarán la información de la página web de la APE.

- ***Detección de las obras sociales para implementar programas tipo***

Se ha decidido comenzar con las Obras Sociales Nacionales que posean una alta concentración de beneficiarios. Estas constituyen aproximadamente un núcleo de 20 que poseen más del 60 % del padrón.

- ***Diseño de las matrices para el programa operativo anual (POA)***

Estas matrices se diseñarán específicamente para cada Obra Social.

A los fines de obtener financiamiento por parte de la APE de los componentes comprometidos por esa Administración, se propone que el POA se ajuste al siguiente circuito:

- Lineamientos del POA: Viabilidad
- Elaboración del POA inicial, incluyendo los componentes de proyectos específicos (promoción, capacitación)

- Análisis de fortalezas y debilidades
- Realización del 1er ajuste: Elaboración del POA ajustado
- Aprobación del POA
- Aprobación del POA y remisión a la APE para eventuales financiamientos
- Análisis de factibilidad económica, redefiniciones y reajustes.
- Comunicación a las Obras Sociales
- Elaboración del POA definitivo
- Informe a la APE
- Conformidad con el POA definitivo
- Ejecución del POA
- Seguimiento del POA
- Asignación de fondos específicos contra reembolso para los Proyectos por parte de la APE.
- Reprogramación y ajustes programáticos trimestrales.
- Informe a la APE
- Evaluación / Elaboración de informes / Devolución a audiencias

- ***Instrumentar mecanismos de seguimiento y análisis de los datos***

En este capítulo se incorpora el instrumento de seguimiento y análisis de los datos.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, este instrumento es la “Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal” (Anexo VI C), que incorpora además de una clasificación y un ordenamiento en los datos, las herramientas de cálculo de la Velocidad de Filtración Glomerular.

Dichos instrumentos son las fórmulas de Cockcroft y Gault¹⁷ para los adultos y la de Schwartz en niños¹⁸

6.- Conclusiones

El Modelo de Salud Renal Sustentable y Sostenible, 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, podrá 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.

Los estudios preliminares realizados en base a modelos de simulación para la Seguridad Social en Argentina, han mostrado la factibilidad de su implementación a muy bajo costo y con grandes e importantes beneficios para el Sistema y sus beneficiarios.

Algunos de los resultados esperados pueden resumirse en el siguiente cuadro:

- Consulta y seguimiento temprano por los especialistas
- Mejora en la calidad de vida de los pacientes
- Mayor accesibilidad a los tratamientos
- Menor costo indirecto, de bolsillo y social
- Previsiones presupuestarias actuariales
- Garantía de cobertura
- Integración de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención

de enfermos con potencial daño renal (Diabetes, Hipertensión, Dislipemias, etc)

¹⁷ Cockcroft y Gault. Nephron. 1976;16(1):31-41

¹⁸ Schwartz GJ, Brion LP, Spitzer A. The use of plasma creatinine concentration for estimating glomerular filtration rate in infants, children, and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1987;34: 571-90

ANEXO A.

DECLARACIÓN DE BUENOS AIRES 2003. “HACIA UN MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL”

América Latina y el Caribe, y la República Argentina en particular, se encuentran en un proceso de desarrollo de nuevas estrategias para afrontar la problemática 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 y evaluación de dicho modelo.

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

1º- Declarar el interés por el desarrollo en la República Argentina del Modelo de Salud Renal que promueve la Sociedad Latino Americana de Nefrología e Hipertensión y la Sociedad Argentina de Nefrología, con auspicio de la OPS:

2º- Promover el análisis, debate y consensos necesarios para el desarrollo del modelo en el ámbito del Consejo Federal de Salud, y de la Comisión Nacional Consultiva en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

3º- Estimular el desarrollo del marco normativo para el Modelo de Salud Renal dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, y de la formulación de un

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Programa Nacional de Salud Renal a ser aplicado en las jurisdicciones y en los subsectores del Sistema Nacional de Salud.

4º- Promover la integración de todos los subsectores, agentes prestadores y financiadores, sociedades científicas y programas afines al desarrollo del Modelo de Salud Renal en la República Argentina.

5º- Encomendar a la Administración de Programas Especiales (APE), a los consultores del PROS, a la Sociedad Argentina de Nefrología y al representante en Argentina del Comité de Salud Renal de la Sociedad Latino Americana de Nefrología e Hipertensión, la continuidad de las tareas necesarias para llevar adelante lo que aquí se manifiesta.

Firmaron en Representación:

- Por el Ministerio de Salud de la Nación. Administración Nacional de Programas Especiales (APE)
- Por el Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS)
- Por Representantes de los Organismos Oficiales Reguladores y Fiscalizadores de las Ablaciones e Implante de Órganos
- Por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión
- Por la Sociedad Argentina de Nefrología
- Por Representantes de los Ministerios de Salud de las Provincias
- Por Representantes de Obras Sociales Nacionales, Provinciales, Sindicales y de Empresas

ANEXO B.

CONVENIO DE COOPERACIÓN APE - SAN - CADRA

Entre la ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES, en adelante “La APE”, representada en este acto por su Interventor, Lic. Eugenio Daniel ZANARINI, constituyendo domicilio en Diag. Roque Saénz Peña 530, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por una parte, y por la otra la SOCIEDAD ARGENTINA DE NEFROLOGIA, en adelante “La SAN”, con domicilio en la calle Pueyrredon 1085, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representada por su Presidente Dr. Miguel Nadal y la CONFEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE DIALISIS DE LA REPUBLICA ARGENTINA, en adelante “La CADRA”, con domicilio en la calle Viamonte 1181, piso 7, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representada por su Presidente Dr. Hugo Ledesma y su Secretario Dr. Domingo Ponce, acuerdan celebrar el presente Convenio de Cooperación, con sujeción a las siguientes Cláusulas:-----

PRIMERA: “La SAN” y “La CADRA” se constituyen en entidades consultoras científicas, académicas y técnicas de “La APE” en el área de las enfermedades renales y en el asesoramiento y elaboración de programas de relevamiento, prevención y tratamiento de patologías renales, tanto de interés nacional, como regional.-----

SEGUNDA: En el marco del presente Convenio, “La APE”, con el asesoramiento de “La SAN” y “La CADRA”, realizará el relevamiento necesario y eventual seguimiento durante el desarrollo del Programa de Salud Renal en la Población de Beneficiarios de los Agentes del Seguro Nacional de Salud, que fuera aprobado por el citado organismo de salud.-----

TERCERA: “La APE” será propietaria exclusiva de la información, datos y/o estadísticas que se obtengan del Programa, pudiendo proporcionar a las restantes partes firmantes del presente, solo las estadísticas para la elaboración de trabajos científicos, informes, publicaciones, etc., deberá mencionarse en forma expresa la fuente de dichos datos.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

CUARTA: Las Instituciones firmantes de este Convenio compartirán los espacios de difusión del Programa, con sus sellos e isotipos correspondientes. “La SAN” y “La CADRA” limitan su responsabilidad a los trabajos que como asesoras produzcan y entreguen bajo su firma, responsabilidad que no se extiende a los trabajos, informes, publicaciones, etc., que se elaboren sin sus avales expresos.---

QUINTA: Los fines del Programa de Salud Renal son la detección, diagnóstico y seguimiento de los beneficiarios que presentan albuminuria y/o alteración de la función renal. -----

SEXTA: Los beneficiarios del Programa serán los afiliados a Obras Sociales Nacionales. --

SÉPTIMA: El Programa de Salud Renal constará de las etapas que se detallan a continuación:
Primera Etapa: Difusión y Promoción del Programa, y organización del sistema de prestaciones. Segunda Etapa: Screening, ingreso al Programa mediante la Planilla de Clasificación, Seguimiento, Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal. Tercera Etapa: elaboración y remisión de la información; seguimiento de las actividades.---

OCTAVA: El presente Convenio no contempla erogaciones económicas a cargo de ninguna de las partes a favor de la otra y tendrá vigencia desde la fecha de su firma y por el término de tres (3) años), pudiendo “La APE” prorrogarlo por igual plazo.-----

NOVENA: Cualquiera de las partes firmantes del presente convenio podrá rescindirlo, sin necesidad de expresar causa, con el sólo requisito de notificar su decisión en forma fehaciente con treinta (30) días de anticipación.-----

En prueba de conformidad, se firman tres (3) ejemplares de un mismo tenor y aun solo efecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los 5 días del mes de Agosto de dos mil cuatro (2004).-----

ANEXO C.

RESOLUCIÓN APE

BUENOS AIRES, de de 2004

VISTO el Decreto 53/98 y la Resolución Conjunta N° 143/03- SSSalud- y 1531/03-APE-y 667/03 SSSalud y 5500/03 APE y,

CONSIDERANDO:

Que esta Administración de Programas Especiales, conforme lo establecido en el artículo 2° del Decreto N° 53/98 tiene como objetivo la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema, conforme lo establecido en la Ley 23.661.

Que mediante el Decreto citado precedentemente se le confiere a la Máxima Autoridad de esta Administración de Programas Especiales la atribución de elaborar y diseñar normas de otorgamiento de apoyos financieros y programas especiales, determinando los procedimientos e instrumentos administrativos para acceder a los mismos.

Que mediante la Resolución conjunta mencionada en el VISTO, la Superintendencia de Servicios de Salud y esta Administración de Programas Especiales aprobaron el Programa de Salud Renal en la población de beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud.

Que por las Resoluciones mencionadas en el VISTO esta Administración de Programas Especiales suscribió convenios con la SOCIEDAD ARGENTINA DE NEFROLOGÍA y la CONFEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE DIÁLISIS DE LA REPUBLICA ARGENTINA en el marco del Programa mencionado precedentemente con el objeto que estas entidades actúen con capacidad científica y operativa prestando asesoramiento.

Que se ha solicitado y obtenido por parte de la Organización Panamericana de la Salud, Representación en Argentina el financiamiento para el apoyo técnico y el asesoramiento especializado mediante la formalización de una consultoría acreditada contratada a tal efecto

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

para coordinar las acciones de planificación, programación y las bases de evaluación del Programa de Salud Renal.

Que constituyen fines del Programa la detección, identificación, clasificación por estadios de la enfermedad renal, su seguimiento sistematizado en los beneficiarios de la Seguridad Social, fomentando las intervenciones que actualmente brinda la medicina basada en la evidencia para alcanzar la regresión y la remisión de dicha enfermedad, que posibilite acotar el crecimiento observado de la prevalencia de beneficiarios que requieren tratamiento sustitutivo de su función renal mediante diálisis,

Que genera mecanismos de seguimiento y financiamiento que favorecen la estrategia de los trasplantes renales,

Que para aquellos Agentes del Seguro de Salud que así lo soliciten, la fuente de financiamiento del citado programa provendrá del Fondo Solidario de Redistribución, conforme lo establece el apartado 4to del art. 24 de la ley 23.661, en tanto se trata de un programa de salud destinado a los beneficiarios del seguro por el cual se procurará solventar los gastos inherentes a la promoción, difusión y material gráfico a ser utilizados por el programa, como así mismo aquellos derivados de las prestaciones específicas, con carácter de incentivo.

Que en este marco la Administración de Programas Especiales debe dictar las normas necesarias y requisitos que a cumplimentar por los Agentes del Seguro de Salud a fin de otorgarles el apoyo financiero que estos soliciten.

Que a fs _____, la Gerencia de Control de Gestión de esta Administración de Programas Especiales según Providencia N° _____ APE se ha expedido favorablemente acerca de la disposición de los fondos para la financiación del Programa aprobado por la Resolución Conjunta N° _____ -SSSalud- y -APE-.

Que el área de Asesoría Jurídica ha tomado la intervención pertinente.

Por ello y de acuerdo con lo dispuesto a través de los Decretos Nros. 53/98 y 167/02 P.E.N.

EL INTERVENTOR

DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES

R E S U E L V E:

ARTICULO 1° Aprobar el modelo de convenio de adhesión que esta Administración de Programas Especiales deberá suscribir con los Agentes del Seguro de Salud que implementen el Programa de Salud Renal que como Anexo I forma parte de la presente.

ARTICULO 2° .- Aprobar las normas de procedimiento para el otorgamiento de apoyos financieros que deberán cumplir los Agentes del Seguro de Salud que implementen el Programa de Salud Renal que como Anexo II forma parte de la presente.

ARTICULO 3° .- Aprobar las normas operativas para que los Agentes del Seguro de Salud implementen el Programa de Salud Renal que como Anexo II forma parte de la presente.

ARTICULO 4° .- Aprobar el Voucher Prestacional Personalizado (VPPR) para la realización de un screening que como Anexo III forma parte de la presente.

ARTICULO 5° .- Aprobar la Constancia de Declaración de Patología que como Anexo IV forma parte de la presente.

ARTICULO 6°.-Aprobar la Planilla de Clasificación y Seguimiento de la Enfermedad Renal que como Anexo VI forma parte de la presente.

ARTICULO 7° Los valores a reintegrar por esta Administración de Programas Especiales serán los establecidos en el Anexo II de la presente

ARTICULO 8° El gasto que demande el presente Programa se imputará con cargo a la Partida N°.....

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

ARTICULO 9° Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese.

RESOLUCIÓN N°

ANEXO C I

ACUERDO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL EN LA POBLACIÓN DE BENEFICIARIOS DE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los días del mes de del año 2004, entre LA ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES, en adelante “APE”, representado en este acto en la persona del Señor Don EUGENIO ZANARINI, en su calidad de Interventor del citado Organismo, con domicilio en la calle Rivadavia 535 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la otra el Señor en carácter de presidente de LA OBRA SOCIAL

....., con domicilio en la calle de la Ciudad de la Provincia de, en adelante la “OBRA SOCIAL”, y reunidas las partes acuerdan:

PRIMERA: La APE, por medio del presente acuerdo se compromete a colaborar con la OBRA SOCIAL en la implementación del PROGRAMA DE SALUD RENAL conforme lo establecido por Resolución Conjunta N° SSSalud y APE, de fecha .

SEGUNDA: La OBRA SOCIAL se compromete a implementar el Programa mencionado en la cláusula primera con el objeto de disminuir la carga de morbimortalidad surgida por esta causa, desarrollando campañas de promoción y difusión, bajo las pautas establecidas por la APE y la Superintendencia de Servicios de Salud.

TERCERA: La APE se compromete a

A) Proveer del aplicativo necesario para la recolección de datos, emisión de los VPPR y apertura de expedientes de solicitud de reintegro.

B) Reintegrar a la OBRA SOCIAL los importes previamente aprobados que se eroguen de las campañas de promoción y difusión del Programa, cuando los gastos devengados sean debidamente acompañados de la documentación respaldatoria, de acuerdo a los requisitos establecidos en el Anexo III de la presente.

C) Proveer regularmente a la OBRA SOCIAL de la información estadística y epidemiológica que surja de la elaboración centralizada de los datos proporcionados oportunamente.

CUARTA: La OBRA SOCIAL con el fin de implementar se compromete a:

A) Efectuar amplia difusión y promoción del Programa entre sus beneficiarios.

B) Ejecutar el Programa en todos sus pasos

F) Suscribir toda la información que se requiera y remitirlo a la Administración de Programas Especiales.

QUINTA: La OBRA SOCIAL se obliga por el presente a mantener toda la documentación respaldatoria por un plazo de nueve meses posteriores a la presentación de los respectivos expedientes en Mesa de Entradas Salida y Archivo de la Administración de Programas Especiales.

SEXTA: Conforme los convenios de cooperación suscriptos entre La Superintendencia de Servicios de Salud, la Administración de Programas Especiales y la Sociedad Argentina de Nefrología y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, la OBRA SOCIAL podrá celebrar con ellas los convenios que considere pertinentes.

SÉPTIMA: La vigencia del presente será por tres (3) años a partir de la fecha de la firma. Durante su vigencia y por el período descrito en la cláusula séptima, la APE se reserva el derecho de auditar toda la documentación referida a la facturación efectuada por la OBRA SOCIAL, pudiendo acceder a la misma cuando lo considere necesario.

OCTAVA: Para todos los efectos legales que pudieran derivarse del presente y a todo evento, las partes fijan sus domicilios en los relacionados en el comparendo de éste, donde se tendrán por válidas todas las notificaciones que en consecuencia se cursen y acuerdan someterse a la Jurisdicción de los Tribunales Federales ubicados en Capital Federal con expresa renuncia de cualquier otro fuero que pudiera corresponderles.

En muestra de conformidad se firma ejemplares del presente, de idéntico tenor y a un solo efecto, en a los días del mes de de

ANEXO C II

PROGRAMA DE SALUD RENAL (PSR). NORMAS OPERATIVAS

1) INGRESO AL PROGRAMA:

- a) Los beneficiarios de la Seguridad Social ingresarán al Programa de Salud Renal por cualquiera de los siguientes mecanismos:
 - i) Por Screening (proteinuria y creatinina plasmática)
 - ii) Por la detección en exámenes de laboratorio rutinarios de microalbuminuria, proteinuria y/o alteración de la Velocidad de Filtración Glomerular
 - iii) Por diagnóstico y/o tratamiento en el Primer Nivel de Atención por Diabetes - Hipertensión Arterial, que presenten las mismas alteraciones y por enfermedades renales de cualquier tipo. En el caso que no presenten microalbuminuria ni proteinuria serán ingresados al Programa cuando su Velocidad de Filtración Glomerular sea \leq o $<$ a 60 ml /m
 - iv) Por haber sido detectados por otros programas, por ejemplo el de Detección de Riesgo Cardiovascular
- b) Exclusiones del Screening:
 - i) Mayores de 75 años
 - ii) Pacientes en tratamiento por o con diagnóstico previo de:
 - (1) Diabetes
 - (2) HTA
 - (3) Enfermedad renal de cualquier tipo
- c) Mecanismo de Ingreso al Programa:
 - i) Efectuado el diagnóstico, las Obras Sociales deberán completar, por cada beneficiario, la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación Remisión y Regresión de la Enfermedad Renal (Anexo C) y enviarla a la APE cada 3 meses.

- d) Financiación: Se utilizara el mecanismo de reintegro:
 - ii) La primera presentación se hará por medio de un expediente cada 200 casos. Las siguientes por medio del mecanismo expuesto en el punto 1) e) i).
 - iii) APE reconocerá el pago de
 - (1) \$ 3,50 por cada beneficiario incluido en el screening. Este pago es por única vez. No se aceptará re-screening de beneficiarios.
- e) Seguimiento:
 - i) La información de seguimiento correspondiente a los pacientes que hayan sido incluidos en un expediente, deberá ser remitida a la APE por vía electrónica con frecuencia trimestral.

2) PACIENTES BAJO PROGRAMA QUE DEBEN INICIAR DIÁLISIS CRÓNICA (DC):

- a) Estos casos serán reconocidos por la APE bajo las siguientes condiciones:
 - i) Se reconocerán tanto hemodiálisis (HD) como diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) luego de permanecer por lo menos un (1) año en el Programa de Salud Renal
 - ii) No se reconocerá diálisis en agudo.
 - iii) Primer año bajo DC:
 - (1) Se pagará el 70 % del valor de las sesiones mensuales o del Módulo Arancelario Mensual de HD –según el caso- por paciente (éste último incluye hasta 13 sesiones, todos los medicamentos, soluciones, descartables, consultas y prácticas médicas directamente relacionadas con la diálisis).
 - (2) Se pagará el 70 % del valor de las sesiones mensuales o del Modulo Arancelario Mensual de DPCA –según el caso- por paciente (incluye todos los

medicamentos, soluciones, descartables, consultas y prácticas médicas directamente relacionadas con la diálisis, con o sin ciclador).

(3) Aranceles

(a) por sesión de HD / DPCA: hasta \$ 178 (hasta 13 por mes)

(b) por Módulo Mensual HD / DPCA: hasta \$ 2.314 (incluye todas las sesiones mensuales)

iv) Segundo año bajo DC:

(1) 50% del valor de los Módulos Arancelarios Mensuales (HD o DPCA)

v) Tercer año bajo DC y siguientes:

(1) 30% del valor de los Módulos Arancelarios Mensuales (HD o DPCA)

vi) Para poder percibir estos aranceles, las OO.SS. presentarán expediente individual por reintegro cada seis (6) a doce (12) meses. En el expediente se incluirá, además de la documentación establecida en Resolución 500/04 –APE, lo siguiente:

(1) Resumen de HC;

(2) Planillas del Anexo C

(3) Facturas del prestador, mes a mes y con identificación del paciente.

(4) Recibos correspondientes a las facturas del punto anterior.

2) PACIENTES QUE SE TRANSPLANTEN:

a) Los apoyos económicos APE se tramitarán bajo las normas correspondientes contenidas en la Resolución 500/04 –APE.

3) INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLÓGICA:

a) A partir de los datos consignados por las OO.SS. en las Planillas del Anexo C, el Área de Informática desarrollará una base de datos que se utilizará para

i) Cálculo de los pagos por

(1) pacientes incluidos en screening

(2) aranceles de DC

- ii) Identificación especial a los fines estadísticos de pacientes con más de 10 meses de remisión
- iii) Apoyo informático al Departamento de Estadísticas y Costos de la Gerencia de Prestaciones para el análisis y emisión de informes y elaboración de las curvas actuariales correspondientes. Estos informes serán puestos en conocimiento de las OO.SS., SSS y MSAL y engrosarán la información de la página de web de la APE.
- iv) Apoyo informático al Departamento de Auditoría de la Gerencia de Prestaciones para el desarrollo de las tareas que le son propias. Estos informes serán puestos en conocimiento de las OO.SS., SSS y MSAL y engrosarán la información de la página de web de la APE.

ANEXO C III

NORMAS OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EN SUS ASPECTOS DE PROMOCION Y DIFUSION

- 1) Para llevar a cabo las campañas de promoción y difusión del presente Programa la Administración de Programas Especiales entregará el modelo del material gráfico en el cual el Agente del Seguro de Salud deberá insertar su logo imprimiendo dicho material.
- 2) La OBRA SOCIAL dispondrá de todas las formas efectivas posibles para la amplia difusión y promoción del programa (dípticos en los centros de salud, lugares de trabajo, vía pública, medios gráficos, radiales, etc.)
- 3) El objetivo de la difusión es propiciar el involucramiento del beneficiario, los profesionales médicos y las instituciones prestadoras con el Programa de Salud Renal.
- 4) En todos los casos, la APE subsidiará las campañas de difusión, pero solamente luego de haberlas aprobado fehacientemente, para lo cual las Obras Sociales deberán presentar los respectivos proyectos.

ANEXO IV C

VOUCHER PRESTACIONAL PERSONALIZADO

El Voucher Prestacional Personalizado Renal (VPPR) será emitido por el aplicativo por duplicado.

Estará dividido en dos cupones troquelados y contendrá los siguientes datos:

1. En los dos cupones:
 - 1.1. El logotipo de la APE y membrete del Agente del Seguro.
 - 1.2. La frase “PROGRAMA DE SALUD RENAL” en lugar destacado
 - 1.3. El Número de Voucher autogenerado por el aplicativo
2. Cupón 1 **Consulta**
 - 2.1. La palabra CONSULTA preimpresa y destacada
 - 2.2. Nombre y RENOS de la OBRA SOCIAL
 - 2.3. Apellido y nombre del beneficiario
 - 2.4. DNI
 - 2.5. CUIT / CUIL
 - 2.6. Fecha de nacimiento y sexo
 - 2.7. N° de afiliado/ beneficiario
 - 2.8. Domicilio y teléfono
 - 2.9. Fecha de emisión
 - 2.10. Espacios para
 - 2.10.1. Fecha de consulta
 - 2.10.2. Resultados del examen clínico
 - 2.10.3. Diagnóstico según CIE-9 (incluyendo el código)
 - 2.10.4. PLANILLA DE CLASIFICACIÓN, REMISIÓN Y REGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL (Datos Iniciales)

2.10.5. Conducta a seguir: casilleros para marcar con X

2.10.5.1. SE INCORPORA AL PROGRAMA

2.10.5.2. NO REQUIERE SER INCORPORADO AL PROGRAMA

2.10.6. Firma, aclaración y matrícula profesional del profesional actuante.

3. Cupón 2 **Laboratorio**

3.1. Las palabras CREATININEMIA y PROTEINURIA preimpresas y destacadas

3.2. Nombre y RENOS de la OBRA SOCIAL

3.3. Apellido y nombre del beneficiario

3.4. DNI

3.5. CUIT / CUIL

3.6. Fecha de nacimiento y sexo

3.7. N° de afiliado

3.8. Domicilio y teléfono

3.9. Fecha de emisión

3.10. Espacio para

3.10.1. Firma y aclaración, con matrícula profesional, del profesional bioquímico responsable de los análisis. Sello del profesional y/o Laboratorio.

3.10.2. Fecha de realización de los análisis

3.10.3. Resultados, incluyendo la estimación de la Velocidad de Filtración Glomerular, según la fórmula de Cockcroft-Gault en adultos o de Schwartz en niños y/o adolescentes.

4. **Formula de Schwartz:**

$$\text{GFR (ml/min x 1,73 m}^2\text{)} \quad \text{K x BL}$$

= Creatinina sérica

Donde:

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

5. Fórmula de Cockcroft y Gault

5.1. En Hombres:

$$\text{VFG} = \frac{(140 - \text{Edad}) (\text{Peso Ideal en Kg})}{72 \times \text{Creatinina Sérica}} = \text{ml /min.}$$

5.2. En Mujeres:

$$\text{VFG} = \frac{(140 - \text{Edad}) (\text{Peso Ideal en Kg})}{72 \times \text{Creatinina Sérica}} \times 0,85 = \text{ml /min.}$$

ANEXO V C

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE PATOLOGÍA

1. Será emitido solamente en original, que se entregará al encuestado que informe padecer de alguna de las patologías que lo excluyen del screening, tales como:
 - 1.1. Diabetes.
 - 1.2. Hipertensión arterial.
 - 1.3. Enfermedad renal de cualquier tipo.
2. La exclusión es solamente a los efectos del screening, pudiendo el paciente ser incorporado al Programa de salud Renal en los términos de la norma 1) a), apartados ii), iii) o iv) del ANEXO II de la presente.
3. El sistema recogerá los datos para ser enviados a la APE junto con el resto de la información relevada por la boca de atención.
4. Contendrá los siguientes datos:
 - 5.3. El logotipo de la APE y membrete del Agente del Seguro.
 - 5.4. La frase "PROGRAMA DE SALUD RENAL" en lugar destacado.
 - 5.5. El título "CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE PATOLOGÍA", debajo del anterior.
 - 5.6. Número autogenerated por el aplicativo.
 - 5.7. Nombre y RENOS de la OS
 - 5.8. Fecha de emisión
 - 5.9. El siguiente texto: "En el día de la fecha el/la Sr/a. con DNI de sexo y de años de edad, N° de afiliado"

deja constancia que se halla bajo control y/o tratamiento por patología que lo excluye de incorporarse al screening”.

ANEXO VI C

**PLANILLA DE SEGUIMIENTO Y MATRIZ DE CLASIFICACIÓN REMISIÓN Y
REGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL**

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

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

ANEXO VII C. MODELO DE DÍPTICO PARA PROMOCIÓN DEL PROGRAMA

¿Sabe Usted que las enfermedades de los riñones, incluso las causadas por la diabetes y la presión alta, hoy pueden prevenirse y curarse cuando se tratan a tiempo?

La diabetes, la presión alta y el colesterol elevado, los malos hábitos alimentarios, las adicciones y el sedentarismo enferman a las arterias y pueden hacer que sus riñones funcionen mal.

Cada día es mayor el número de personas que necesita ser tratado con riñón artificial o con trasplante.

Hay condiciones que predisponen para que sus riñones se enfermen:

Factores de riesgo cardiaco, de las arterias y de los riñones

- Presión Alta
- Consumo de tabaco
- Obesidad
- Inactividad física
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Edad mayor de 55 años en varones y de 65 en mujeres.
- Historia familiar de enfermedad cardiaca, de las arterias y de enfermedad renal

Un simple análisis de orina puede decirle a su médico muchas cosas sobre su salud.

¿Qué beneficio obtendrá si cuida a sus riñones?

Se mantendrá saludable, pues sus riñones lo ayudan a:

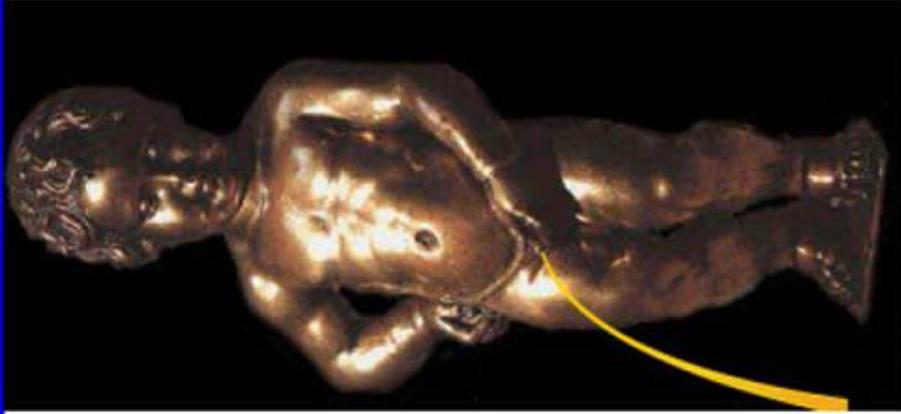
- Mantener en equilibrio los líquidos del organismo.
- Regular los minerales importantes tales como sodio, potasio, fósforo y calcio.
- Eliminar las sustancias innecesarias para su organismo.
- Eliminar las toxinas de su cuerpo.
- Producir hormonas que:
 - Controlan su presión arterial
 - Hacen producir sus glóbulos rojos
 - Mantienen sus huesos saludables

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Administración de Programas Especiales, junto a su Obra Social, ha puesto en funcionamiento el Programa de Salud Renal, para ayudarlo a cuidar su salud, sin costo alguno para los beneficiarios.

Para acceder a este beneficio, solo deberá acercarse a la dependencia más cercana de su Obra Social, o comentarle a su médico tratante su deseo de ser incluido en este programa de prevención.



Ministerio de Salud



Manneken Pis, Bruselas.

ANEXO D.

TALLERES DE SALUD RENAL REALIZADOS EN PAISES DE LA REGIÓN LATINOAMERICANA

D I.- URUGUAY. Abril de 2004

PRONUNCIAMIENTO DE MONTEVIDEO

En Montevideo, el 27 de Abril de 2004 concluye el Taller “Hacia un Modelo Sostenible y Sustentable de Salud Renal”, que se desarrollo en la Sala de Sesiones del Ministerio de Salud Publica de la Republica Oriental del Uruguay, durante los días 26 y 27 de Abril del corriente año.

Durante el mismo se plantearon diferentes aspectos vinculados a la problemática de las enfermedades renales y su enorme impacto sobre la calidad de vida de las poblaciones y la economía de la sociedad en su conjunto, así como las articulaciones necesarias y suficientes con los programas de área tipo con el Ministerio de Salud Publica y las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Como resultado de las discusiones y consensos generados entre los participantes al Taller, representando a diferentes niveles normativos y de ejecución del Ministerio, el Fondo Nacional de Recursos, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, representado por el Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales, la Sociedad Uruguaya de Nefrología, el Comité de Nefrología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías, la Convención Medica Nacional, la Federación Medica del Interior, el Sindicato Medico del Uruguay, el Centro de Nefrología de la Facultad de Medicina, se pronuncian las siguientes declaraciones:

1. La adhesión al plan de acción generado por la Declaración de Valdivia que incluye los siguientes puntos:

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

- Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación NFK y Puerto Rico.
 - Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia para un tránsito ordenado de los pacientes renales en la Atención Primaria de la Salud.
 - Establecer Metas y Planes Terapéuticos propiciando la utilización de Flujograma y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.
 - Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de la Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.
2. Recomendar a las Sociedades Nacionales de Nefrología miembros de la SLANH, remitir al Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales, todas las guías y planes terapéuticos elaborados por las mismas para su distribución entre ellas para vehicular su discusión y consenso.
 3. Considerando los resultados obtenidos por el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías oficializado por el Ministerio de Salud Pública en Febrero del año 2000 se expresa la necesidad de oficializar el Programa de Prevención de las Enfermedades Renales, la creación del Registro de Insuficiencia Renal Crónica y establecer la obligatoriedad de la denuncia de todos los pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal que presenten elevación persistente de la creatinina plasmática en valores mayores de 2 mg/dl y la correspondiente evolución clínica de los mismos.
 4. La creación en el marco del Ministerio de Salud Pública, de una Comisión Honoraria Permanente de Salud Renal, que tenga como propósito primordial discutir los lineamientos básicos y la implantación de un Modelo de Salud Renal en el país.
 5. Articular el desarrollo de la propuesta de Salud Renal dentro de la dirección de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud Pública.

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

Firman al pie del presente, en acuerdo y representación:

Director General de Salud	Coordinador del SubComité de Data
Ministerio de Salud Pública	Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)
Coordinador del SubComité de Salud Renal Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)	Secretario del SubComité de Salud Renal Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)
Director del Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías	Centro de Nefrología de la Facultad de Medicina
Federación Médica del Interior	Convención Médica Nacional Sindicato Médico del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Nefrología	Fondo Nacional de Recursos
Representante del Sector Enfermedades No Transmisibles (M.S.P.)	
Comité de Nefrología Pediátrica de la Sociedad Uruguaya de Pediatría	Hospital de Clínicas
SARI. Consejero de la SLANH	CAMEL (Rosario)
Banco de Órganos	Sociedad Uruguaya de Nefrología
CASMU	INTIR – SEINE
Hospital Evangélico – CO.ME.RO	Hospital Evangélico – CO.ME.RO
Registro Uruguayo de Diálisis	Centro de Nefrología de la Facultad de Medicina

D II.- PARAGUAY. Julio de 2004

Se adjunta el documento preparado durante el taller. Aun no se han obtenido los acuerdos para la implementación de sus puntos, quedando pendiente su promulgación.

DECLARACIÓN DE ASUNCIÓN

En Asunción, el 9 de Julio de 2004 se realizaron los Talleres “Hacia un Fondo Nacional de Recursos Solidarios en Salud para Patologías Especiales” y “Hacia un Nuevo Modelo Sostenible y Sustentable de Salud Renal”, que se desarrollaron en el Auditorio del Ministerio de Salud Publica de la República del Paraguay y auditorio Hotel Las Margaritas respectivamente.

Durante los mismos se plantearon diferentes aspectos vinculados a la problemática del financiamiento de las Patologías de Alta Complejidad, en su mayoría de baja incidencia y alto costo, incluyendo a la Insuficiencia Renal Crónica tanto en sus aspectos de Prevención como en sus tratamientos de Diálisis y de Trasplante. Asimismo su enorme impacto sobre la calidad de vida de las poblaciones y la economía de la sociedad en su conjunto, incluyendo las articulaciones necesarias y suficientes con los programas de área tipo con el Ministerio de Salud Publica.

Como resultado de las discusiones y consensos generados entre los participantes a los Talleres, representando a diferentes niveles normativos y de ejecución del Ministerio de Salud, con la presencia de la Sra Viceministro de Salud de la Nación, el Instituto Nacional de Nefrología (INN), el Instituto de Prevención Cardiovascular (INPCARD), la Dirección General de Enfermedades no Transmisibles, el Instituto de Previsión Social del Paraguay (IPS), la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), la Sociedad Paraguaya de Nefrología (SPN), la Sociedad Paraguaya de Transplantes (SPT), la Fundación Renal del Paraguay (FREPA), se efectúan las siguientes declaraciones:

6. La adhesión al plan de acción generado por la Declaración de Valdivia que incluye los siguientes puntos:
 - ◆ Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación NKF y Puerto Rico.
 - ◆ Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia para un tránsito ordenado de los pacientes renales en la Atención Primaria de la Salud.
 - ◆ Establecer Metas y Planes Terapéuticos propiciando la utilización de Flujograma y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.
 - ◆ Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de la Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.
7. Adecuar el Anteproyecto de Ley del Fondo Nacional de Recursos Solidarios en Salud (FONARESSA) para asegurar su promulgación en sus cuerpos de Ley y Reglamentario a nivel del Poder Legislativo y Ejecutivo Nacional.
8. Instar al Instituto Nacional de Nefrología, a la Dirección General de Enfermedades no Transmisibles y a la Sociedad Paraguaya de Nefrología a arbitrar los mecanismos necesarios para implementar el Modelo / Programa de Salud Renal

D III.- VENEZUELA. Julio de 2004

DECLARACIÓN DE CARACAS

En la ciudad de Caracas, siendo el 30 de julio de 2004 culmina el Taller ‘Hacia un modelo sustentable y sostenible de Salud Renal dentro de la iniciativa CAREM’ (Iniciativa de salud Cardiovascular, Renal y Endocrino-Metabólica, un proyecto de vida saludable), que se desarrollara durante los días 29 y 30 del presente mes, organizado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) de la Republica Bolivariana de Venezuela, con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Como resultado de las deliberaciones realizadas se establece el presente documento ‘Declaración de Caracas’, siendo sus conclusiones fundamentales las siguientes:

Artículo I: se suscribe el plan de acción de la DECLARACIÓN DE VALDIVIA:

1. Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación de la National Kidney Foundation (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 Flujograma y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.
4. Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de la Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

Artículo II: se concluye que el acuerdo dado a la DECLARACIÓN DE VALDIVIA, en Venezuela es a los fines de incorporarla a la Iniciativa de Salud Cardiovascular, Renal y Endocrino-Metabólica (CAREM), un proyecto de vida saludable.

Artículo III: se establece un compromiso de consenso entre los participantes a formar parte de un Comité de Trabajo específico en el ámbito del MSDS, para elaborar las normas de

Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina

atención integral en salud renal incluyendo promoción, prevención, atención, rehabilitación, vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, además de la investigación y la docencia, las cuales se integraran a la iniciativa CAREM.

Artículo IV: se recomienda que se establezcan las estrategias necesarias para la difusión de este documento, entre todas las instituciones de salud.

Artículo V: Se recomienda propiciar la integración entre todas las instituciones de salud para unirse a la iniciativa CAREM.

Firmaron en Representación:

Por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela.

. - Dirección de Salud Poblacional

.- Programa de Salud Renal

.- Programa de Salud Cardiovascular

.- Programa de Salud Endocrinometabólica

.- Programa de Atención Primaria

Por la Organización Panamericana de la Salud

Representante de la OPS para la atención de las enfermedades crónicas

Por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión

Por otras instituciones prestadoras de Salud

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)

Instituto de Previsión y Asistencia del Ministerio de Educación (IPASME)

Por la Defensoría del Pueblo

Por la Sociedad Venezolana de Nefrología