

LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LA NEFROLOGÍA CLÍNICA. UNA ASIGNATURA PENDIENTE PARA EL SIGLO XXI:

**Santos DEPINE, MD, MPH y Rafael BURGOS CALDERÓN, MD
Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales. Sociedad
Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)**

1.- Introducción

La evolución de la medicina a través de los siglos la fue llevando desde un origen artesanal relacionado a los oficios que las personas desarrollaban y que dieron como resultado algunas técnicas de tratamiento en aquellas épocas iniciales, al estado actual adonde los grandes adelantos que el conocimiento científico fue incorporando, han determinado una ampliación constante del instrumental disponible, tecnologías autosuperadas en forma vertiginosa y desarrollo casi ilimitado de la farmacología y de la investigación biotecnológica.

Es tan amplio el campo de acción logrado, y tan tenues sus límites, que fue necesario instalar la necesidad de nuevas formas de evaluación de su accionar, con el advenimiento de la bioética.

Por otra parte, la erradicación de las grandes epidemias, y el mejor control de algunas enfermedades determinaron la aparición de los enfermos crónicos, con su nuevo equilibrio en el medio.

Ante tamaños avances, se pusieron de manifiesto las profundas inequidades en la cual se desenvuelve la humanidad, fortaleciendo las diferencias entre países con elevados estándares de vida, de aquellos con una masa crítica poblacional por debajo de la línea de pobreza.

También comenzaron a evidenciarse inequidades internas en los países, diferenciando claramente una población residente en núcleos urbanos de mayor desarrollo y con amplia accesibilidad a la medicina de mayor sofisticación, de la otra; mayoritaria en los países de Latinoamérica; con grandes dificultades de acceso a los mecanismos de promoción y prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud. Sin embargo, el gasto en salud a nivel global se ha establecido en niveles que comprometen seriamente los recursos económicos de la mayoría de los países, los que a pesar de esta inequidad interna señalada en su utilización, privilegian a la población menos vulnerable y con mayor accesibilidad, lo cual desafortunadamente agrega una gran ineficiencia en el gasto.

Como grandes contribuyentes al elevado gasto en salud, en la actualidad se han hecho presente enfermedades y patologías relacionadas con el desarrollo, muchas veces acrítico de las grandes ciudades, la creciente polución, la peligrosidad industrial, los accidentes de tránsito, el tabaquismo y el enorme incremento en el consumo de drogas "sociales" que generan dependencia y la cada vez mas frecuente asociación drogadicción y HIV - SIDA, con un crecimiento exponencial en la necesidad de recursos para su control y tratamiento.

El envejecimiento poblacional agrega una nueva situación, con una creciente cantidad de personas alejadas de la edad productiva y con elevado consumo de recursos sanitarios, nuevos cuadros nosológicos de enfermedades ni siquiera imaginadas como posibles hasta no hace muchos años.

En ese campo y en estrecha relación con la problemática que nos ocupa, debemos mencionar a los tratamientos supletorios de la función de algunos órganos, con equipamiento, aparatología e insumos de gran desarrollo tecnológico y por ende costoso, incluyendo al gran desarrollo de la trasplantología.

Si bien en todos los tiempos el rol educativo del médico fue fundamental, en la actualidad se ve potenciado pues agrega una gran responsabilidad docente, que deberá estar adecuada al estilo de vida de la población a la que asista.

Es por ello que sostenemos que los nuevos modelos formativos, todavía centrados en un modelo bio-médico, deben dirigirse hacia una meta de comprensión médico bio-ético-psico-social-económica.

La educación médica debe orientarse en una concepción global, hacia el logro y mantenimiento de la calidad de vida, gestionando y estimulando una gran calidad en el conocimiento impartido y fundamentalmente velando por la excelencia en la calidad de la práctica.

Este último aspecto, debe incluir inexcusablemente aspectos de calidad en las relaciones interpersonales, médico/paciente, médico/familia y médico/comunidad.

En esta línea de pensamiento, hemos repensado a la relación entre la nefrología y la salud pública, como una nueva y necesaria "simbiosis".

Esa "simbiosis" tiene su correlato mas importante dentro del Modelo/Programa Sustentable y Sostenible de Salud Renal, en los contenidos curriculares de educación médica que proponen y que incorporan a la promoción y protección de la salud individual, de la salud comunitaria, al gerenciamiento, a los aspectos éticos de la dirección del cuidado y la adecuación de su acción con una visión de lo financiero, administrativo y cultural.

Pensamos que así como el Sistema de Salud debe proveer una alta calidad en el cuidado de la salud, un estilo de vida saludable de sus usuarios y un uso apropiado de la tecnología, el Médico en general, y el Médico Nefrólogo en particular, deben esforzarse por poseer una alta calidad profesional, que a nuestro criterio debe incluir el ser un buen comunicador social, un referente permanente de la salud pública global y especializada y un administrar correcto de los recursos que la sociedad pone a su disposición.

Tanto el Sistema, como los actores del Sistema, incluyendo a los médicos, deben 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 y el impacto macroeconómico de la diálisis en la Región de las Américas y el Caribe.

En el año 1999, el Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales, realizó una encuesta dirigida a conocer la realidad de la nefrología Latinoamericana.²

En ese año había 107,953 pacientes en diálisis en 17 países de América Latina y el Caribe (sin datos de Brasil), lo cual expresado como Prevalencia (Pacientes por Millón de Habitantes - PMH), arrojaba un promedio para esos países de 234 PMH.

Expresado como porcentaje del total de población, representaba el 0.04% de la población bajo estudio.

Dada la gran complejidad tecnológica y de recursos, tanto en tecnologías nucleares como las tecnologías de apoyo que requiere su tratamiento, fue posible establecer un modelo de simulación que partiendo desde ese desarrollo, pudiera dar una estimación con el desarrollo alcanzado por la nefrología en forma global en cada país.

A esa fecha, la Prevalencia en tres de los países más industrializados, era la siguiente: Japón 1328 PMH, USA 1072 PMH y Alemania 683 PMH.

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.

Estos datos contrastaban fuertemente con los que se poseían para Latinoamérica. En dicha Región, el promedio era de 234 PMH, con un máximo de 735 PMH para Puerto Rico, y un mínimo para Nicaragua de 4 PMH.

Partiendo del conocimiento que la prevalencia de las nefropatías crónicas muestra pequeñas variaciones en el mundo, es posible asumir que un número significativo de pacientes en los países menos desarrollados, no pueden acceder a los planes sustitutivos. Esta realidad pone de manifiesto una situación de inequidad en el campo de la salud nefrológica en la Región Latinoamericana y el Caribe.

Si expresamos a esa inequidad, como el número de personas con insuficiencia renal en estadio 5, que no se habrían incorporado a los tratamientos de diálisis, dicha cifra fluctuaría desde las 507.605 personas, (comparado con Japón), hasta las 214.168 personas (comparando con Alemania).

Lo impactante de estas comparaciones, mas allá de la frialdad del número es que están expresando lisa y llanamente, que esa cantidad de personas que no accedieron, murieron sin tener oportunidad de tratamiento.

A pesar de ello, el impacto económico de los tratamientos de diálisis, expresado solamente como *gasto directo* de los financiadores, sin tener en cuenta los gastos indirectos u ocultos de prestación, para 1999, el gasto directo anual en diálisis era de US\$ 1.449.100.000 para los 17 países encuestados, mientras que el gasto por habitante alcanzaba los US\$ 3.22 por año.

El gasto directo promedio por paciente y por año en los 17 países bajo análisis era de US\$ 13.416.

2.1.- La magnitud del problema y el dilema ético

A la luz de estos datos, existe un gran interrogante que requiere ser analizado en profundidad, para aportar soluciones concretas que permitan trascender a esa gran inequidad que atraviesa a las poblaciones más vulnerables del planeta.

Ese interrogante es: ¿Cual sería el impacto macroeconómico para la Región en costos directos solamente si se ingresara a Diálisis a esos pacientes potenciales?

Las posibles respuestas, levantan implícita una gran preocupación y un gran compromiso social.

1.- Se pasaría de un gasto por habitante año de US\$ 3.22 a US\$ 18.33

2.- Se pasaría de un impacto del 0.07 % del PBI a un 0.43% del mismo

3.- El gasto anual en diálisis para esos 17 países pasaría de los US\$ 1.449.100.000 a US\$ 8.901.614.285,70.

Para comenzar a dar respuestas, estamos obligados a analizar conceptualmente la llamada "Puja Distributiva de Recursos".

En cada país, el Estado tiene la obligación de distribuir los recursos de sus cuentas públicas, de tal manera que pueda dar cobertura a las necesidades globales de sus habitantes.

Como es sabido, cada una de las imputaciones presupuestarias resultantes, se expresa como un porcentaje de su Producto Bruto Interno (PBI), resueltas generalmente en las discusiones parlamentarias de los Presupuestos Nacionales, imputando a cada gran área de responsabilidad del Estado, dentro del concepto de Macroeconomía, una partida global de recursos.

En general ninguna de las partidas asignadas resulta en si misma autosuficiente, motivo por el cual cada sector tiende a "pujar" para obtener un incremento en sus recursos disponibles.

En el gráfico que se acompaña (Gráfico 1), observamos como las áreas de Seguridad y Educación, entre otras, ejercen una presión para tomar mayores recursos, generalmente "empujadas" por los reclamos sociales.

No es habitual que exista reclamo social en el campo de la salud, de la misma magnitud que si lo existen para; por ejemplo la seguridad.

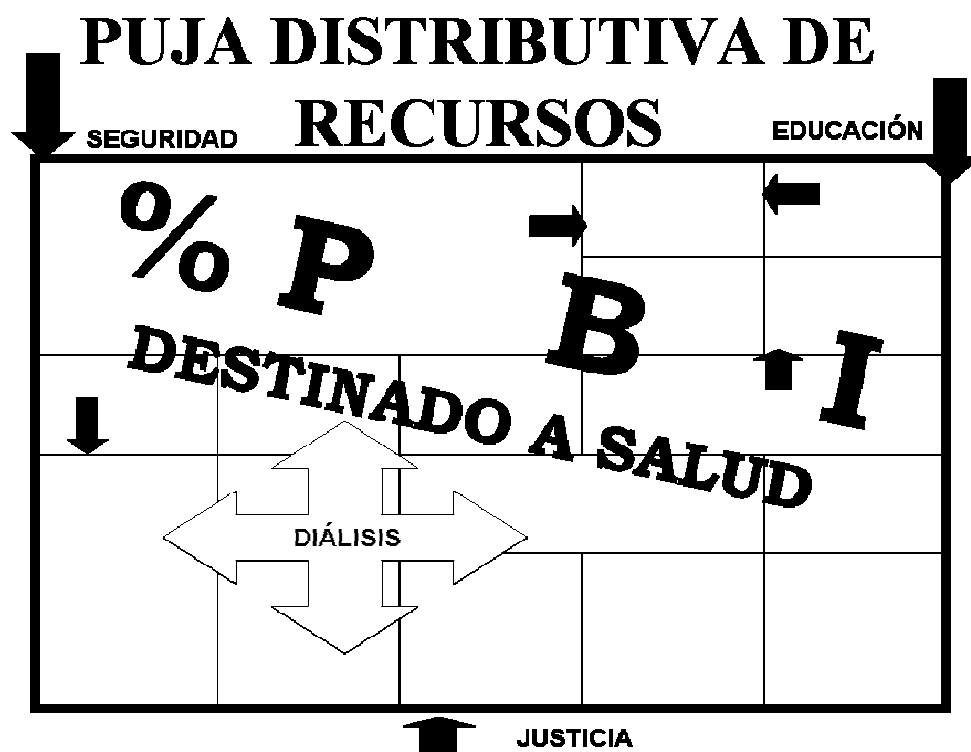
Esto determina, que muchas veces ante cuentas nacionales no muy frondosas, se vea resentida la asignación al área de la salud pública.

Esta situación, se traslada a su interior y genera tensiones internas de cada uno de los sectores intervinientes que “puja” lícitamente, para lograr una mayor presencia presupuestaria dentro del macro recurso. Basten como ejemplo, las presiones ejercidas desde la Industria Farmacéutica, los Institutos de Diagnóstico por Imágenes, los Institutos de Tratamientos de Alta Complejidad con Tecnología de Punta, los Programas de Cirugía de Alta Complejidad, los Trasplantes, la Investigación Básica y Aplicada, etc.

El resultado inevitable, en el caso de que alguno de los sectores prevalezca, es que; al ser muy rígido el presupuesto global asignado, inevitablemente otro sector de la economía de la salud, verá disminuida su capacidad de gestión.

En el supuesto de que la población para tratamiento de diálisis creciera a los niveles que hemos detallado, con los modelos actuales de Asistencia a la Insuficiencia Renal Permanente en la Región, no sería posible alcanzar una respuesta satisfactoria a las inequidades existentes.

Gráfico 1



Esta situación coloca a la sociedad ante el dilema ético de como efectuar éticamente la asignación de los escasos recursos económicos habitualmente disponibles en los países menos desarrollados, situación desafortunadamente muy común para la gran mayoría de los países de la Región.

La disyuntiva inicial puede plantearse (en un ejercicio teórico), entre destinar recursos para dar cobertura de las necesidades básicas de importantes bolsones de población

en situación de Necesidades Básicas Insatisfechas (Población NBI), que incluye a una franja poblacional cada vez mas numerosa en pobreza estructural y con exclusión social, 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.

Para poder intentar dar respuesta a este “aparente” enfrentamiento, podríamos enfocar nuestro análisis desde el campo de acción que nos aportan algunas herramientas metodológicas, que a pesar de ser patrimonio de las ciencias de la filosofía y dentro de ella en la Ontología del Lenguaje, pueden ser grandes contribuidores a zanjar esta situación antinómica que nos puede inmovilizar y por ende no alcanzar jamás la meta de minimizar las inequidades

La Ontología del Lenguaje diferencia los actos del habla en dos grandes grupos. Las Afirmaciones y las Declaraciones. De acuerdo a ello, los condicionantes éticos que dan un marco a las actividades y a las acciones sociales, podrían ser ubicados dentro de las Declaraciones.

Como tales y a diferencia de las Afirmaciones, son producto de “interpretaciones” que cada integrante de la comunidad tiene sobre ciertos hechos de su mundo. O sea que no responden a lo que podemos llamar “verdad”; que no tiene subjetividad y en realidad no existe como tal, sino a una interpretación de un hecho.

Ello puede explicar las diferencias existentes en las respuestas que distintas sociedades brindan ante hechos similares, valga como ejemplo lo que estamos analizando sobre la manera en que cada país otorga cobertura para la Insuficiencia Renal Permanente, resuelta de diferente manera por sus habitantes a través de sus formas representativas de gobierno.

Los que limitan la cobertura asistencial, ante determinadas circunstancias evolutivas, etáreas o de otro tipo, tienen condicionantes éticos diferentes a las de aquellos que interpretan como un condicionante ético la obligatoriedad del Estado a la cobertura universal irrestricta.

Esto no significa una mejor ética social para estos últimos, sino que sus guías de conducta para ese momento histórico, constituyen la bases éticas de resolución de sus problemas y necesidades sociales, y los administradores del Estado pueden hacerlas efectivas en función de la autoridad que le fuera conferida para ello.

Queda claro que el condicionamiento de las acciones; determinadas por un momento histórico de la sociedad que les da origen, son modificables con el transcurso de los tiempos.

Por lo tanto, cuando hablamos de Ética, debemos diferenciarla de Moral, que trata de las acciones humanas en virtud de su bondad o malicia, y son Reglas Universales de Conducta.

La Ética, lleva implícita guías de conducta, que si bien están basadas en principios morales, se orientan hacia una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico o cultural, en un momento histórico determinado, siendo sus Principios Fundamentales los siguientes:

- .- de Autonomía: (paciente) libertad de cada persona para decidir por sí y sobre sí.
- .- de No Maleficencia: (médico) no hacer el mal.
- .- de Beneficencia: (médico) hacer con otro aquello que cada uno entiende como bueno para sí.
- .- de Justicia: (sociedad) no discriminación o igualdad en el trato.

En este punto, resulta importante reafirmar conceptualmente, que hoy ningún médico podría declarar “terminal” a un paciente solo por el hecho de tener una insuficiencia renal crónica permanente, por lo que resulta aconsejable desterrar de la nomenclatura médica el concepto de Insuficiencia Renal Crónica Terminal para los pacientes en Estadio 5.

La tecnología de la que se dispone en la actualidad, sumada a los mayores y mejores conocimientos científicos, han posibilitado la separación del órgano en falla del pronóstico vital del enfermo.

La barrera de lo posible y lo imposible se ha hecho cada vez más tenue.

Pueden ayudarnos a comprender la magnitud del problema y las soluciones que propone dentro de su desarrollo el Modelo de Salud Renal, con su desarrollo como Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de Enfermedades Crónicas Prevalentes, impulsado desde la SLANH y en distintas fases de implementación en los países de la Región, las expresiones consensuadas por los países, plasmadas en un documento histórico para la Salud Pública, y que fue la Declaración de Alma – Ata de la Organización Mundial de la Salud en 1978, conocida como la declaración de “Salud para Todos en el año 2000”, la cual dentro de sus ejes fundamentales incluía:

.- promover una “atención básica”

.- sugerir la racionalización de los recursos, "a un costo que la comunidad y los países puedan soportar".

Ya en ese entonces los líderes de la Salud Pública dejaban explícitamente escrito que la resolución de las necesidades de salud del conjunto de los habitantes del globo, estaban condicionados por los recursos disponibles.

Sin embargo, Alma – Ata es un claro ejemplo de un fracaso en las políticas públicas y que demuestra que una Declaración, solo puede sostenerse cuando existe autoridad conferida para ello. Lo firmado en 1978 no pudo ser cumplido pues no hubo ninguna delegación de autoridad que posibilitara su cumplimiento.

En este cuarto de siglo, los avances en el campo de la medicina y de la salud en general han sido tan inmensos, que pareciera que todo o casi todo se encuentra disponible para mejorar la calidad de vida de la raza humana. Paradójicamente, por el contrario han crecido los bolsones de exclusión social, grandes masas de desempleados con acceso casi nulo o muy escaso a lo mas elemental y que deben ser cubiertos con recursos del Estado, o sea con aquellos recursos que la sociedad tributa como consecuencia de sus actividades laborales y empresarias.

La falta de oportunidades de crecimiento, en este campo y el incremento de los gastos en salud, conlleva a una situación paradójica de desfinanciamiento del Estado, que requiere cada vez en mayor grado, de una administración transparente y eficiente y eficaz de sus recursos.

No pareciera ser así, dado que en los Objetivos de UNICEF para el Milenio, puede leerse:

“En septiembre de 2000, la Cumbre del Milenio congregó en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, al mayor número de dirigentes mundiales de la historia de la humanidad. En esa fecha de importancia crucial, los representantes de 189 estados miembros de las Naciones Unidas se reunieron para reflexionar acerca del destino común de la humanidad. Todos los países del mundo estaban interconectados de manera más amplia y profunda que en cualquier otra época de la historia, y el aceleramiento del proceso de globalización prometía un crecimiento más rápido, así como el aumento de los niveles de vida y nuevas oportunidades. Sin embargo, las vidas de los ciudadanos de esas naciones eran de índole muy dispar. Mientras algunos estados podían esperar del futuro la prosperidad y la cooperación mundial, otros carecían casi de futuro, ya que sus habitantes se encontraban atrapados en unas condiciones de pobreza miserables e interminables, bajo las repercusiones de los conflictos y de un medio ambiente cada vez más degradado”

“Alrededor de 29.000 niños y niñas menores de cinco años- 21 por minuto- mueren todos los días, especialmente de causas que se podrían evitar”³

Entonces, se hace imprescindible repreguntarse:

³ <http://www.unicef.org/spanish/mdg/index.html>

¿Cómo distribuir con Equidad y Justicia los recursos disponibles?

Para dar respuesta, es necesario poder aplicar algún modelo que pueda trascender a los preconceptos con los que, muchas veces ante la responsabilidad de la administración de recursos, nos enfrentamos a diario. Por ejemplo, ante la antinomia ya señalada de alta complejidad médica vs. leche para los niños.

Esa herramienta, podría ser un modelo simplificado de desenvolvimiento secuencial, que pudiera ser consistente para su aplicación, por parte de los funcionarios responsables de administrar desde el Estado los dineros de la sociedad.

Es claro, que esta responsabilidad se potencia cuando dicha tarea recae sobre un médico, que suma a su responsabilidad social su responsabilidad técnica.

En este punto, es prudente hacer alguna referencia a las distintas corrientes de pensamiento que se expresan acerca de la relación médico - paciente.

Desde el Juramento Hipocrático, quedó establecido que el médico se debe a su paciente y a brindarle lo mejor a su alcance para el mantenimiento y conservación de su salud.

En el lenguaje de la economía de la salud esta relación se ejemplifica como la del Principal (paciente) y el Agente (médico).

Existen infinidad de citas en la bibliografía médica, que hacen referencia a esta particular forma de relación, que habitualmente desemboca en un acto médico cuya contraparte es el pago en términos de dinero, y en la cual el Principal abona al Agente un honorario por su tarea profesional.

Sin embargo, existen otras variables, que cuando son analizadas de una manera integral, generan algunos interrogantes relacionados con las diferentes formas de retribución del trabajo médico, y sobre todo en relación a determinar con claridad quien es el verdadero pagador de sus servicios.

Es claro que en la antigüedad (Juramento Hipocrático), el Principal era el que pagaba al Agente. O sea el paciente pagaba al médico por sus servicios.

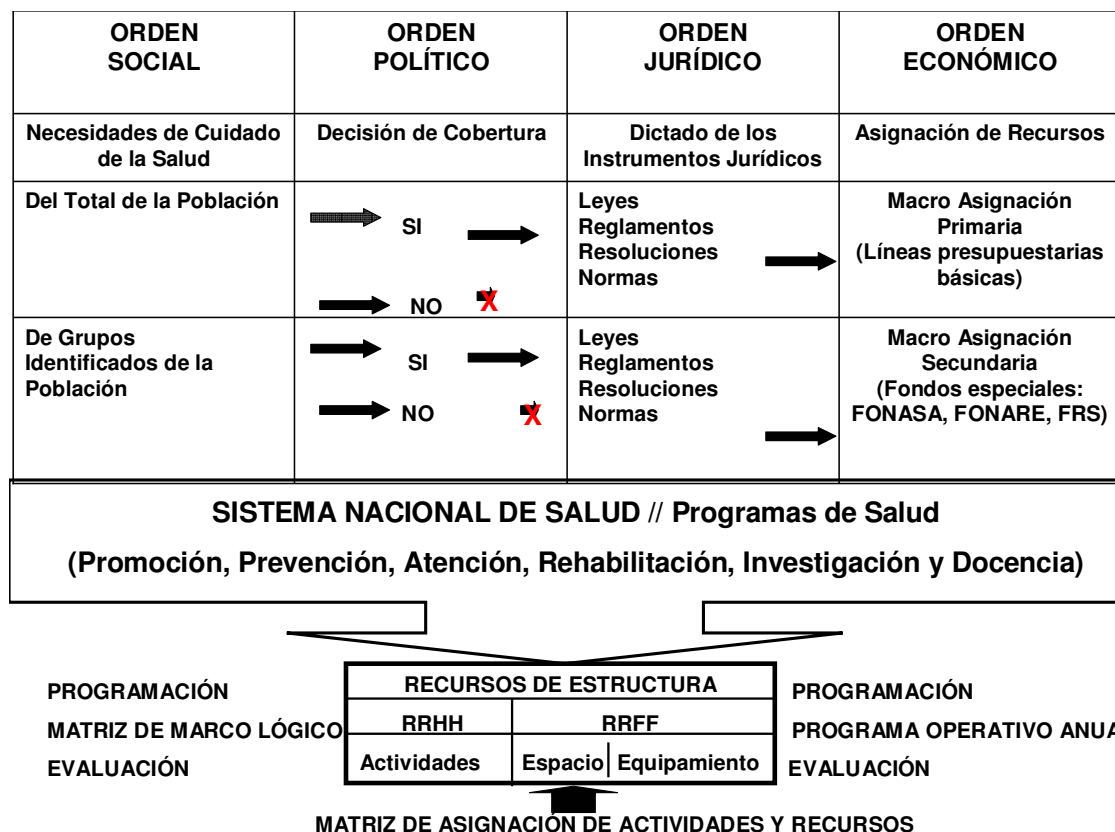
La aparición y fortalecimiento de los sistemas solidarios de salud, ejes fundamentales de sostén de una sociedad sana, han determinado que no sea específicamente el paciente el que paga los servicios médicos, sino el conjunto de aportantes al Sistema, sea este de naturaleza pública (Estado) o privada.

Existen autores que ante esta circunstancia plantean que se ha producido una modificación conceptual entre el Agente y su Principal, otorgando al *conjunto* ese carácter, lo que determina que cada acto médico cuyo pago provenga del sistema solidario, debiera tener presente como afecta a los intereses del conjunto en términos de equidad.

Si bien no es objeto de este trabajo discutir las diferentes posturas sobre esta temática, el análisis de la cobertura de los pacientes con Insuficiencia Renal Permanente, no sería posible sin tomar en cuenta el impacto ya señalado anteriormente, sobre los recursos sociales, tanto por el crecimiento exponencial de personas que requieran diálisis y/o trasplante, ante una situación de igualdad de oportunidades de acceso. Esto resultaría materialmente imposible en las condiciones actuales, en las cuales no existen medidas correctivas adecuadas, vinculadas a un Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de las Enfermedades Crónicas como el que estamos proponiendo desde la SLANH.

Para entender mas cabalmente, la manera en que se establecen las imputaciones presupuestarias, de acuerdo a los condicionantes y el tipo de necesidades sociales que intervienen, en el gráfico 2, se encuentran desagregados los diferentes “disparadores” de las acciones intervinientes en la administración de los dineros públicos.

Gráfico 2



2.2.- La Bioética en la asignación presupuestaria

Con el objeto de iniciar un análisis que nos acerque a una comprensión mas acabada de las variables que deben ser tenidas en cuenta para asignar eficientemente los recursos económicos, intentaremos concretar ese análisis desde una mirada ética, estableciendo para ello una terminología que la vincule con dichos libramientos, en un capítulo que llamaremos **“Ética de la Asignación Presupuestaria”**.

Para ello, se propone una dinámica de análisis, vinculada a “como” se puede éticamente realizar diferentes intervenciones sobre el presupuesto.

La misma, se desagregará en distintas etapas, estableciendo indicadores verificables y medios adecuados de verificación, utilizando ecuaciones reproducibles.

Los puntos a desarrollar serán:

a.- Intervención apropiada

b.- Limitación de la Macro Asignación Presupuestaria

c.- Macro Asignación Secundaria

d.- Limitación de la Macro Asignación Secundaria

e.- Excesiva mejoría

f.- Bioética clínica: Hacia un concepto ético de “tratamiento adecuado”

a.- Intervención apropiada. Macro Asignación Primaria

Conceptualmente es posible asumir que Macro Asignación Primaria es una intervención apropiada, solo si esta intervención genera y mantiene un coeficiente

Costo-Eficacia (C/E) positivo en el tiempo, lo que puede ser expresado con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Apropiada}}{\text{Tiempo}} = \frac{\text{C/E (+)}}{\text{Tiempo}}$$

b.- Limitación de la Macro Asignación Presupuestaria Primaria

Si el estado de salud de las personas afectadas después de una Macro Asignación Presupuestaria Primaria, no es igual o mejor que antes de ese gasto, y donde la conservación o mejora pueda ser atribuida a ese recurso, la obligación de proveerlo puede ser suspendida:

$$-(St \text{ grupo promedio} + M^{MAP}) > (St \text{ grupo promedio} - M^{MAP}) = - M^{MAP}$$

c.- Macro Asignación Secundaria

Compartiendo los ideales de igualdad, y abogando por el postulado de que todas las personas son iguales, una administración en Equidad debiera generar asignaciones especiales de recursos, que permita acceder a su cobertura de salud, a los grupos identificados de personas, habitualmente en condiciones de desventaja con respecto al promedio del conjunto de los habitantes de los países, ya sea por tratarse de Grupos Vulnerables o de Riesgo, o por tener necesidad de tratamientos especiales, por ejemplo en aquellos cuya vida depende del acceso al tratamiento de Diálisis. Situación similar es la que hoy se contempla en todo el mundo vinculado a los grupos portadores y enfermos con HIV – SIDA.

En estos casos surge la necesidad de establecer una Macro Asignación Secundaria de recursos económicos.

La pregunta a responder, es ¿cuando? Y su respuesta podría resumirse de la siguiente manera:

Cuando el estado de salud de un grupo identificado de personas dentro de la sociedad, es mediblemente mas bajo que la norma estadística, y las necesidades de salud de ese grupo no están cubiertas por la Macro Asignación Primaria (M^{MAP}), es inicialmente necesaria una Macro Asignación Secundaria (M^{MAS})

$$\left(\frac{St_{gi}}{t} < \frac{St_p}{t} \right) = M_{pf}^{MAS}$$

Donde:

St: estado de salud

gi: grupo identificado de personas

p: promedio de estado de salud en la sociedad

t: tiempo

pf: inicialmente

M^{MAS} : Macro Asignación Secundaria

La M^{MAS} es éticamente realizable si la intervención resultante tiene un coeficiente C/E positivo y este se encuentra en el rango considerado aceptable para las acciones realizadas con fondos de la M^{MAP} . En ese momento la Asignación inicial (pf) se torna obligación real (r):

$$(M^{MAS} (pf) \Rightarrow M^{MAS} (r)) = \frac{C/E M^{MAS} > \acute{o} = C/E M^{MAP}}{t}$$

d.- Limitación de la Macro Asignación Secundaria

Si el estado de salud de un grupo inicialmente en desventaja, después de la M^{MAS}: no es mejor que antes de ella, o si la eventual mejoría no puede ser efectivamente relacionada a la M^{MAS}, la obligación de proveerla cesa:

$$- (St^{gi} + M^{MAS}) > (St^{gi} - M^{MAS}) \Rightarrow M^r$$

e.- Excesiva mejoría

Así como existen condiciones que establecen inequidades en el acceso a la salud, no es deseable que esa inequidad se invierta.

Por ello, la equidad en las condiciones sociales, debería establecer que el estado de salud de los grupos que reciben la M^{MAS} no debiera alcanzar niveles superiores al promedio de salud de los otros miembros de la sociedad, pues esto podría ser considerado una “discriminación invertida”.

f.- Bioética clínica: Hacia un concepto ético de tratamiento adecuado

En este punto, haciendo uso de una licencia literaria, podríamos agregar conceptualmente un nuevo “Criterio (principio ?) de imposibilidad”:

En un concepto amplio, si una persona ha alcanzado un estadio evolutivo final de su vida, consecuencia de una dolencia que no puede ser controlada con los recursos técnicos disponibles, no es ético fomentar la aplicación de terapéuticas que no posibilitarán su recuperación.

El criterio de imposibilidad se corresponde con el derecho del paciente y la obligación de la sociedad de brindar cuidados paliativos.

En los pacientes renales crónicos este criterio no aplica, pues la terapéutica no recupera la salud del órgano enfermo sino que la suple.

Sin embargo cuando coexisten con la enfermedad renal otras enfermedades que cumplan con el criterio postulado, corresponde valorar la no aplicación del tratamiento dialítico.

En este punto del análisis de la problemática global, ha quedado claro que:

- .- Existe un crecimiento geométrico de la prevalencia de pacientes en diálisis
- .- Los costos de tratamiento implican una mayor macro asignación de recursos económicos

.- Hay una crisis de desarrollo generalizada en muchos de los países de la Región

En ese contexto general, la pregunta a responder es:

¿Es posible desarrollar un Modelo/Programa Sostenible y Sustentable de Salud Renal en Latinoamérica y el Caribe?

Desde la SLANH, interpretamos que no solo es posible, sino resulta imprescindible cambiar la modalidad actual de asistencia de las enfermedades renales.

3.- Modelo de Salud Renal

La ausencia de estrategias simultáneas y articuladas para la asistencia de los pacientes con enfermedades renales, ha llevado a las inequidades que hemos planteado en el inicio.

Por otra parte esa asimétrica cobertura ha significado paradójicamente, por la falta de políticas de atención primaria en el campo de la nefrología, un gasto excesivo e ineficiente.

Es evidente que existe un crecimiento exponencial de pacientes que requieren de la diálisis para su subsistencia, los cuales son solventados con recursos que se expresan como un porcentaje del gasto global en salud de los países.

Resulta claro que ante la mayor demanda, existirá concomitantemente la necesidad de un mayor financiamiento, situación imposible de sostener para la mayoría de los Estados Latinoamericanos, e incluso en los países más desarrollados dentro o fuera del Continente Americano.

Esta situación debe ser atendida; según nuestra propuesta; aplicando ,en principio; los fundamentos éticos tanto de la bioética en nefrología, como los de la macro asignación secundaria de recursos, conceptos ya desarrollados previamente; tanto en las sociedades que abogan a favor de una cobertura universal mediante los dineros públicos, sin restricciones de ninguna naturaleza, como aquellas que interpretan que el Estado debe afrontar solamente la cobertura en casos seleccionados por edad, patologías, etc.

Dentro de este concepto de resolución y para ambas situaciones, el Modelo⁴ propicia diferentes estrategias de intervención, articuladas entre sí, incluyendo acciones de fortalecimiento de programas de trasplantes, asignación de recursos especiales a través de fondeos específicos, nuevas modalidades contractuales entre los financiadores y las instituciones de prestación y asistencia, componentes de capacitación para el equipo de salud vinculado a la control de las enfermedades renales.

Todo el Modelo esta cruzado por la instrumentación de mecanismos de información, que aseguren una base de datos y el seguimiento de la evolución de los pacientes incorporados.

El gráfico 3 esquematiza estas estrategias de intervención, contempladas en el Modelo.

⁴ Burgos Calderon R, Depine S. Sustainable and Tenable Renal Health Model: A Latin American Proposal of Classification, Programming, and Evaluation. *Kidney International*. 2005; 68(Suppl. 97): S23–S30.

Gráfico 3



Para su desarrollo hemos partido del conocimiento de la existencia de una prevalencia en aumento permanente de pacientes que requieren tratamientos supletorios o de reemplazo de la función renal. Dichas prácticas se encuentran financiadas desde los Estados con recursos provenientes de las rentas generales, o por las contribuciones patronales y los aportes de los empleados a los sistemas de seguridad social implementados en cada país. Su expresión porcentual esta vinculada como un porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) de los países en forma individual, o del PBI consolidado de toda la región, cuando analizamos el gasto en su conjunto. Ante esta prevalencia aumentada, la pregunta a formular es si los países podrán acceder a los recursos económicos necesarios para dar la cobertura requerida. Tanto en el caso de una respuesta afirmativa, patrimonio de unos pocos países de la Región, como en los casos de una manifestación negativa a la disponibilidad de recursos suficientes para enfrentar esta problemática, situación casi generalizada en la Región Latinoamericana, proponemos la aplicación del Modelo de Salud Renal, que incluye un Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de las Enfermedades Crónicas Prevalentes. En su desarrollo cobran una especial significación la aplicación de los principios y fundamentos de la ética, en sus campos de la bioética clínica y de la ética de las Asignaciones Presupuestarias, aspectos que hemos discutido con amplitud anteriormente. Hemos considerado conveniente efectuar un relevamiento de las posibles estrategias de intervención, para focalizar posteriormente nuestro trabajo en una de ellas, que es el Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de Enfermedades Crónicas Prevalentes - Salud Renal. A continuación procederemos a analizar cada una de las estrategias propuestas:

3.1.- Reasignación de Recursos Económicos

Esta relacionada con la reasignación de los recursos económicos que en la actualidad se están consumiendo, expresados como gasto directo de asistencia para dar cobertura a las personas en tratamiento de diálisis, en cualquiera de sus modalidades.

Esta reasignación constituye la propuesta de generar un fondeo especial o una Reingeniería Financiera, que asegure la disponibilidad de recursos para la cobertura de los pacientes que requieran tratamiento de diálisis.

Si bien hay países en los cuales esta estrategia de mantener fondos especiales de recursos es de aplicación, no es habitual que exista una reingeniería financiera plasmada en instrumentos jurídicos adecuados que garantice los fondos para los enfermos renales en forma específica, siendo generalmente incorporados en el conjunto de las llamadas enfermedades catastróficas e incluso los mismos fondos son utilizados para la provisión de prótesis.

Esta forma de asignación, genera una puja distributiva dentro de esta herramienta de resolución, y no permitiría hacer previsiones para dar cobertura sustentable y sostenible a los pacientes en diálisis, dada las características tan especiales de prevalencia creciente y muchas veces extemporánea de nuevos requerimientos de cobertura.

Sería de mucha utilidad, propiciar en cada país los instrumentos jurídicos, que amparen e instrumenten la decisión política de cobertura en cada uno de ellos.

3.2.- Fortalecimiento de los Programas de Trasplante

Tiene que ver con la instrumentación de los mecanismos de *Fortalecimiento de los Programas de Trasplante* en aquellos países en los cuales esta práctica está establecida, y propiciar en los que no la poseen mecanismos de resolución que posibiliten a sus ciudadanos afectados con enfermedades renales, acceder a la posibilidad de recibir un trasplante.

Estas acciones contribuirán a generar recursos adicionales, que podrán ser volcados al sistema de atención de los pacientes renales.

3.3.- Red de Prestadores

En la mayoría de los países la prestación de la diálisis recae fuertemente en prestadores privados, que obtienen los recursos de los financiadores mediante contratos de pago por prestación o por sistemas modulados enmarcados en el concepto de Atención Gerenciada de la Salud (Management Care).

En este último caso existen modalidades diferentes de inclusión dentro de los módulos de cobertura de prácticas relacionadas al tratamiento supletorio de la función renal, que pueden incluir desde la bioquímica de la sangre, los marcadores virales, hasta el transporte de los pacientes para su acceso a los centros de tratamiento.

Esta modalidad de pago con transferencia de riesgo parcial, no permite establecer los gastos que se derivan de una ineficiente prevención terciaria, de la utilización de prácticas relacionadas a la medicina defensiva, de las morbilidades concurrentes y relacionadas con tratamientos inadecuados, etc. y que constituyen; siendo gastos indirectos una de las mayores erogaciones económicas que deben absorber los sistemas de salud nacionales, como consecuencia de una relación no costo eficiente de los tratamientos de las enfermedades renales.

Por ello, una posibilidad que hasta ahora no ha sido suficientemente evaluada; entre muchas otras que están en pleno desarrollo, sería la de analizar variables que incluyan una *reconversión de las modalidades de los contratos de gestión asistencial*, transformándolos en contratos con transferencia de riesgo ampliada, en los cuales la modalidad de pago establecida incluya a una población previamente identificada e incluida en los lineamientos establecidos en los Programas que forman parte del modelo, tal cual se ha especificado anteriormente.

Siempre, en todo caso debe propiciarse que el sector Prestador trabaje articuladamente y como parte constitutiva de una Red Asistencial, ya sea entre ellos o dentro de un Sistema más amplio.

Así como resulta imprescindible generar mecanismos de alianzas estratégicas y funcionamiento en redes de los prestadores, con el objeto de diferenciar las áreas programáticas que determinarán la población bajo cobertura, el primer paso sería establecer las características de la población objeto.

En esta propuesta, quedaría bajo responsabilidad del tomador del contrato, la responsabilidad de instrumentar en su población objeto un Programa de Salud Renal, bajo las características ya mencionadas.

Esto incluye efectuar el correcto seguimiento de los pacientes renales en cualquier estadio de enfermedad, brindar tratamiento supletorio de diálisis a las personas que lo requieran, absorbiendo los costos de morbilidad imputables a un déficit de cobertura. En esta modalidad de financiamiento, la red de prestadores podría percibir en concepto de contraprestación un pago capitado, resultante de los estudios actuariales necesarios para su fijación, e imputado al total de la población incluida dentro de su área programática.

Esta modalidad de prestación, debe generar actividades de control de la enfermedad renal, en sus aspectos de promoción, prevención, atención, rehabilitación, investigación y docencia. Debe garantizar una alta eficiencia en la asignación de actividades y recursos afectados, generando el ahorro en partidas económicas que actualmente constituyen una parte sustancial de los gastos indirectos y ocultos de prestación. Dichos recursos no gastados, deberían ser incorporados en forma específica, al financiamiento general del sistema.

3.4.- Desarrollo de un Programa de Salud Renal

Dicho Programa deberá focalizar en el concepto integral de control de la enfermedad renal cuyos componentes y subcomponentes estarán vinculados a:

- la 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 (Cantones, Ciudades, etc.) y el Programa CARMEN – CINDI (OMS – OPS).

- la prevención de la enfermedad renal, en sus tres niveles, primaria, secundaria y terciaria.

Resulta particularmente importante focalizar la propuesta preventiva en la prevención secundaria, cuyo impacto ha demostrado ser de tal magnitud, que una sola estrategia de intervención en pacientes diabéticos ya ingresados a hemodiálisis, ha mostrado que si hubieran sido tratados con captopril, hubieran generado un ahorro de gastos al cabo de 10 años, cercanos a los US\$ 2.400.000.000⁵. En este tipo de pacientes diabéticos sin enfermedad renal terminal, el costo de las complicaciones por paciente en 30 años se estableció en US\$ 47.240⁶.

- la atención de la enfermedad renal, en la cual resulta imprescindible hacer uso de los postulados y principios de la ética clínica, con el objeto de no incorporar al tratamiento de hemodiálisis a aquellos pacientes que no lo requieran.

En un concepto amplio, si una persona ha alcanzado un estadio evolutivo final de su vida, consecuencia de una dolencia que no puede ser controlada con los recursos

⁵ An economic analysis of captopril in the treatment of diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. RA Rodby, LM Firth and EJ Lewis. Department of Medicine, Rush Medical College, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago, Illinois 60612, USA. Diabetes Care, Vol 19, Issue 10 1051-1061, Copyright © 1996 by American Diabetes Association

⁶ 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

técnicos disponibles, no es ético fomentar la aplicación de terapéuticas que no posibilitarán su recuperación.

- la rehabilitación, condición esperable a lograr como consecuencia de los tratamientos sustitutivos, incluyendo en su grado máximo la reinserción social y laboral de los pacientes.
- la investigación y la docencia, que incluya la educación permanente en servicio (EPS) de los integrantes del equipo de salud renal.

3.5.- Información

Para ello se deben establecer los circuitos y las bases de datos necesarias.

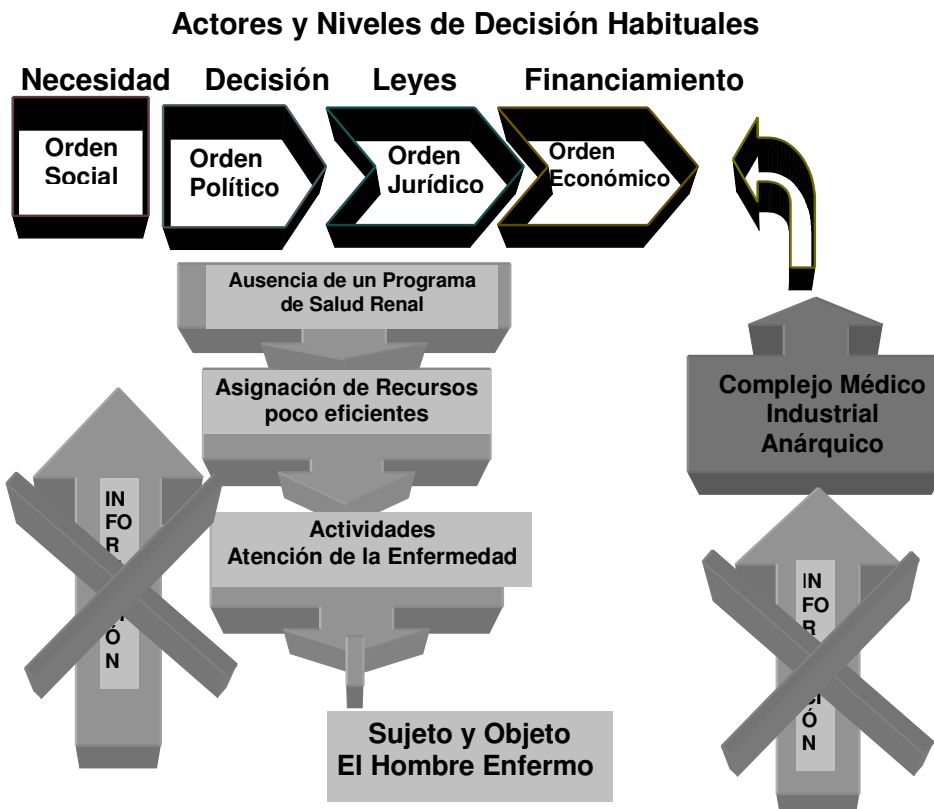
4. Importancia de la instalación de un Programa de Salud Renal

La ausencia de un Programa de Salud Renal, condiciona a los organismos responsables de la salud en los países, a no contar con información que permita conocer con cierto grado de certeza la demanda real de la enfermedad, la mejor oportunidad de acceso a los tratamientos, los parámetros de calidad empleados, el compromiso y capacitación de los recursos humanos, la adecuación de las estructuras físicas, en su espacio y equipamiento, las características de acreditación de los insumos empleados, etc.

A esta asignación poco eficiente de los recursos se agrega que las actividades se centran en la atención de la enfermedad, sin grandes contenidos preventivos y sin articulación adecuada de estrategias y programas de salud.

Todo ello condiciona que un factor importante de la economía de los países, el Complejo Médico Industrial, se desarrolle en anarquía y sin variables adecuadas de certificación de calidad y equivalencia de productos. (Gráfico 4)

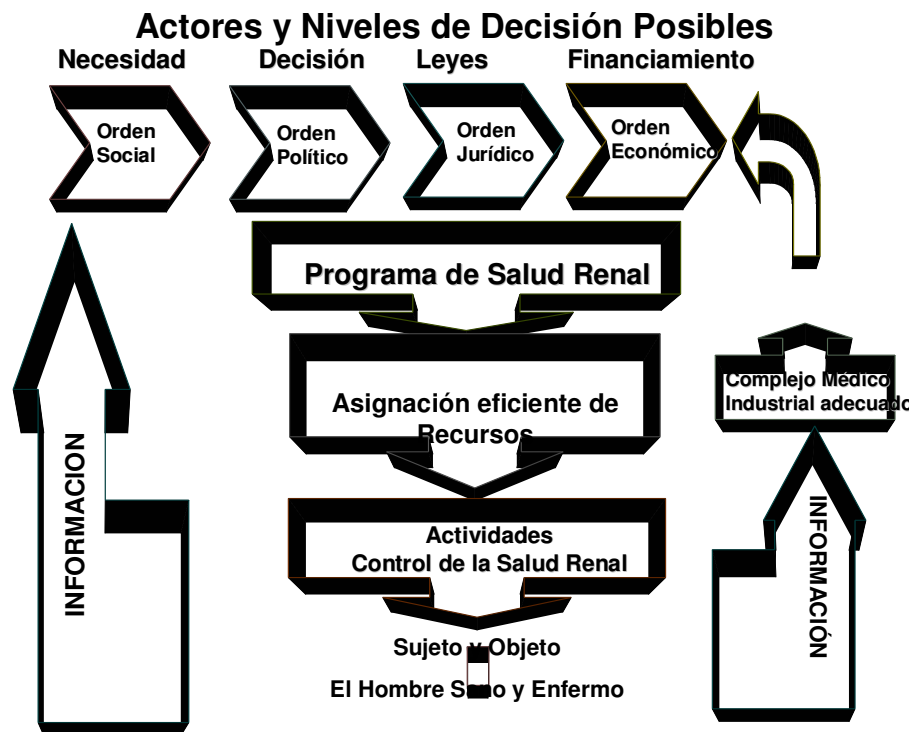
Gráfico 4



Por el contrario cuando se logra establecer un Programa de Salud Renal, con las características incluidas en el Modelo de Salud Renal, estableciendo un verdadero

Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de las Enfermedades Crónicas Prevalentes, esta situación tiende a modificarse según lo que muestra el gráfico 5.

Gráfico 5



Resulta importante destacar, que los grandes pilares del Modelo de Salud Renal, fundamentalmente vinculados a las políticas públicas debieran ser los siguientes:

- Focalizar sus actividades, tanto en la identificación como en la cobertura a las poblaciones con Necesidades Sociales Insatisfechas (Demanda Real).
- Generar Accesibilidad
- Gestionar la Calidad
- Establecer estrategias con fundamentaciones vinculadas a los principios de la Bioética Clínica
- Velar por la Equidad
- Fomentar la Solidaridad
- Propiciar acciones que garanticen el Aseguramiento del Financiamiento
- Estimular su Planificación, Programación y Evaluación con las herramientas del Marco Lógico, estableciendo los Programas Operativos Anuales y facilitando su desarrollo mediante la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos
- Fomentar la Acreditación y Categorización del equipo de salud nefrológico y de los establecimientos asistenciales.
- Incluir un permanente análisis que permita establecer en forma actualizada las relaciones: Recursos / Demanda Espontánea y Real / Tasas de uso
- Graficar la accesibilidad propiciando estudios permanentes de las Vías y Flujogramas de derivación y acceso en cada región particular.

- Fomentar el trabajo en Redes, la adecuada Informatización y la Capacitación del recurso humano
- Generar una base de datos que posibilite la Reingeniería del Financiamiento, respetando los aspectos éticos en la asignación de recursos, mediante una eficiente Macroasignación Secundaria de fondos del Presupuesto Nacional.
- Contribuir al aseguramiento de los Recursos, mediante las estrategias establecidas.
- Mantener actualizados los Costos por Escenarios (incluyendo Modelos de Simulación, en el caso de ser necesarios)
- Evaluación de la Satisfacción de los Beneficiarios: Determinar metas y realizar mediciones. Analizar barreras y transferencias (referencias y contrarreferencias), teniendo en cuenta en todos los casos el llamado "Paquete de Valor" de los pacientes.

4.- Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico en Enfermedades Crónicas Prevalentes

Las enfermedades que generan enfermedad renal, están en la actualidad muy bien establecidas y constituyen las enfermedades crónicas más habituales de estos tiempos. La epidemia de Diabetes, las Dislipemias, la Obesidad, la Hipertensión, sumado al envejecimiento poblacional y el sedentarismo propio de los malos hábitos de la vida moderna con su alto tecnicismo, está haciendo que cada vez mayor número de personas se enfermen crónicamente y eso conlleva un número creciente de insuficientes renales, en distintos estadios evolutivos de enfermedad.

Una visión holística de la problemática, permite asumir que resulta fundamental modificar la tendencia creciente hacia la fragmentación en la atención médica, hacia un cuidado más integral e integrado del hombre.

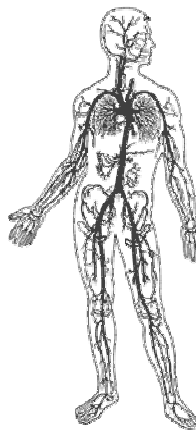
En ese sentido, es necesario adecuar las estrategias de vigilancia y control epidemiológico de las enfermedades crónicas prevalentes, articulando entre sí los distintos programas que hoy están en implementación en los Ministerios de salud en los países, que siendo verticales contribuyen a esa fragmentación.

Esa es una de las contribuciones más importantes que el Modelo de Salud Renal establece, pues existe un factor común en las enfermedades que más contribuyen a incrementar la cantidad de pacientes con enfermedad renal. Este factor común, es la lesión del endotelio vascular, cuyo comienzo suele ser de pequeña magnitud y con una expresión muy precoz a nivel biológico, con la presencia de albuminuria (microalbuminuria).

Bajo esta conceptualización, actualmente la SLANH propicia en cada país de la Región, el establecimiento de un Programa Horizontal, que articula los programas ya existentes para Diabetes, Hipertensión, Enfermedades Cardiovasculares, Obesidad, etc., cuya denominación es la de Programa de Vigilancia y Control Epidemiológico de Enfermedades Crónicas Prevalentes. El gráfico 6 permite ejemplificar lo enunciado anteriormente:

**El Modelo/
Programa de
Salud Renal**

es un:



**PROGRAMA DE CONTROL Y VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS PREVALENTES**

**Programa Nacional de Prevención y Control de
la Diabetes**

Programa Transversal

Estrategia CaCeREM

Factor común:

**Disfunción / Lesión del
endotelio vascular**

**Genera Articulación entre
los Programas Verticales ya
existentes en los países**

**Programa Nacional de Prevención y Control de
las Enfermedades Cardiovasculares**

Para ello utiliza una sencilla Planilla de Seguimiento, que incorpora los factores de riesgo vinculados a las enfermedades crónicas y las fórmulas de estimación del Filtrado Glomerular.⁷

⁷ Depine, Santos . Modelo sustentable y sostenible de salud renal para la seguridad social de la Argentina. Representación Argentina de OPS / OMS, Agosto de 2004.
<http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/SantosDepine/ProgramaSaludRenal.pdf>