

Modelos de Salud Renal en Latinoamérica. Desarrollo de Programas Nacionales de Salud Renal.

Santos DEPINE, MD, MPH y Rafael BURGOS CALDERÓN, MD

Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales, de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión

Resumen

Objetivo: Establecer las actividades realizadas y el grado de avance alcanzado en los países de Latinoamérica y el Caribe, en la implementación del Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal que impulsa la SLANH con las Sociedades Nacionales y la participación de las Representaciones locales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Método: Realización de *Talleres* “Hacia un Modelo Sostenible y Sustentable de Salud Renal”, en cada país con participación de los Ministerios de Salud, los Organismos de la Seguridad Social, OPS, Universidades, Sociedades Científicas, Entidades Médicas y ONG’s entre otros. Se dictan *Conferencias de Instalación*, con especial visión de la problemática local. Grupos de Trabajo elaboran las bases de planificación, programación y evaluación en las *Matrices de Marco Lógico* y la de *Asignación de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención*. Se firma el *Documento “Declaración”*, con los compromisos asumidos por las partes, tanto públicas como privadas y un cronograma de trabajo.

Resultados: Hasta ahora, doce países de la Región han concretado Talleres, estableciendo actividades en el marco del Modelo / Programa de Salud Renal, que articulan los clásicos Programas Verticales y generan un “Programa Transversal” en el Primer Nivel de Atención. Sus componentes y estrategias establecen un costo-eficiente Control de la Salud Cardiovascular, Renal y Endocrino Metabólica.

Conclusión: El Modelo de Salud Renal con su Programa, esta siendo incorporado a las políticas públicas de salud de los países Latinoamericanos y del Caribe, ajustado a sus necesidades y características, con una aceptación creciente de los equipos de salud.

Palabras Clave: Salud Renal. Primer Nivel de Atención. Marco Lógico, Insuficiencia Renal

- **Introducción**

La evolución de la medicina a través de los siglos permite 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 límites tan tenues, que requieren de la bioética para su evaluación.

En contrapartida crecieron las inequidades, agrandando la brecha entre los países desarrollados, con aquellos cuyas poblaciones en su gran mayoría viven por debajo de la línea de pobreza, de muy frecuente observación en la Región de Latinoamérica y el Caribe.

Además, la creciente elevación de los costos tecnológicos y el incremento de la demanda; generalmente asociado a una ineficiente ejecución presupuestaria, ha generado que el gasto en salud a nivel global alcance niveles de serio compromiso para las economías nacionales.

En este escenario, para impactar eficientemente en el conjunto social, se debe traspasar la concepción bio-médica que domina el saber médico y la cultura popular en general, propiciando una comprensión bio-ético-psico-social-económica-espiritual del ser humano.

Los modelos formativos deben orientarse a lograr y mantener la calidad de vida, fortaleciendo la calidad del conocimiento y de la práctica, centrada en la relación médico/paciente, médico/familia y equipo de salud/comunidad, en el marco de una nueva simbiosis de la salud pública con la práctica clínica.

En este contexto desarrollamos el Modelo de Salud Renal que estamos implementando en nuestra Región, junto a las Sociedades Nacionales de Nefrología y todos los actores vinculados a la salud cardiovascular, renal y endocrino metabólica, fundamentalmente los equipos de salud de Atención Primaria y el Primer nivel de Atención.

Sus acciones dentro de los Sistemas de Salud, deben garantizar calidad, eficiencia, y fundamentalmente equidad, otorgando a cada persona la mayor capacidad de acceso a la salud y a su cuidado (1)

Su característica fundamental es que al ser un “Modelo”, no tiene relación punto a punto entre sus componentes y permite que cada país lo adapte a sus propias necesidades.

- **Materiales y Métodos**

La *Transición Epidemiológica* nos permitió conocer las problemáticas que aquejaron y aquejan a la humanidad en estos tiempos en relación a su salud.

Analizamos las acciones desarrolladas en Latinoamérica por las Sociedades de Nefrología y el rol preponderante de la SLANH desde su *Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales* y sus *Subcomités de Datos y de Salud Renal*.

Establecimos como Línea de Base los datos de la *Encuesta de Situación de la Nefrología en Latinoamérica* (2).

Realizamos la Planificación, Programación y las bases de Evaluación del Modelo de Salud Renal (3) en la *Matriz de Marco Lógico* (4) y la *Matriz de Asignación de Actividades y Recursos* (5) incluyendo las estrategias de:

- Fortalecimiento de los Programas de Transplante
- Redes Prestadoras
- Programa Fondo, tomando como base los fundamentos éticos de la Macro Asignación Presupuestaria (Depine, S. Ética y Economía en Salud. Presentación personal. San José de Costa Rica. Congreso Latinoamericano de Nefrología. Abril de 2002)
- Programa de Salud Renal
- Información. Base de Datos

En cada país realizamos uno o más *Talleres* de discusión, consenso e instalación de los componentes del Modelo.

Propiciamos un *Plan de Acción* (6), utilizado como guía en cada país para su implementación local, que incluye (Declaración de Valdivia (sic)):

- 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 Flujogramas y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos.
- Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales de Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

Realizamos Talleres en **Chile** (Declaración de Valdivia. Diciembre de 2002), **Argentina** (Declaración de Buenos Aires. Abril de 2003), **México** (Septiembre de 2003), **Uruguay** (Pronunciamiento de Montevideo. Abril de 2004), **Paraguay** (Declaración de Asunción. Julio de 2004), **Venezuela** (Declaración de Caracas. Julio de 2004), **Colombia** (Declaración de Bogotá. Diciembre de 2004), **Ecuador** (Declaración de Guayaquil. Abril de 2005), **Puerto Rico** (Agosto de 2005), **Perú** (Septiembre de 2005), **Brasil** (Febrero de 2006) y Bolivia (Diciembre de 2006).

- **Transición epidemiológica**

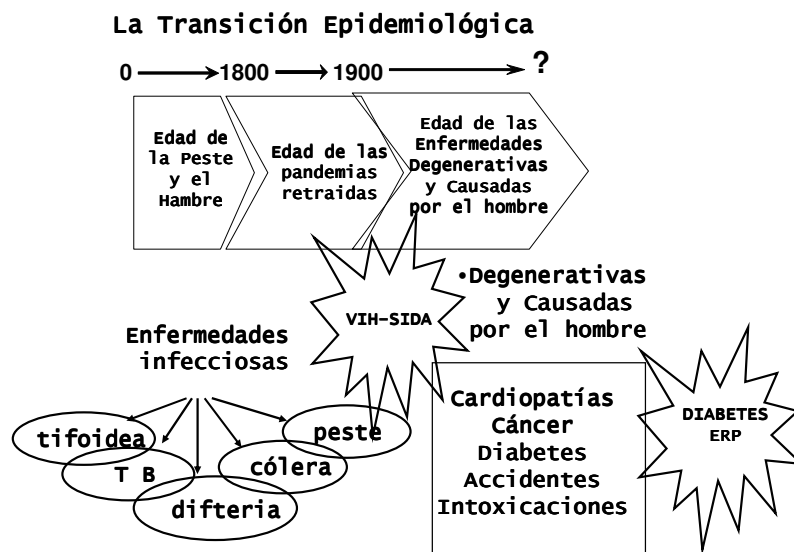
En la teoría de la Transición Epidemiológica (7), los primeros 1800 años de la Era Cristiana correspondieron a la llamada Edad de la Peste y el Hambre y los 100 años posteriores, hasta 1900 constituyeron la Edad de las Pandemias Retraídas. Ambos períodos estuvieron dominados por enfermedades infecciosas transmisibles, como la Peste, la Tifoidea, el Cólera, la Tuberculosis y la Difteria.

En 1900, comenzó la Edad de las Enfermedades Degenerativas y Causadas por el Hombre, Enfermedades no Transmisibles potenciadas por el envejecimiento poblacional, el crecimiento acrítico de las ciudades, la polución ambiental, los accidentes y las intoxicaciones, sumado a adelantos tecnológicos que permiten sobrevivir a personas que antes morían por enfermedades crónicas permanentes. La diálisis en la Insuficiencia Renal y los Trasplantes de Órganos, son un ejemplo de ello.

Sin embargo la Transición no es lineal. En los 80`s comenzó la pandemia de VIH/SIDA, cuyo impacto obligó a medidas extraordinarias de control dentro de la Organización de Naciones Unidas, que instituyó el Programa conjunto ONU – SIDA, cuya Declaración de Compromiso (8) manifiesta (sic): *«el VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos, que socava el desarrollo económico y social en todo el mundo y afecta a todos los niveles de la sociedad: individual, familiar, comunitario y nacional».*

Hoy la Diabetes asociada con la Insuficiencia Renal Permanente han adquirido el carácter de una pandemia y nos alerta sobre una nueva situación equiparable en magnitud a la anterior por la cantidad de personas afectadas y su crecimiento exponencial en pocos años. Su impacto en la salud y en la economía de las personas, familias y sociedad es de tal magnitud que gran número de países plantean dificultades de cobertura a corto plazo. (Figura 1)

Figura 1. La Transición Epidemiológica



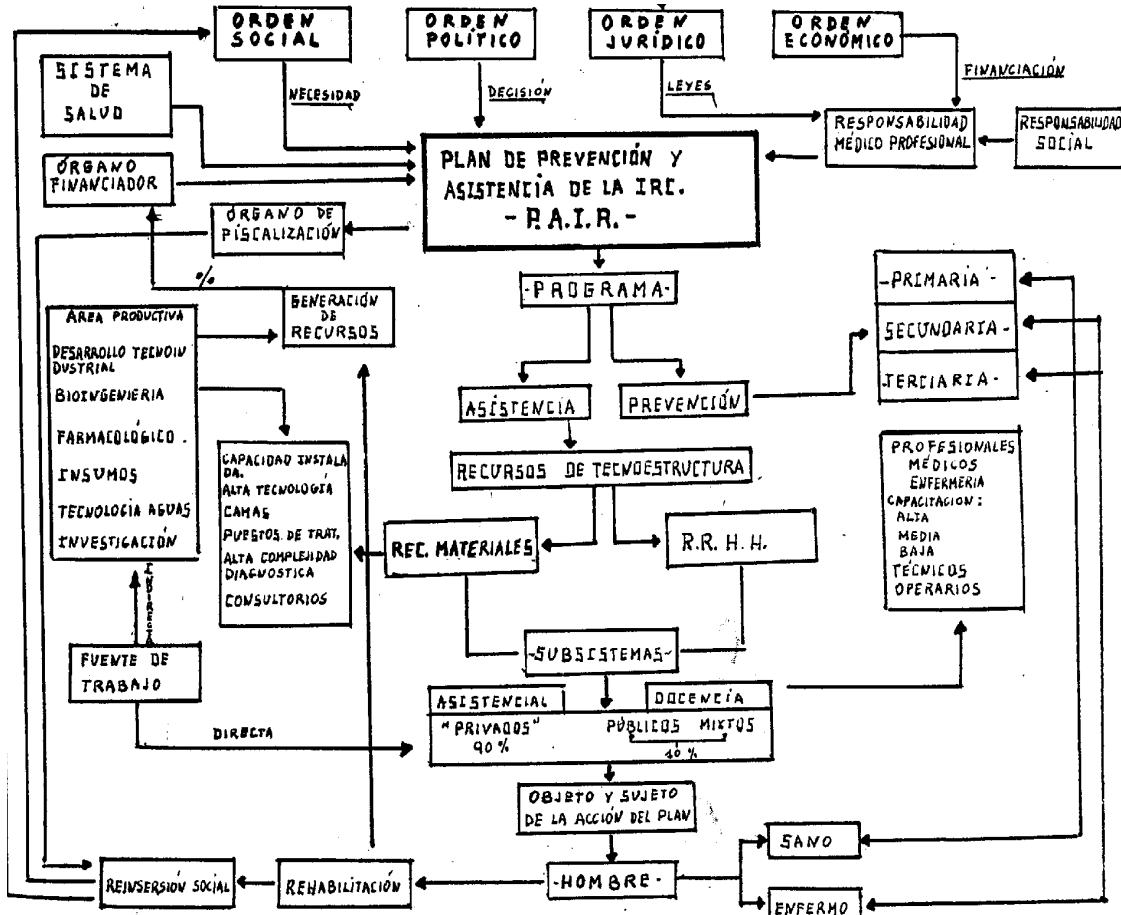
Además, la evidencia médica muestra la estrecha vinculación entre la diabetes, las enfermedades cardiovasculares en general y la enfermedad renal con su factor común: la disfunción o lesión del endotelio vascular, que posibilita y requiere **acciones comunes y transversales** entre los clásicos programas verticales de los organismos de salud pública, rescatando la concepción holística de la persona, sin fragmentaciones producto de su enfermedad de base o demandante, o del expertise de su médico tratante.

- ***Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH). Subcomités de Datos y de Salud Renal.***

El antecedente más inmediato de una acción conjunta entre sociedades de nefrología en Latinoamérica, fue la “Primera Reunión de Sociedades Latinoamericanas de Nefrología” realizada en la ciudad de Rosario en 1990, cuyas conclusiones sobre la situación de las prácticas nefrológicas en nuestra Región fueron (sic) (9):

- *“Profunda crisis económica y social.*
- *Déficit grave en educación médica y comunitaria.*
- *Ausencia de prevención. Ni siquiera se tiene un diagnóstico de la situación en cuanto a las nefropatías: se coincide en que se le ha prestado atención en forma excluyente al tratamiento de las enfermedades renales.*
- *Incidencia variable de patologías renales según los países encuestados. Las nefropatías agudas están vinculadas a la iatrogenia. Dentro de las crónicas, las entidades son similares, aunque la prevalencia difiere según los países: DBT, HTA y glomerulonefritis, y en menor proporción infecciones urinarias, litiasis, TBC, etc.*
- *Unánimemente se enfatiza la importancia de buscar la integración real de la prevención y tratamiento de las nefropatías en Latinoamérica, no sin antes iniciar y llevar adelante programas en cada país entre los nefrólogos y con otras especialidades afines”.*

Analizamos la propuesta de acción llamada “Plan de Asistencia a la Insuficiencia Renal (PAIR)” (Depine, S. Comunicación personal). (Figura 2).



Destacaba como importante la detección de la demanda real como disparador de las políticas de salud, saliendo de los clásicos modelos de enfocarse en la demanda espontánea (subsidio a la demanda y no a la oferta de servicios) y establecía vinculaciones imprescindibles entre las acciones sanitarias y el financiamiento.

Cuatro años más tarde, durante el 9^o Congreso Latinoamericano de Nefrología en San Juan de Puerto Rico, se creó el Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales, completado luego con los Subcomités de Data y Salud Renal.

Desde entonces, la actividad fue continuada e incesante:

- En 1996, nueve países firmaron en San Juan (Puerto Rico) el “Pronunciamiento de Puerto Rico” (10) sobre “Prevención de la Enfermedad Renal Crónica y Promoción de la Salud Renal”. Se adoptó por primera vez el **Concepto de Salud Renal**
- En 1997, 14 países firmaron en Buenos Aires la Declaración de Buenos Aires “**Hacia un Nuevo Modelo de Salud Renal en Latinoamérica y El Caribe**”. (11)
- En 1999, la SLANH realizó una **encuesta** sobre la situación de la nefrología y su impacto en la salud renal de sus poblaciones, en los países de la Región. Sus resultados pusieron en evidencia el incumplimiento de las metas y la necesidad de un nuevo enfoque (2).
- En el año 2000, realizamos en San Juan (Puerto Rico) y Buenos Aires, respectivamente, dos **talleres regionales de entrenamiento en herramientas epidemiológicas (EPI-INFO)**, con la meta en un nuevo modelo de salud renal. En ambos lugares participaron representantes locales de los Ministerios de Salud, la OPS/OMS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.
- En Abril de 2002, en San José (Costa Rica) el Comité aprobó los lineamientos generales de Planificación, Programación, Ejecución y Evaluación del Modelo de Salud Renal, realizados en la **Matriz de Marco Lógico y en la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos**. (Anexo 1)
- En Diciembre de 2002, en Valdivia (Chile), se aprobó el **Plan de Acción** (6), como guía para facilitar la implementación del Modelo en cada país.

A partir de ese momento en cada país, la Sociedad de Nefrología interactuó con sus organismos nacionales de salud y la Representación local de la OPS / OMS, para implementar los talleres de discusión y consenso para instalar en su país el Modelo de Salud Renal.

La **línea de base** en cada país fue la Prevalencia Observada de pacientes en diálisis (por millón de habitantes) (Figura 3), graficando el impacto epidemiológico por medio de **Modelos de Simulación por Escenarios** con dos hipótesis diferentes (Figura 4):

Figura 3. Prevalencia comparada de pacientes con tratamiento de diálisis, entre países industrializados y Latinoamérica

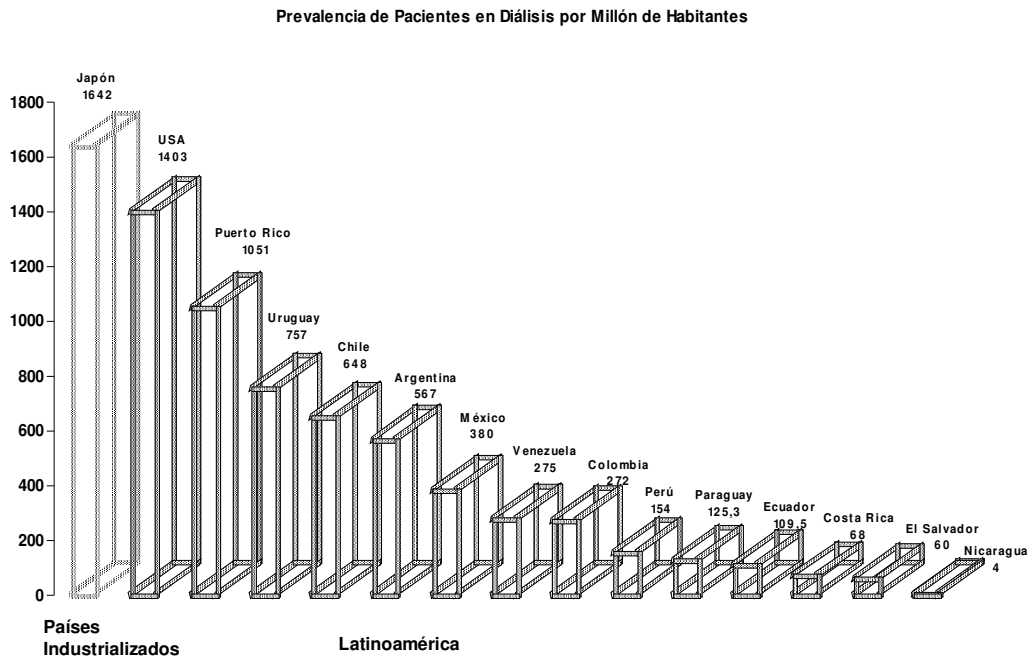
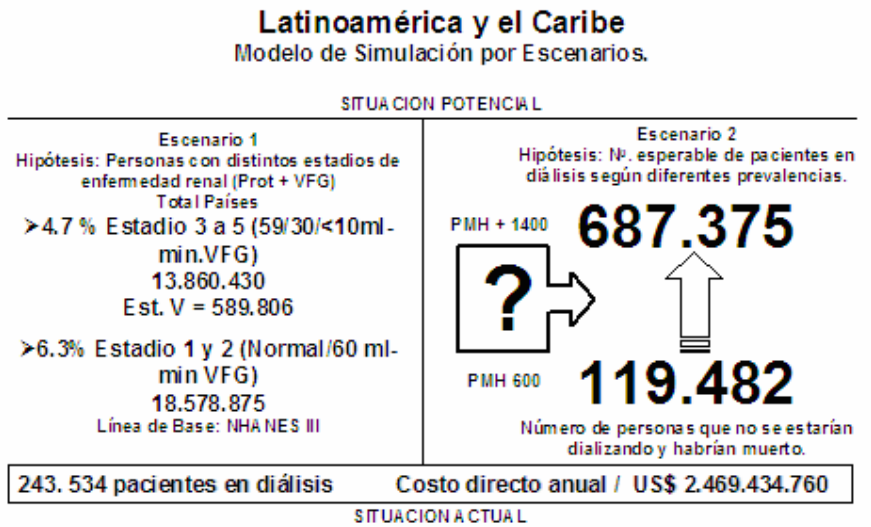


Figura 4. Modelos de Simulación por Escenarios



Fuente: Chailu A., Burgos Calderon R., Depina S., Feler D y Manzori
Libro: La Nefrología en Latinoamérica. S.LANH. 1999

- Escenario 1. Cantidad estimada de personas que potencialmente podrían presentar proteinuria con cualquier estadio de Velocidad de Filtración Glomerular (Clasificación de la National Kidney Foundation y Estudio NANHES III)
- Escenario 2. Número de personas que habrían muerto sin alcanzar su tratamiento de diálisis, tomando como línea de base una prevalencia esperada de 600 pacientes por millón de habitantes.

- **Resultados**

Se llevaron a cabo talleres y/o acciones específicas en cada uno de los siguientes países (Anexo 2):

- | | | |
|--------------|----------------|-------------|
| 1. Chile | 6. Venezuela | 11. Brasil |
| 2. Argentina | 7. Colombia | 12. Bolivia |
| 3. México | 8. Ecuador | |
| 4. Uruguay | 9. Puerto Rico | |
| 5. Paraguay | 10. Perú | |

A partir de ese trabajo inicial, cada país esta instrumentando; dentro de sus propias políticas de salud, los componentes del Modelo de Salud Renal, ya sea en su totalidad o en alguno de sus componentes.

El detalle en cada país es el siguiente:

1.- Chile.

El Ministerio de salud de Chile, en el año 2003 realizó una Encuesta Nacional de Salud, tomando una muestra significativa de la población mayor de 17 años. (Cristina E, Mezzano S. Prevalencia de Enfermedad Renal Crónica en Chile. Presentación Personal)

La Sociedad Chilena de Nefrología y el Ministerio de Salud trabajan conjuntamente en la elaboración de guías para los médicos primarios, que facilite en la población de alto riesgo, la detección y control de estadios precoces de enfermedad renal.

2.- Argentina

Adoptó integralmente el Plan de Acción establecido en la Declaración de Valdivia.

Contó con el Asesoramiento Técnico de la Organización Panamericana de la Salud (15) (16), con la participación de la Sociedad Argentina de Nefrología y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina e incorporó el Programa de Salud Renal a la Agenda de Salud del Estado mediante su publicación en el Boletín Oficial de la República Argentina el 27 de setiembre de 2004 (17).

Se implementó en la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud y Ambiente (18), y es un programa con incentivos económicos explícitos.

Articula las siguientes estrategias:

- “Fondo Especial”. Otorgando dentro del Fondo Solidario de Redistribución (19), una partida presupuestaria específica.
- “Fortalecimiento de los Programas de Trasplante”. Cobertura económica de la procuración, el trasplante y la entrega permanente de la medicación inmunosupresora post trasplante.
- “Funcionamiento en Red del Sector Prestador”. Redes de médicos primarios y especialistas, en el Primer Nivel de Atención, estableciendo nodos intermedios de control para detectar precozmente la necesidad de reforzar el componente de capacitación del recurso humano.
- “Programa de Salud Renal”. Programa de “Control” que articula la promoción, la prevención, la atención, la rehabilitación, la investigación y la docencia, generando actividades y recursos compartidos entre los programas verticales de salud cardiovascular, renal y endocrino metabólico.
- Incentivos Económicos para los Agentes del Seguro de Salud:
 - Reasegura el financiamiento de la Promoción y Difusión

- Subsidia la estrategia epidemiológica de Salud Poblacional (screening), que coexiste con la de Grupos de Riesgo (control en el sistema de atención)

- Reasegura a los financiadores el pago de las diálisis de aquellos beneficiarios que hayan cumplido con las etapas del Programa.

- “Información”. Seguimiento longitudinal mediante la Planilla de Seguimiento y Matriz de Clasificación y Regresión de la Insuficiencia Renal (18). Ella permitirá: analizar la adherencia al tratamiento, sistematizar el seguimiento (medicina basada en la evidencia), el uso de las guías clínicas (KDOQI / KDIGO), detectar precozmente requerimientos de capacitación del recurso humano y la realización de curvas actuariales para previsiones presupuestarias imprescindibles para dar sustentabilidad y sostenibilidad al Modelo de Salud Renal.

Cumpliendo el “supuesto” de la Programación en Marco Lógico del Involucramiento de todos los actores, han adherido; además de la Sociedad Argentina de Nefrología y la Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, todas las Asociaciones Regionales de Diálisis del país, las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) vinculadas a los pacientes renales y al trasplante de órganos, la Cámara Argentina de Servicios y Productos de Terapia Renal que representa a las empresas de capitales internacionales y hasta ahora, mas de 600 consultorios nefrológicos privados en todo el territorio del país, constituyendo la red de Centros de Atención Primaria de Salud Renal (CAPS-R), que se suman a los del sector de la salud pública y a los médicos del primer nivel de atención.

3.- México.

Se realizó un primer taller en Acapulco en setiembre de 2003. En Abril de 2006, se realizó la Primera Reunión Conjunta en Jurica, entre la Sociedad Mexicana de Nefrología y el Instituto Mexicano de Nefrología. Se firmó un documento de consenso, que fijó la creación de un Comité Mexicano de Salud Renal, con el propósito de alcanzar la Salud Renal en México.

4.- Uruguay.

Esta implementando con gran suceso su Programa de Salud Renal en cuatro áreas piloto

(Mazzuchi N, Presentación Personal. COCEMI 2005):

- Zona Oeste del Departamento de Montevideo. Octubre de 2004
- Extensión del Programa al Este del Departamento de Montevideo. Diciembre de 2004
- Extensión del Programa al Departamento de San José. Agosto de 2005
- Departamento de Florida. Octubre de 2005

Sus resultados preliminares son muy alentadores y hay vocación de extenderlo al resto del país.

Al igual que Argentina ha seguido en todos sus pasos el Plan de Acción de Valdivia

5.- Paraguay

Estableció acciones específicas con la estrategia “Fondo”. Actualmente se encuentra en el Poder Legislativo la discusión del Proyecto de Ley del Fondo Nacional de Recursos Solidarios en Salud, para asegurar el pago de las prestaciones de alta complejidad (catastróficas).

Se han realizado hasta ahora tres talleres de discusión estratégica del Modelo, con gran participación de la Sociedad Paraguaya de Nefrología y las autoridades sanitarias nacionales.

Se planificó iniciar sus actividades en 2006.

6.- Venezuela

Ha sido precursor en la concreción de un Programa Transversal llamado “Iniciativa CAREM” (Cardiovascular, Renal y Endocrino metabólica), conjuntamente entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Representación local de la OPS/OMS.

El Programa de Salud Renal, dependiente de la Dirección de Programas, el Vice Ministerio de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ha diseñado el Manual “*Proyecto de Salud Renal enmarcado en la Iniciativa CAREM*”, para la implementación del Programa.

Hemos previsto un taller de seguimiento en el primer trimestre de 2006.

7.- Colombia

El Ministerio de Protección Social Salud encomendó la realización de un Documento “Modelo de Atención en Enfermedad Renal Crónica”, con participación de la Asociación Colombiana

de Nefrología. El aporte de la SLANH fue sugerir el cambio de nombre de Modelo de Atención a Modelo de Salud. Finalmente se aprobaron las Guías Clínicas y el Componente de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica dentro del Modelo de Salud Renal. Actualmente se encuentra muy avanzado el desarrollo de un Programa Regional de salud Renal en la Ciudad de Barranquilla en la Costa Caribe, liderado por el Dr. Gustavo Aroca, con el asesoramiento del Dr. Carlos López Viñas.

8.- Ecuador

Se realizó con gran suceso el taller de Guayaquil. Hasta ahora no ha habido reporte de acciones específicas dentro del Modelo

9.- Puerto Rico

Desde el primer momento ha tenido protagonismo fundamental en la instalación del cambio paradigmático. Fue en San Juan adonde se instaló el concepto de Salud Renal en 1996.

Su Escuela de salud Pública dictó los contenidos de EPI-INFO en los talleres de epidemiología de la Región.

Las características de su sistema de salud son diferentes al resto de los países de la Región, con un Modelo de capitalización con gran participación en la gestión del recurso por el médico primario.

Por ello se trabajó en una propuesta de Modelo de Salud Renal que contempla estas características particulares. En Agosto de 2005, con el asesoramiento técnico de la OPS/OMS (Burgos Calderón R _ Contraparte local y Depine S_ Consultor Externo) se realizaron talleres con participación de la Secretaría de Salud, la Coordinación de OPS / OMS y la Administración de Seguros de Salud (ASES) que dieron origen al Documento: Modelo de Salud Renal para Puerto Rico. Una aproximación a una propuesta Sustentable y Sostenible (20).

Hubo un acuerdo preliminar de iniciar un programa piloto, coordinado por la ASES y la Secretaría de Salud.

10.- Perú

En el país solamente tienen cobertura de diálisis los beneficiarios de la Seguridad Social (EsSalud). La población cubierta por el Estado no accede a esas prácticas, por lo que EsSalud tiene una “carga” de enfermedad renal muy alta con un elevado gasto.

Ha producido un Documento “Proyecto de Modelo de Salud Renal-EsSalud”, liderado por el Dr. Edmundo Alva Bravo (Gerente), cuya implementación podrá otorgar mayor sustentabilidad y sostenibilidad a sus acciones. Sin embargo es necesaria la participación del Ministerio de Salud. En Septiembre de 2005 realizamos un taller en sus dependencias, con la participación de sus funcionarios ejecutivos, la Seguridad Social (EsSalud) y la Sociedad Peruana de Nefrología (SPN). Hubo un compromiso preliminar de comenzar a trabajar en el diseño del Modelo y se decidió incorporar a la SPN a la comisión de trabajo sobre enfermedades crónicas prevalentes.

11. – Brasil. Carta Intención de Brasilia

Con la participación y el financiamiento de la OPS (OPAS), se realizó un taller en Brasilia, en Febrero de 2006. Se firmó una Carta Intención para la implementación de un modelo de promoción, prevención, control y tratamiento de las enfermedades crónicas prevalentes.

12.- Bolivia. Carta Intención de Santa Cruz de la Sierra

Se desarrolló un taller en Diciembre de 2006, sobre enfermedades prevalentes, participando la Sociedad latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, la Sociedad Boliviana de Nefrología (SBN), con la participación del Programa Nacional de Salud Renal, SEDES.

Se estableció el compromiso conjunto entre la SBN y el Ministerio de Salud y Deportes, de trabajar en forma conjunta.

- **Discusión**

Ha habido grandes adelantos tecnológicos en los últimos años, tanto desde el conocimiento como en las tecnologías nucleares y de apoyo del sector salud.

El mayor conocimiento de las enfermedades, su fisiopatología, los mecanismos íntimos de la biología molecular, la biotecnología, etc., han permitido avances fundamentales para mejorar la calidad de práctica.

Los adelantos en la industria farmacéutica, han sido espectaculares en los últimos 10 años.

La Clasificación de la Enfermedad Renal por Estadios, propuesta por la National Kidney Foundation (12) ha simplificado la forma de relacionarse con las enfermedades renales y con sus portadores. La Medicina Basada en la Evidencia también ha impactado fuertemente en la calidad de asistencia que reciben las personas que han tenido la posibilidad de acceso al sistema de salud, reflejado mediante los indicadores de calidad de vida (QALYs) (13) o la Encuesta de Salud SF 36 (14).

Sin embargo, muchas personas en Latinoamérica no tienen acceso al cuidado de su salud, en una situación de inequidad que genera además de pérdida de vidas o de su calidad, cuantiosos gastos al sistema de salud. La ausencia de estrategias transversales sistematizadas entre programas, hace que la asignación de recursos no sea eficiente, agravando aún más la desprotección de algunas poblaciones.

En general en todos los países y en los equipos de salud; al igual que las personas en forma individual, por características culturales y/o formativas, prevalece el paradigma de la enfermedad y no el de cuidado de la salud.

Por lo tanto los esfuerzos suelen enfocarse hacia la persona enferma, ignorando a aquellos que por razones culturales, económicas, geográficas, etc., no tienen acceso al Sistema. Los Ministerios de Salud están más preparados a trabajar con la Demanda Espontánea que con la Demanda Real, que es; sin embargo, la que establece las verdaderas necesidades de cobertura. Las estrategias que hasta ahora se han utilizado de Gerenciamiento del Cuidado (MC), o el Gerenciamiento de la Enfermedad por Estadios (DSM), no han dado respuesta a la grave problemática de salud pública que es la Enfermedad Renal Permanente, pues si bien han mejorado la calidad de práctica y dan respuesta individual a la persona enferma accedió, no ha

logrado modificar la situación de los grandes grupos de población que permanecen ignorados, muchas veces sin oportunidades de cuidar su salud.

Analizando un indicador: la prevalencia de pacientes en diálisis, se hace evidente inequidad existente en Latinoamérica comparada con los países centrales, que nos permite asumir que muchos latinoamericanos mueren en etapas precoces de enfermedad, por causas cardiovasculares, diabetes descompensada, o simplemente por uremia. (Figuras 3 y 4)

Se focaliza en el impacto económico de los tratamientos de diálisis y trasplante. Sin embargo es enorme el gasto en salud que genera la falta de acceso y de autocuidado. En algún momento evolutivo esas personas requerirán los servicios de asistencia médica, generalmente del sector público, sobrecargándolo y estableciendo además un caso mixto (case mix) institucional muy costoso. Sin contar el deterioro de las economías familiares por los costos directos e indirectos que deben absorber.

Es necesario efectuar un cambio paradigmático: desde la enfermedad a la salud. El trabajo que realizan las sociedades nacionales de nefrología, esta conduciéndonos a alcanzar esas metas.

Consideramos que la propuesta de desarrollo de un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal, es el camino que podemos seguir. De otra manera no será posible, a pesar de la gran cantidad de personas que no acceden a la diálisis ni al trasplante, financiarlos con recursos de los países, sobre todo por la existencia de costos indirectos u ocultos de prestación que alcanzan entre un 100 a un 163 % de los costos directos (21). Esos costos son evitables y se suman a los ahorros generados por la disminución de la progresión de la enfermedad renal (22), con un Programa Sistematizado de Salud Renal con las estrategias CAREM

- **Conclusiones**

En la actualidad existen importantes amenazas para los Sistemas de Salud a nivel mundial, con mayor impacto en los países de la Región Latinoamericana y el Caribe, por los incrementos en los costos de prestación de servicios y la mayor demanda de alta complejidad y desarrollos tecnológicos de punta.

La pandemia de Diabetes asociada a la Enfermedad Renal Permanente, la Enfermedad Cardiovascular, las Dislipemias en General y la creciente Obesidad de las poblaciones aún en países no desarrollados, esta generando gran preocupación a los gobiernos de los países. Es probable que el conjunto social aún no haya detectado la importancia del problema y por ende sus mecanismos de representatividad en la administración del Estado no hayan tomado conciencia de la magnitud de la problemática y mucho menos de la posibilidad de implementar acciones correctivas que incidirán positivamente en la mejora de la calidad de vida de los pueblos en Latinoamérica y el Caribe.

El Modelo de Salud Renal, con las estrategias de Control y con acciones transversales entre los clásicos programas de Diabetes, Hipertensión y/o Enfermedades Cardiovasculares aporta una solución Costo – Eficiente, generando una simbiosis entre la Salud Pública y la Práctica Clínica, representada hasta este momento por acciones enmarcadas desde el Gerenciamiento de las Enfermedades (DSM).

Sus herramientas de planificación, programación y evaluación (Marco Lógico y Matriz de Actividades y Recursos) coexisten con las guías clínicas y algoritmos diagnósticos y terapéuticos (Figura 6).

Conlleva un cambio de paradigmas, que lentamente se esta produciendo en varios países de la Región. El proceso del aprendizaje tiene un umbral que es el desaprender lo aprendido y nosotros estamos aún en esa etapa. Sin embargo a partir de la Declaración de Valdivia en diciembre de 2002, con su Plan de Acción que nos dio una guía de trabajo sistemático, en relativamente poco tiempo hemos iniciado en 10 países algún tipo de acción conducente a la aplicación integral de un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal.

Quedan aún países en los cuales seguramente ha habido intentos aislados de detección de la enfermedad renal, pero en los no ha habido una planificación, programación y evaluación de sus metas y objetivos programáticos con las herramientas que la salud pública requiere par establecer un Modelo / Programa de Control de la Salud Renal, evaluable y perfeccionable y

que pueda recibir libramientos de recursos desde los ministerios de economía o desde las Agencias Internacionales de Apoyo Financiero y/o Económico.

En el desarrollo pleno del Modelo, se debe generar un Programa Operativo Anual (POA) que posibilite correcciones de los desvíos en sus metas y objetivos programáticos.

ANEXO 1.

• Programación en Marco Lógico. Lineamientos Generales de un Modelo de Salud Renal. Ejemplificación por Programas y Componentes

<p>Fin Hacer sustentable y sostenible a la asistencia integral de los pacientes renales</p>			
<p>Propósito Mejorar la eficiencia y promoción de la equidad en salud renal a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria de salud renal, modificando las estrategias clásicas de intervención</p>	<p>Programa Fondo Fin Tener disponibilidad de recursos afectados al desarrollo del Modelo</p>	<p>Programa de Salud Renal. Componente de Capacitación Fin Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes renales y su costo-eficiencia</p>	<p>Programa de Salud Renal. Componente de Atención Primaria de la Salud Renal Fin Mejorar la equidad y brindar accesibilidad a las poblaciones para el cuidado de su salud renal</p>
	<p>Propósito Disponer de recursos económicos para la asistencia económica financiera que permita dar cobertura a los pacientes renales en cada etapa de su evolución ya sea prediálisis, tendiendo a su regresión y/o remisión, o la diálisis y/o trasplante,</p>	<p>Propósito Disponer de profesionales médicos capacitados para la asistencia integral del paciente renal</p>	<p>Propósito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con centros de Atención Primaria de Salud Renal distribuidos en el territorio nacional. • Generar información confiable sobre las poblaciones con afecciones renales. • Poseer algoritmos de sencilla interpretación para su uso en el primer nivel de atención
	<p>Resultados Asignación de un Fondo de Recursos Económicos o Partida Presupuestaria</p>	<p>Resultados Equipo de salud capacitado en el Primer Nivel de Atención Renal</p>	<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atención Primaria preparados para asistir a los pacientes renales, facilitando la accesibilidad. • Bases de datos • Algoritmos de control y seguimiento
	<p>Actividades Reasignar partidas presupuestarias y/o asignaciones</p>	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cursos, Seminarios y/o Talleres de Capacitación. • Programas de Educación Permanente en Servicio 	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer un seguimiento sistemático de los pacientes con enfermedad renal. • Confeccionar la planilla de seguimiento. • Fortalecer la base de datos para las curvas actuariales

• **Programa de Salud Renal. Marco conceptual general y su división en proyectos específicos (ejemplificación)**

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores verificables	Medios de verificación	Supuestos
<p>1. Fin</p> <p>Mejorar la eficiencia y promoción de la equidad en salud renal a través de la implantación de nuevas modalidades de atención primaria de salud renal, modificando las estrategias clásicas de intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría de los indicadores de salud renal fundamentalmente en los pacientes diabéticos e hipertensos, prolongando la evolución natural de la enfermedad hacia la falla renal que requiera diálisis, alcanzando la regresión y/o la remisión en tres años, de un 20 % de los pacientes incorporados al programa. • Aumento de la participación de los recursos en APS renal, en un 20 % en tres años. Más de 10% de lo presupuestado para la salud renal proviene de recuperación de costos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de los sistemas de información de salud nacionales • Auditorias externas del programa. • Planilla de seguimiento y matriz de clasificación 	<ul style="list-style-type: none"> • El nuevo Modelo de Salud Renal es comprendido y aceptado por la población y los actores involucrados. • Se logran adhesiones jurisdiccionales al Programa. • Se incorpora un Programa de Gestión de Calidad para la Atención Médica Renal, y se vincula a los Programas de Área tipo para APS en los Hospitales Públicos. • Se articula con otros programas de salud.
<p>2. Propósito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación de los servicios de APS en salud renal hacia los grupos más necesitados, a través de mecanismos de focalización; • Aumento de la accesibilidad y satisfacción de los usuarios a través de la implantación de mecanismos de gestión de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la cobertura de salud renal en especial para los grupos de bajo ingreso; alcanzando un 50 % de crecimiento en tres años • Aumento del número de Unidades de APS renal, creando 50 nuevas unidades de APS Renal y reconvirtiendo otras 100. • Aumento en un 20 % en tres años de la cantidad de profesionales de salud capacitados para APS renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de los sistemas de información jurisdiccionales • Registros administrativos de los Ministerios de Salud Nacionales y auditorias externas del programa; • Certificados otorgados por instituciones capacitadoras en salud y contratos de capacitación con las jurisdicciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Los incentivos creados son adecuados para atraer a las instituciones, a los profesionales y en especial a los nefrólogos al modelo de APS renal. • El flujo de ingreso de profesionales de salud al nuevo modelo es adecuado a las necesidades del mismo. • Se introduce el marco jurídico del Programa. Se incorpora a la Ley o Normativa del Presupuesto de Área.
<p>3. Componentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Componentes Regionales:</i> <p>(a) Formación, reconversión y Capacitación de Recursos Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Metas cuantitativas a ser definidas en una matriz de indicadores de seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por la Unidad de Ejecución Central 	<ul style="list-style-type: none"> • Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el Resumen

<p>(b) Adecuación de la estructura de los MS vinculadas al nuevo Modelo de APS renal (c) Preparación de Proyectos Regionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Componentes Nacionales: <p>(a) Sistema de remuneración e incentivos (b) Adecuación de infraestructura (c) Sistemas de información (d) Comunicación social (e) Fortalecimiento institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusión de 3 ó 4 proyectos jurisdiccionales o institucionales. • Los Indicadores serán definidos en detalle en el Marco Lógico del Programa de cada Jurisdicción o Institución. 	<p>correspondiente al mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo físico y financiero de las metas del Programa por las Unidades de Ejecución Jurisdiccionales y por la Unidad de Ejecución Central. 	<p>Ejecutivo del Programa que fueron aceptadas por las Jurisdicciones y/o Instituciones.</p>
<p>4. Actividades Formación, Reversión y Capacitación de RRHH en APS Renal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de los perfiles profesionales y mecanismos de certificación y recertificación • Capacitación de corto plazo • Programas de Educación Continua • Apoyo a las estrategias de capacitación en las Jurisdicciones y/o Instituciones • Fomentar las Residencias Médicas orientadas a la APS • Apoyar la revisión de los programas de pregrado para profesionales de salud • Propiciar la adecuación de las estructuras de los Ministerios de Salud vinculadas o a vincularse al Modelo de Salud Renal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sistema de Información para APS renal ○ Programas de comunicación social ○ Fortalecimiento Institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • El presupuesto del programa y su implementación será incorporado dentro del Programa Operativo Anual (POA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo físico y financiero de las metas del programa por parte de las Unidades de Ejecución de las Jurisdicciones y/o Instituciones y de la Unidad de Ejecución Central si la hubiera. • Evaluación de la marcha del programa mediante las planillas del Programa Operativo Anual (POA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fueron cumplidas las condiciones contractuales especiales enumeradas en el Resumen Ejecutivo del Programa. • Los recursos presupuestados para el Programa son debidamente asignados cada año en el presupuesto de las Jurisdicciones y/o Instituciones. • Se efectúan los ajustes necesarios de acuerdo a los seguimientos efectuados.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo para la preparación de Proyectos Nacionales • Dar apoyo para la confección del Programa Operativo Anual a cada Jurisdicción y/o Institución que lo requiera. 			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

• **Matriz de Asignación de Actividades y Recursos. Ejemplificación (Las normativas jurídicas del ejemplo son de Argentina)**

		Promoción			
Programa/ Área/Servicio	Destinatario	Actividades Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud: PNGCAM- Decreto 1424/97, RM 431/00, RM 208/96, RM 899/01, RM 233/01, RM 542/97, RM 252/99, RM 207/96, RM 401/96, RM 141/97, RM 996/98, RM 126/98, RM 208/96, RM 349/94, RM 126/98	R. Humano Leyes 17132, 23873, 24004, 24301, D 15/95, RM 98/2000, RM 997/2001	R. Físico. Según Programas y/o Normas del Ministerio de Salud (PNGCAM- Decreto 1424/97): RM 252/99, RM 431/2000, RM 47/01, RM 201/98, RM 996/98, RM 208/96, RM 349/94; RM 171/97, RM 233/01, RM 126/98	
				Espacio	Equipamiento
Programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles)	Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Generar condiciones que desencadenen un cambio en el manejo local de los sistemas de atención sanitaria, tendiente a desarrollar una cultura del cuidado de la salud mediante una gestión local participativa, integrada e intersectorial. • Lograr una mejor calidad de vida de la población. Fomentar el desarrollo del Programa de acuerdo a las condiciones de factibilidad de la aplicación del mismo, disponibilidad de recursos y situación socio-sanitaria. • Colaborar técnicamente con las jurisdicciones y participar en la organización de los 	Agente de Salud – Equipo Profesional de Salud. Equipo de Comunicación Social/Líderes Comunitarios	Espacio de encuentro	Sala de reuniones. Material Audiovisual. Pizarrón. Rotafolios. Sillas. Escritorios. Elementos pedagógicos. Etc.

		proyectos. •Promover la intersectorialidad desde las estructuras del Programa en el desarrollo de las actividades. •Disponer de datos de Prevalencia poblacional de factores de riesgo comunes a las Enfermedades No Transmisibles.			
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ANEXO 2. Talleres y Declaraciones

1.- Chile. Declaración de Valdivia

DECLARACIÓN DE VALDIVIA

“HACIA UN MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL”

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

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

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

1. Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación NKF y Puerto Rico.

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

Dado en la ciudad de Valdivia, Chile, a los 4 días del mes de diciembre del año 2002. (Siguen las firmas)

2.- Argentina. Declaración de Buenos Aires 2003

“HACIA UN MODELO SUSTENTABLE Y SOSTENIBLE DE SALUD RENAL”

11 de ABRIL de 2003

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:

- 1°- 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:
- 2°- 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.
- 3°- 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

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

4°- 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.

5°- 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. (Siguen las firmas)

3.- México. Taller “Hacia un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal”

Ministerio de Salud. IMSS. Acapulco. Setiembre de 2003

Primera Reunión Conjunta, SMN, IMIN. Querétaro 28 y 29 de abril de 2006. Acuerdo de trabajo conjunto para alcanzar la Salud Renal en México.

4.- Uruguay. 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 SLANH, 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:

- 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 terapéuticas elaborados por las mismas para su distribución entre ellas para vehiculizar 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 Publica 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. (Siguen las firmas)

5.- Paraguay. Declaración de Asunción

En Asunción, el 9 de julio de 2004, se realizaron los talleres “ Hacia un Fondo Nacional de Recursos 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 Pública 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 Pública.

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 SLANH, la Sociedad Paraguaya de Nefrología (SPN), la Sociedad Paraguaya de Trasplantes (SPT), la Fundación Renal del Paraguay (FREPA), se efectúan las siguientes declaraciones:

1. 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 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. 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.
3. 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 dentro de los 90 días a partir de la fecha. (Siguen las firmas)

6.- Venezuela. 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 subscribe 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 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. (Siguen las firmas)

7.- Colombia. Declaración de Bogotá

En la ciudad de Bogotá se desarrollo el Taller “MODELO DE SALUD RENAL” Nueva simbiosis entre Salud Pública-Nefrología Clínica y Atención primaria, los días 2 y 3 de diciembre de 2004.

Como resultado de las discusiones realizadas se redacta el presente documento “Declaración de Bogotá”, siendo sus conclusiones fundamentales las siguientes:

Artículo I: se adhiere al plan de acción de la DECLARACION DE VALDIVIA:

1. Establecer un sistema de registro de identificación nacional 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 flujogramas y algoritmos diagnósticos y terapéuticos.
4. Integración del Modelo de Salud Renal a las políticas Públicas Nacionales de Salud, en cada uno de los países, mediante las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

Artículo II:

Se concluye que se deben crear los mecanismos para cambiar el modelo de atención de enfermedad renal al modelo de prevención de la enfermedad y promoción de salud renal que esté de acuerdo con las necesidades de la población Colombiana.

Artículo III:

Establecer compromisos para asegurar que la información sea suministrada de las fuentes (IPS) y se generen los registros nacionales por parte de la Asociación Colombiana de Nefrología.

Artículo IV

Continuar con la realización y actualización de las guías de manejo de enfermedad y salud renal para que sean adoptadas e implementadas por todos los actores del sistema

Artículo V:

Se recomienda que se establezcan las estrategias necesarias para que el estado se comprometa con la asignación y redistribución de los recursos para que el modelo de salud renal sea viable y sostenible.

Artículo VI:

Se debe lograr la integración y compromiso de todos los actores del sistema para proyectar el Modelo de Salud Renal y se fomentara la creación de comité multidisciplinario con representantes de diferentes organizaciones privadas y públicas cuando así sea necesaria.

Artículo VII:

Se crearan los comités al interior de la Asociación Colombiana de Nefrología para la implementación y desarrollo de todas las actividades del Modelo de Salud Renal.

Artículo VIII:

La Asociación Colombiana de Nefrología debe coordinar con las Universidades la revisión de los programas curriculares en pre y post-grado de nefrología que se ajuste a los lineamientos anteriores. (Siguen las Firmas)

8.- Ecuador. Declaración de Guayaquil

En la ciudad de Guayaquil siendo el 8 de abril del 2005, en la Subsecretaría Regional de Salud Costa Insular, culmina el Taller “Hacia un modelo sustentable y sostenible de Salud Renal” que se desarrolló durante los días 7 y 8 del presente mes, organizado conjuntamente por la Subsecretaría Regional de Salud Costa Insular y la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, con la participación de especialistas Cardiólogos, Endocrinólogos, Internistas, Salubristas y representantes de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Organización Panamericana de la Salud, Fuerzas Armadas, Policía, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Facultad de Ciencias Médicas y SLANH.

Durante el taller se analizó la problemática epidemiológica y asistencial de las enfermedades renales y su enorme impacto socio económico sobre los pacientes, su entorno y los servicios

de salud, así como la necesidad de articular las acciones de las instituciones involucradas y de las que habrán de sumarse.

Como resultado de las deliberaciones realizadas se establece el presente documento, sus conclusiones fundamentales las siguientes:

Artículo I.- Se suscribe el siguiente plan de acción:

Adherirse a la Declaración de Valdivia, con algunas modificaciones para el Ecuador:

1. Establecer un Sistema de Identificación de pacientes según estadio evolutivo, propiciando la utilización de la clasificación de la National Kidney Foundation (NKF), incluyendo esta información en el Subsistema de Notificación Obligatoria del Ministerio de Salud Pública.
2. Establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia para un tránsito ordenado de los pacientes renales en los tres niveles de atención.
 3. Establecer Metas y Planes Terapéuticos propiciando la utilización de Flujogramas y Algoritmos Diagnósticos y Terapéuticos, actualizados y basados en evidencias.
 4. Integración del Modelo de Salud Renal a las Políticas Públicas Nacionales del Ecuador, en el marco del Control de las Enfermedades No Transmisibles, fortaleciendo el control del conjunto de las enfermedades conexas. Para la construcción del Programa se utilizarán las herramientas del Marco Lógico y la Matriz de Asignación de Actividades y Recursos.

Artículo II: se concluye que se debe reorientar el modelo de atención de enfermedad renal hacia un modelo de salud renal con énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Artículo III: se establece un compromiso de consenso entre los participantes para que la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología forme parte del Comité Nacional de Enfermedades No Transmisibles.

Artículo IV: se recomienda que la Sociedad de Nefrología forme parte de la elaboración e implementación de las guías de control de la salud renal y su amplia difusión en el país.

Artículo V: Se establece la necesidad de implementar un sistema de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles, incluyendo la enfermedad renal terminal, de acuerdo a lo establecido en las recomendaciones del 42º Consejo Directivo de la OPS. (Siguen las firmas)

9.- Puerto Rico. Modelo de Salud Renal para Puerto Rico. Una aproximación a una propuesta Sustentable y Sostenible. Agosto de 2005 (Rafael Burgos Calderón (Contraparte Nacional) y Santos Depine, (Consultor Externo). Documento preparado para la Oficina de Coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS) en Puerto Rico)

10.- Perú. Taller “Hacia un Modelo Sostenible y Sustentable de salud Renal”, realizado en el Ministerio de Salud en Septiembre de 2005. Documento “Proyecto de Modelo de salud Renal – EsSalud (Edmundo Alva Bravo - Gerente)

11.- Brasil. Carta Intención de Brasilia

Carta de Intenções Para Desenvolvimento e Implantação de um Modelo para a Promoção da Saúde e Prevenção, Controle e Tratamento das Doenças Cardio-Cerebro-Vasculares, Renais e Endócrino-Metabólicas

Patrocínio: Organização Pan -Americana da Saúde. Local: Sede da OPAS

Participação: Coordenação da Alta e Média Complexidade do Ministério da Saúde - Brasil. Coordenação de Hipertensão e Diabetes do MS. Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Com a participação na Primeira Oficina de Trabalho, que definiu a necessidade e a conveniência do estabelecimento de um programa de Saúde Renal para o Brasil, os signatários desta Carta de Intenções acordam que a seguinte ação deverá ser tomada de imediato: Formação de um grupo de trabalho, composto por diversas Secretarias do Ministério da Saúde, Sociedades Médico-Científicas e Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, a ser publicada em Portaria pelo Ministério da Saúde, para elaboração de um Planejamento Estratégico, com a finalidade de desenvolver um Modelo para a Promoção à Saúde e

Prevenção, Controle e Tratamento das doenças cardio-cerebro-vasculares, renais e endócrino-metabólicas

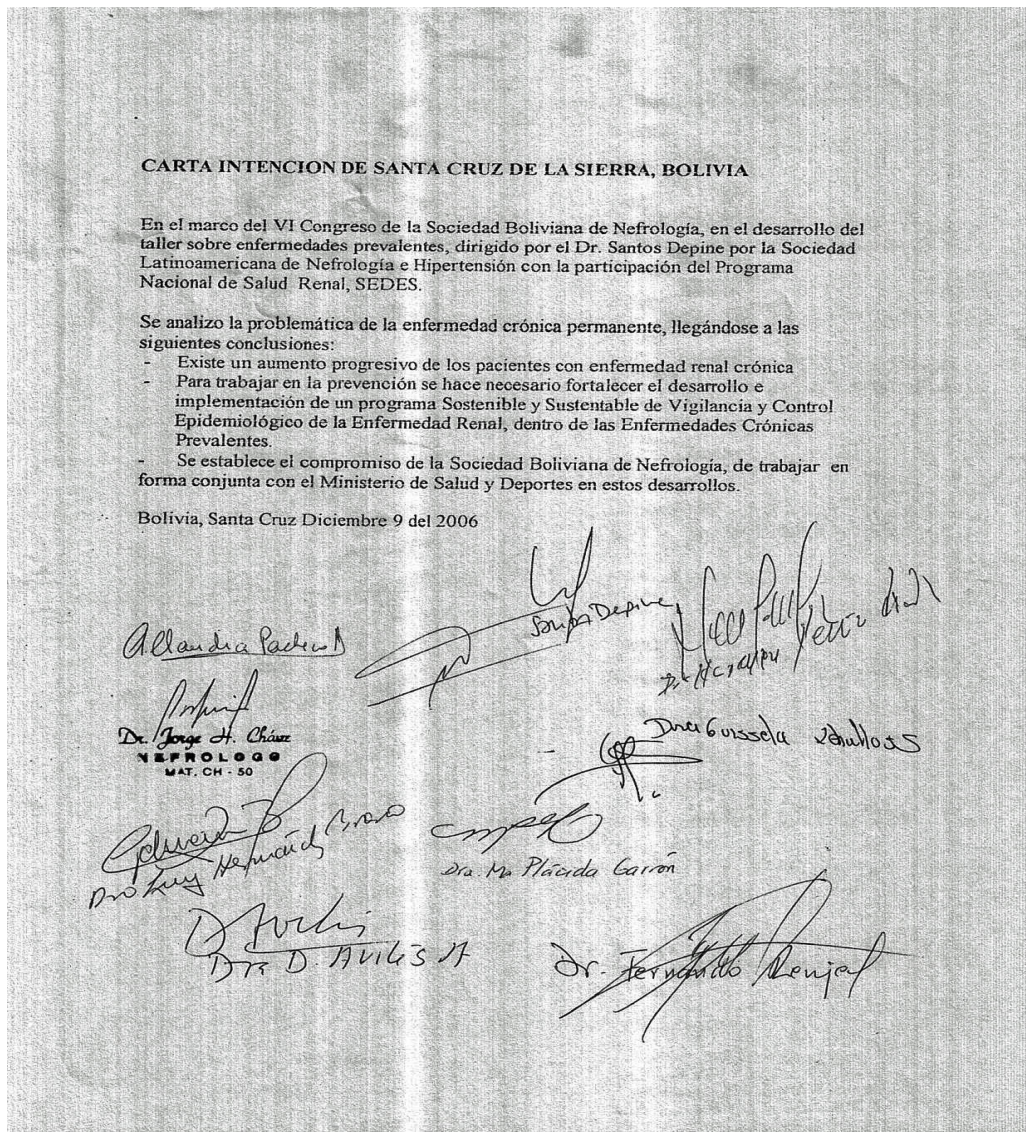
Coordenação de Média e Alta Complexidade – Ministério da Saúde. Dr Jose Luis Nogueira

Sociedade Latino-Americana de Nefrologia e Hipertensão. Dr. Santos Depine

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Dr. Pedro Gordan

Brasília, 02 de fevereiro de 2006

12.- Bolivia. Carta Intención de Santa Cruz de la Sierra



- **Referencias**

- 1.- Depine, Santos. El médico en la consulta. La rejerarquización académica de viejas artesanías. Libro: Drogas. Mejor hablar de ciertas cosas. 1997. Cátedra de Bioética. Facultad de Derecho. Universidad Nacional de Buenos Aires
- 2.- Challú A, Burgos Calderón R, Depine S, Feler D y Manzor, D. Editores. Libro “La Nefrología Latinoamericana”. 1999. Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH).
- 3.- Rafael Burgos Calderón and Santos Depine. Sustainable and tenable renal health model: A Latin American proposal of classification, programming, and evaluation. *Kidney International*, Vol. 68, Supplement 97 (2005), pp. S23–S30
- 4.- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO): Project Development Follow-up Handbook, Geneva, Switzerland, World Health Organization Regional Office, 1999
- 5.- Depine, Santos (editor): PNUD – Unidad de Financiamiento Internacional en Salud. Lineamientos para una Asignación Costo – Eficiente de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Argentina. 2002.
<http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/SantosDepine/LineamientosPrimerNivelAtencion.pdf>
- 6.- Declaración de Valdivia. Valdivia (Chile). Diciembre de 2002.
http://www.slanh.org/institucional/Declarac_VALDIVIA.doc
- 7.- Omran, A. (1971). “The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change”, en *Milbank Mem Fund Quart*, núm. 49; pp. 509-538.
- 8.- Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH / SIDA. Naciones Unidas. Asamblea General. 2 de agosto de 2001
- 9.- Challú A., Depine S., San Martín C., Jost L. y Estraviz H. Realidad de la nefrología latinoamericana. Resultados de la Primera Reunión de Sociedades Latinoamericanas de Nefrología, efectuada en ocasión del VII Congreso Argentino de Nefrología, en la ciudad de

Rosario, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud y dedicada al estudio de la realidad de la nefrología latinoamericana. Rev. Nefrol. Diál. y Transpl., N° 27 - Julio 1990, Pág. 21-31

10.- Pronunciamento de Puerto Rico. Disponible en Internet.

http://www.slanh.org/institucional/Pronunci_PUERTORICO.doc

11. - Declaración de Buenos Aires. Disponible en Internet.

http://www.slanh.org/institucional/Declaracion_Buenos_Aires.doc

12. - National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 39 (Suppl 1) S1-S266, 2002

13. - Gonzalez-Perez J, Vale L, StearnsS, WordsworthS. Hemodialysis for end-stage renal disease: A cost-effectiveness analysis of treatment options. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 21:1 (2005), 32–39. Copyright c_ 2005 Cambridge University Press. Printed in the U.S.A.

14. - Clare Bradley, Hannah M. McGee. Quality of Life Following Renal Failure. Editorial: Psychology Press (UK), 1 Jul 1994

15.- Depine, S. Lineamientos para la Implementación de un Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. Documento en la Representación en Argentina de OPS / OMS. Noviembre de 2003.

<http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/SantosDepine/LineamientosModeloSalud%20Renal.pdf>

16.- Depine, S. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. Documento en la Representación en Argentina de OPS / OMS. Agosto de 2004.

<http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/SantosDepine/ProgramaSaludRenal.pdf>

17.- Boletín Oficial de la República Argentina. Año CXII. No. 30.493. 27 de setiembre de 2004. Pág 20. <http://www.san.org.ar/renal/pdf/003.pdf>

18.- Boletín Oficial de la República Argentina. Año CXII. No. 30.493. 27 de setiembre de 2004. Pág 6-9. <http://www.san.org.ar/renal/pdf/001.pdf>

19.- Ley 23.361, Art 22. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Enero de 1989. Poder Ejecutivo Nacional. Argentina

20.- Burgos Calderón R (Contraparte Nacional) y Depine S Consultor Externo) Modelo de Salud Renal para Puerto Rico. Una aproximación a una propuesta Sustentable y Sostenible. Agosto de 2005. Documento de la Oficina de Coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS / OMS) en Puerto Rico.

http://www.fundacionvidasaludable.org/Docs/RenalHealthProgram/Modelo_Salud%20Renal_Puerto_Rico.pdf

21.- Rodby RA, Firth LM and Lewis EJ. An economic analysis of captopril in the treatment of diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. Diabetes Care, Vol 19, Issue 10 1051-1061, Copyright © 1996 by American Diabetes Association

22.-Trivedi HS, Pang MM, Campbell A, Saab P. Slowing the Progression of Chronic Renal Failure: Economics Benefits and Patients' Perspective. Am J Kidney Dis 2002 Apr;39(4):721-

9