

IV. La cobertura nacional de la enfermedad renal crónica

Juan Alfredo Tamayo-Orozco*

Asesor del Secretario de Salud Federal

Secretario-Tesorero del Comité Permanente de Trabajo sobre Insuficiencia Renal Crónica de la Academia Nacional de Medicina de México,
México D.F., México

Recibido en su versión modificada: de 2007

Aceptado: de 2008

RESUMEN

La cobertura de la enfermedad renal crónica debe cumplir lo establecido en la reforma del artículo 4º constitucional aprobada en el año 2004. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud paga la cobertura a la salud de todos los mexicanos mediante el Seguro Popular, a través de un catálogo universal de servicios que ejerce un presupuesto anual per cápita o mediante los fondos de gastos catastróficos en problemas de alto costo asistencial, como la diálisis o el trasplante. Los regímenes estatales del Seguro Popular contratan exclusivamente servicios de establecimientos acreditados por el Sistema Integral de Calidad, primordialmente los de las redes de atención de los servicios o secretarías de salud de los estados. La política pública para atender la enfermedad renal crónica enfrentará integralmente el problema, incluirá su escrutinio en las poblaciones de alto riesgo, la determinación de la reserva renal residual, la identificación y manejo energético de los factores de deterioro, incluyendo la preparación y selección del manejo de la insuficiencia renal terminal con alguna modalidad de diálisis o trasplante. Competirc participa en este importante reto diseñando el protocolo de atención y la cédula de acreditación de los establecimientos respectivos.

Palabras clave:

Enfermedad renal crónica, cobertura de la atención

SUMMARY

Chronic kidney disease coverage in Mexico is regulated under constitutional mandate approved by the Congress in 2004 through the National Commission for Social Health Protection (CNPSS) it does so under the Popular Health Insurance (SP) following the rules of an universal health services catalog (CAUSES) based upon a budget in a per capita basis or in more expensive clinical situations like dialysis and transplantation, through a specific fund for catastrophic expenses. SP operates through credited services by the Intergated Quality System SICalidad mainly represented by the already existing network of our public health system. Mexican public health policy to care for chronic renal disease will involve screening of high risk populations, definition of remnant kidney parenchyma function, deterioration factors, early and strict intervention regimes, early identification of the advanced chronic kidney insufficiency, training and optimal selection of the dialysis or transplantation procedures when required. Competirc is actively involved in the design of the clinical guidelines as well as the accreditation standards for establishments for dialysis and transplantation.

Key words:

Chronic kidney disease, health coverage systems

Panorama de la cobertura de la salud a nivel nacional

Apartir de la reforma al artículo 4º constitucional aprobada por el H. Congreso de la Unión, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2004,¹ de acuerdo a ley y reglamento vigentes,^{2,3} se norma el funcionamiento de una Comisión Nacional para la Protección Social en Salud (CNPSS), que se encarga de poner en marcha diversos planes para lograr que todos los mexicanos tengan acceso a servicios de salud de calidad y con calidez sin costo alguno. De tal modo que nadie tenga que pagar por prevención, promoción de la salud, atención médica o medicamentos a partir de su bolsillo.

Para cumplir con ese mandato fue creada la CNPSS, que desde entonces funciona como órgano descentralizado de

la Secretaría de Salud y su brazo operativo consta de dos programas principales: el Seguro Popular y el Seguro para la Nueva Generación, que a su vez funcionan mediante un catálogo universal de servicios (CAUSES).⁴

Hasta antes de esta reforma, 53% de los mexicanos, en ese entonces cerca de 60 millones de personas, tenía que pagar con recursos propios (de su bolsillo) por la atención médica de su salud; a esta población se le denominaba "abierta". Desde entonces son el centro de atención del proceso para la afiliación del Seguro Popular y del Seguro para la Nueva Generación. Hasta la fecha, estos seguros han dado acceso a más de 27 millones de mexicanos que se encontraban en ese sector abierto.⁵

El 47% restante de la población mexicana está cubierto para el pago de los gastos que genera la atención de su salud por alguna de las instituciones que forman parte del Consejo

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Juan Alfredo Tamayo-Orozco. Av. Insurgentes Sur No. 299 PH, Col. Condesa, Del. Cuauhtémoc, 06100 México, D.F., México. Correo electrónico: jatamayo@salud.gob.mx

de Salubridad General de la Presidencia de la República;⁶ las más grandes a saber son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las Fuerzas Armadas, La Marina, los servicios médicos de PEMEX, los del Transporte Colectivo de la Ciudad de México, entre los públicos; y las instituciones de seguros especializados en salud (ISES), que cubren en diferentes formas el pago de los servicios médicos privados.

Dentro de la reforma mencionada se propuso como meta que para el año 2010 todos y cada uno de los mexicanos disfrutemos de un solo sistema universal de servicios de salud, de modo que la protección social a la salud esté totalmente garantizada sin desembolsos del erario personal para toda la población.

Éste es un reto muy grande en el que nos tocará participar a todos los profesionales de la salud como actores directamente involucrados en tal proceso de cambio.⁷

La cobertura del Seguro Popular y la del Seguro para la Nueva Generación se ejerce mediante un catálogo de servicios que incluye acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, conocido como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y se apoya para gastos mayores no considerados en el per cápita que cubren las intervenciones mencionadas, en un fondo federal para gastos catastróficos, que también se ejerce por la CNPSS.

En cada estado de la República se creó un Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), que funciona en coordinación con el gobierno de cada estado mediante la Organización Pública Descentralizada (OPD) y contrata los servicios que necesita para cumplir con CAUSES, utilizando como proveedor preferente la red de establecimientos de los Servicios o Secretaría de Salud de cada estado (SESA), mismos que se deben acreditar en el Sistema Integral De Calidad (SICalidad) de la Secretaría de Salud Federal. Donde no exista la infraestructura o los servicios en los SESA, el REPSS puede contratar a terceros acreditados, incluso particulares.

Hasta el momento de escribir esta presentación, en términos generales ésta es la forma como el Sector Salud ejerce la cobertura de los servicios de salud a la población, y cumple así con el mandato del H. Congreso de la Unión para hacer válido el derecho constitucional que el artículo 4º ahora nos otorga a todos los mexicanos.

La cobertura pública de la enfermedad renal crónica en México

En esencia se ejerce en las mismas redes o sistemas de atención mencionados para todo el sistema de cobertura, cada institución tiene sus comités de expertos y ha diseñado sus propios protocolos de atención, que difieren entre instituciones y hasta en aspectos fundamentales.

Por ello empezaremos por dar un panorama de cómo se hace la cobertura de la atención de la enfermedad renal crónica en el mundo, así como su impacto global, para posteriormente centrar nuestra atención en los programas

que están funcionando en México, así como los esfuerzos por desarrollar lo que pudiera ser una política pública de atención de la enfermedad renal crónica en nuestra nación.

Escenario e impacto mundial de la enfermedad renal crónica

Actualmente se informa que en países como Estados Unidos, Canadá, Europa y Japón, entre 8 y 11% de la población adulta tiene enfermedad renal crónica sin saberlo.⁷ Esta figura aplicada al escenario mexicano hace pensar en un impacto en cerca de 4.5 millones de adultos, que aparentemente son sanos pero tienen enfermedad renal crónica.

Por otro lado, la enfermedad renal complica el curso de enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las dislipidemias, que en México alcanzan en este momento proporciones epidémicas.

De ahí que en todo el mundo actualmente se exhorta a los sistemas de salud para desarrollar programas orientados a la detección oportuna de la enfermedad renal crónica, sobre todo en grupos vulnerados por las enfermedades citadas.

Detección oportuna de la enfermedad renal crónica y determinación de la reserva renal intacta y remanente (RRR)

Existen varias estrategias en el mundo para detectar de manera simple en la comunidad, es decir en el primer nivel de atención, la presencia de enfermedad renal en población abierta o en grupos de alto riesgo (con diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia o daño vascular sistémico); todas se fundamentan en la búsqueda intencionada de factores de riesgo y de albuminuria, proteinuria e incluso microalbuminuria en tres muestras de orina obtenidas al azar, de preferencia en días diferentes separados por lo menos una semana entre sí.

Existen recomendaciones de ratificar esta proteinuria con técnica de química clínica y en proporción a la creatinina de la misma muestra.⁸

Una vez detectada la presencia de enfermedad renal es importante definir la reserva renal remanente, lo que permite definir la etapa de deterioro en que se encuentra cada caso (Cuadro I). Para ello, en la actualidad se utilizan fórmulas que toman como base la creatinina del suero, la edad, sexo, peso

Cuadro I. Clasificación de la enfermedad renal crónica de acuerdo con la tasa de filtración glomerular

Etapa 1	>90 ml/minuto
Etapa 2	89 a 60 ml/ minuto
Etapa 3	59 a 30 ml/ minuto
Etapa 4	29 a 15 ml/ minuto
Etapa 5	<15 ml/ minuto

En general, las etapas 1 y 2 se pueden atender en el primer nivel de atención; la etapa 3 requiere atención por un especialista, preferentemente un nefrólogo; las etapas 4 y 5, de un tratamiento sustitutivo de la función renal. Am J Kidney Dis 2002;39:846-875.

y estatura, y se están validando otras que no dependen de la creatinina, ya que ésta se altera con el catabolismo muscular característico de la enfermedad renal crónica avanzada.⁸

La reserva es suficiente para mantener la homeostasis y, por ende la buena calidad de vida, hasta la etapa 3 temprana, es decir, hasta que el número de nefronas es de 45 % de la reserva original (100%). En estos casos una buena intervención puede rescatar a las nefronas semidañadas y conservar a las remanentes, lo que se refleja en frenar e incluso evitar que el caso llegue a etapas más avanzadas. Cuando la reserva renal remanente es insuficiente, requiere la participación de especialistas y finalmente diálisis en alguna de sus modalidades o trasplante renal.

Existen diversas guías de atención clínica sustentadas en la mejor evidencia científica y las mejores prácticas clínicas que se enfocan al manejo intensivo y eficiente de los padecimientos que se asocian o son causa de enfermedad renal progresiva crónica, con el objetivo de rescatar las nefronas semidañadas y conservar intactas las nefronas sanas.⁹⁻¹²

En algunos países del mundo, la aplicación de estas guías en las últimas décadas parece haber logrado que la llegada de nuevos casos a diálisis sea programada, informada y en equilibrio entre el número de casos que ingresan a estos programas con el número que lo abandona, sea por trasplante o muerte. En otras palabras, se ha contenido el crecimiento de estas poblaciones cuyo costo de atención alcanza dimensiones catastróficas.⁷

Escenario e impacto de la enfermedad renal crónica en México

Aproximadamente 47% de 103 mil pacientes con insuficiencia renal terminal está recibiendo tratamiento con diálisis o trasplante renal en el IMSS y el ISSSTE, otro 3% lo recibe de otras instituciones, incluida la medicina privada. Pocas compañías de seguros cubren el gasto de estos procedimientos y si lo hacen, es por un plazo finito.

En ninguna institución perteneciente al Consejo de Salubridad General se realiza sistematizadamente la detección oportuna de la enfermedad renal crónica ni se cuenta con programas de alto impacto para frenar sus repercusiones en el sistema nacional de salud, en particular los gastos asociados a la diálisis y el trasplante.

Tres grupos han informado datos referentes a la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica y solo uno ha incursionado en el diseño y validación de protocolos de atención eficientes, dirigidos a frenar el deterioro de la RRR y así retrasar e idealmente evitar la necesidad de diálisis y trasplante renal.⁹⁻¹¹

La Secretaría de Salud está diseñando un programa para el manejo integral de la enfermedad renal crónica, que consta de las siguientes estrategias y que llegado el momento pretende unificar este manejo para todo el sistema nacional de salud:

- Identificar los casos que tienen enfermedad renal crónica originada por diabetes, hipertensión arterial, dislipide-mia, obesidad y daño vascular en la comunidad donde

viven, en primer nivel de atención, con recursos del Seguro Popular.

- Definir la RRR y el estado de deterioro de estos casos en primer nivel de atención, con recursos del Seguro Popular.
- Aplicar un protocolo de atención sustentado en las mejores evidencias científicas y prácticas clínicas en todas las unidades de atención primaria de la salud, ligado al que seguirán las unidades más especializadas, aprovechando y mejorando los recursos del Seguro Popular.
- Aplicar un sistema de capacitación continua, mejora continua de la calidad de la atención y de eficiencia económica de la gestión.

Los académicos enfrentamos una gran oportunidad de incidir sistematizadamente en la solución de este importante reto a la salud. El Comité Permanente de Trabajo sobre Insuficiencia Renal Crónica (Competirc) participa activamente en las diferentes iniciativas de la Secretaría de Salud, del Consejo de Salubridad General y con la Comisión de Salud de las Cámaras del Congreso de la Unión.

Conclusiones

México cursa aceleradamente hacia un escenario más equitativo en la cobertura de la salud de todos sus ciudadanos. La CNPSS, a través del Seguro Popular y el Seguro para la Nueva Generación, incluye en su CAUSES suficientes recursos para la identificación oportuna de la enfermedad renal crónica, que se utilizarán de manera protocolizada en cuanto el grupo encargado de diseñar esta política pública logre la aprobación de las instancias correspondientes.

Solo así contaremos con un registro o censo nominal que aunado a un sistema de capacitación y asesoría en servicio, se ligará al Sistema Integral de Calidad, diseñado para asegurarla y mejorarlo, y para la eficiencia económica de la atención en todas sus redes.

Referencias

- Reforma al artículo 4º constitucional aprobada por el H. Congreso de la Unión. Diario Oficial de la Federación del 27 de febrero de 2004.
- Reforma a la Ley General de Salud. Diario oficial de la Federación del 19 de junio de 2007.
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación del 5 de abril de 2004.
- http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/red_prestadores/red_causes/red_causes_inicio.html
- <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/cobertura.html>
- Secretaría de Salud. Reglamento interior del Consejo de Salubridad General. (primera sección). Diario Oficial de la Federación del 30 de octubre de 2001.
- Levey AS, Atkins R, Coresh J, Cohen EP, Collins AJ, Eckardt KU, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives. A position statement from kidney disease improving global outcomes. *Kidney Int* 2007;72:247-259.
- National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002;39(suppl 1):S1-S266.
- Paniagua R, Ramos A, Fabián R, Lagunas J, Amato D. Chronic kidney disease and dialysis in Mexico. *Perit Dial Int* 2007;27:405-409.
- García-García G, Montelón-Ramos JF, García-Bejarano H, Gómez-Navarro B, Reyes IH, Lomeli AM, et al. Renal replacement therapy among disadvantaged populations in Mexico: A report from the Jalisco Dialysis and Transplant Registry (REDTJAL). *Kidney Int* 2005;97(suppl):S58-S61.

11. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, Rojas-Campos E, Barragán G, Alfaro G, et al. Detection of early nephropathy in Mexican patients with type 2 diabetes mellitus. *Kidney Int* 2005;68(suppl):S40-S45.
12. Keith D, Nicholls G, Guillion C. Longitudinal follow up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. *Arch Int Med* 2004;164:659-663.