

Información de contexto¹
Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC

En Colombia y en el mundo el VIH-sida y la Enfermedad Renal Crónica son considerados como problemas de salud pública por su rápido aumento, por los altos costos que implican y por el dramático efecto sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias, incluidas las repercusiones laborales

Se estima que en Colombia y en el mundo tanto el VIH- sida como la enfermedad crónica renal son patologías de crecimiento progresivo.

Estudios señalan que en Colombia el manejo del VIH/Sida ha comprometido en los últimos años 0,5% del gasto en salud del país y cerca de 1% del gasto en seguridad social en salud.² De igual forma, se calcula que el manejo de la ERC ha significado en los últimos años aproximadamente 2% del gasto en salud del país y 4% del gasto en seguridad social en salud.

Por eso el país se compromete en la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia para estas dos enfermedades y en el diseño de modelos de gestión que permitan a las instituciones prestadoras de los servicios de salud y a los equipos médicos implementar las practicas clínica sugeridas por las guías, hoy de obligatoria referencia, señalada por la resolución 3442 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA

Los reportes de incidencia y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia son muy escasos y apenas desde hace unos años se han comenzado a generar estadísticas confiables. Desde la implementación de la Ley 100 de 1993 y al mejorar enormemente la cobertura de las pacientes que requerían terapias de reemplazo renal la prevalencia ha aumentado de manera importante, pasando de 127 pacientes por millón de habitantes (ppm) en diciembre de 1993, a una prevalencia de 294.6 ppm a diciembre de 2004¹.

En el país, según el reporte de las EPS al Ministerio de la Protección Social, 11.239 personas del régimen contributivo reciben tratamiento de diálisis como consecuencia de la progresión de la ERC. Sin embargo, se considera que hay un subregistro en la información y que según las proyecciones de los últimos años, éstos podrían llegar a más de 16.000. El costo de atención en programas de diálisis alcanzó en el año 2004, 450.000 millones de pesos.

Sí en Colombia la ERC creciera al mismo ritmo que lo viene haciendo, según datos de la Asociación Colombiana de Nefrología, en 2010 esta cifra podría duplicarse y llegar a más de 28 mil personas, lo cual le costaría al país mas de 840 mil millones de pesos y significaría un incremento de 15% de los pacientes. Sin embargo, si las medidas de prevención aumentan y la enfermedad se detecta más temprano y los tratamientos se optimizan, situaciones a las cuales contribuye enormemente La GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL MODELO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ERC, el crecimiento podría tener otra tendencia y crecer sólo el 7 por ciento para 2010 y sus costos llegar a 499 millones.

Sí disminuye la tendencia de crecimiento de la enfermedad, aumenta la calidad de vida de los pacientes y bajan los costos de atención. Sí se mantiene la tendencia de crecimiento de la enfermedad, disminuye la calidad de vida de los pacientes y aumentan los costos de atención.

¹ Resumen preparado con información de la Asociación Colombiana de Nefrología y el Ministerio de la Protección Social y diversas fuentes citadas en la correspondiente referencia.

² Estudios de enfermedades de Alto Costo FEDESALUD y Cuentas Nacionales de Salud MPS Y DNP

En Colombia las principales causas de la ERC son la hipertensión arterial, 30%, y la diabetes mellitus tipo II, 30%. El mayor número de pacientes en diálisis se encuentra entre los 50 y los 59 años, le siguen el grupo de 60 a 69 años y el de 40 a 49. El 68% de los pacientes son menores de 60 años y el restante 32% mayor de 60 años.

Según los reportes de la Asociación Colombiana de Nefrología, uno de cada diez adultos en el mundo, incluyendo Colombia, tiene alguna enfermedad de daño renal y la tasa de crecimiento de los pacientes en terapia de sustitución (diálisis y trasplante) es del 15% anual en la última década.

En diciembre de 2004, el Consejo Nacional de Seguridad Social, CNSSS, autorizó incluir en el Plan Obligatorio de Salud la Eritropoyetina, un medicamento que se usa para el tratamiento de la anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis (en adultos y niños) o a diálisis peritoneal (en adultos). Es una hormona reguladora de la producción de glóbulos rojos en el organismo y gracias a su utilización se evitan las transfusiones de sangre.

En agosto de 2006 y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes con ERC, el CNSSS autorizó incluir en el POS los medicamentos: Clonidina Clorhidrato, Minoxidil, Losartan y el Clorhidrato de Sevelamer para los afiliados los regímenes contributivo y subsidiado. Adicionalmente, se incluyó para el régimen subsidiado, pues ya estaba en el contributivo, la micro albuminuria, un importante examen de diagnóstico para enfermedad renal. También el trasplante de riñón y la terapia de Diálisis están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

**Evolución de pacientes
con falla renal terminal
(en diálisis)³**

Año	N. de pacientes	rata de crecimiento
1992	1.420	
1993	1.660	15%
1994	2.041	18%
1995	2.501	20%
1996	3.059	29%
1997	4.059	24%
1998	5.200	20%
1999	6.400	19%
2004	13.347 (dato a 31 dic/04)	
2005	14.949 (dato a 31 dic/05)	12%
2006	entre 16.100 y 16.400 aprox. no consolidado,	de 8 a 10%

Notas:

1. En países desarrollados el crecimiento es máximo del 6% por año.
2. Los anteriores son pacientes actualmente en diálisis se estima que además hay aproximadamente 3.000 – 3200 pacientes en control crónico de trasplante renal, para un gran total de por lo menos 19.300 pacientes con diálisis o trasplante renal. Es decir, en el estadio final de la falla renal 0.05% de la población, pero en los otros estadios, por lo menos 10% de la población.

³ Datos de la Asociación Colombiana de Nefrología

Datos de Latinoamérica

Se cree que en Latinoamérica la frecuencia de enfermedad renal debe ser similar para la región. Sin embargo, existe una amplia variación de la prevalencia en los distintos países, siendo las mayores en Puerto Rico con 976 pacientes por millón de habitantes (pmp) y Uruguay con 737 pmp. En Argentina, Brasil y Chile la prevalencia es mayor de 300 pmp, en México 263 pmp y países como Bolivia, Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay tienen una prevalencia menor de 100 pmp.

Al comparar con otros registros mundiales, se encuentra que la prevalencia en Latinoamérica es muy inferior. Las más significativas están en el Japón (1.624 pmp) y USA (1.131 pmp). La prevalencia de los pacientes de la Unión Europea está alrededor de 644 pmp, Australia tiene 386 pmp y Singapur 646 pmp.

¿Qué hacer?

En el caso de la ERC para mejorar la calidad de vida y la atención de los pacientes en los servicios de salud, es preciso implementar programas de prevención primaria y secundaria, especialmente el tratamiento estricto de la diabetes y la hipertensión, definir y aplicar medidas de protección renal, diagnosticar tempranamente la ERC para retardar la entrada a diálisis con el tratamiento adecuado y cuando finalmente se llegue a fase de sustitución renal, optimizar este tratamiento y disminuir por tanto los costos de hospitalización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad.

EL VIH-SIDA EN COLOMBIA

Desde 1995 y hasta diciembre de 2002 la mortalidad por VIH/SIDA ascendió a 13.195 fallecimientos en todo el país. La distribución por sexo correspondió a 2.080 (16%) mujeres, y 11.115 hombres (84%).

El peso de la mortalidad por VIH dentro de todas las enfermedades infecciosas, pasó de 20% al 28%. De mantenerse esa tendencia, para el 2010 Colombia podría estar reportando anualmente entre 3.600 y 4.800 muertes por VIH al año, y esta causa representaría entre 40 y 50% de todas las muertes por enfermedades infecciosas.⁴ Aunque las cifras del Sistema no garantizan registros exactos sobre grupos de asegurados y no asegurados, alrededor de 45.790 personas se encuentran diagnosticadas y actualmente viviendo con VIH/SIDA.⁵

Entre 1983 y 2005 se notificaron en Colombia 45.790⁶ casos de VIH/SIDA. Para el año 2002 se notificaron 4.670 casos de VIH/SIDA (el mayor número) lo que da una tasa 10 casos por 100.000 habitantes para este año. La tendencia de la notificación ha sido ascendente desde 1986, con algunos picos importantes en 1994 - 1995 y 2001 - 2002.

De acuerdo con estos datos, la notificación en los últimos 7 años ha crecido a un ritmo de 0,45 por 100.000 personas por año y en números absolutos ha aumentado entre 250 y 300 casos por año. Es decir para el 2010, Colombia debería estar notificando entre 7.000 y 8.000 casos de VIH/SIDA y podrían haberse acumulado entre 80.000 y 110.000 casos.

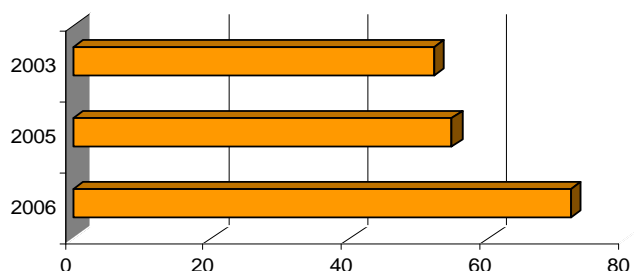
Colombia señala como un importante avance en la lucha contra esta enfermedad 20% de casos evitados en la transmisión de VIH madre e hijo para el periodo 2003 – 2006.

⁴ Estudio Nacional de Salud, MPS: INS. Universidad Nacional. 2004 (documento sin publicar)

⁵ Instituto Nacional de Salud. Tablas de consulta de datos estadísticos VIH/SIDA a 31 de diciembre de 2005

⁶ Los datos de la serie 2003 - 2005 son aún parciales, así que la cifra total de casos puede ser superior.

Cobertura de tratamiento antiretroviral en Colombia



Fuente: SIDANAL/ MPS/ INS/ Resultados Estudios Centinela VIH

Datos de Latinoamérica

Para el 2001 la tasa de incidencia de SIDA de Colombia por millón de habitantes (9.0) estaba por debajo del promedio para el Área Andina (16.2) aunque solo dos países Ecuador y Perú presentaban tasas mayores (25.2 y 38.5 respectivamente). Bolivia presentaba una tasa muy similar a la de Colombia (8.6) mientras que la de Venezuela era muy inferior (2.7). Brasil reportó para el mismo periodo una tasa de SIDA de 122 por millón la cual era 13 veces superior a la de Colombia.⁷

¿Qué hacer?

Frente a esta situación, y no sólo sobre la base de las implicaciones económicas, sino frente a la calidad de vida y de la atención en los servicios de salud, se plantea la necesidad de realizar mayores esfuerzos por contener la epidemia, a través de estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva, prevenir la transmisión a través del uso de preservativos y trabajar con grupos de mayor vulnerabilidad, así como el diagnóstico temprano. Esta última estrategia, junto con el tratamiento integral del VIH, logrará disminuir la progresión del VIH al SIDA y la aparición de resistencias a la terapia antirretroviral - TAR. Por tanto los costos de hospitalización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad no deben incrementarse aun cuando aumente el número de pacientes diagnosticados con VIH. A todo lo anterior contribuyen de manera significativa la Guía de manejo y modelo de gestión de VIH-sida.

LOS MODELOS DE GESTIÓN PARA VIH-SIDA Y ERC

Los modelos de atención son mapas de navegación de las intervenciones en salud pública, gestión y atención clínica frente a problemas de salud relevantes para una población, los cuales pretenden alcanzar el equilibrio entre el costo de los procedimientos, la protección de los pacientes y la viabilidad financiera, jurídica y cultural. Los modelos de atención determinan los esquemas de relación entre las instituciones de salud, sus recursos humanos y los pacientes; permiten la adecuación tecnológica apropiada para el país de las actividades de prevención y la atención de la enfermedad contenidas en las guías de práctica clínica y permiten la organización planificada del tránsito de los pacientes por los niveles de complejidad del sistema de salud.

Con las guías y los modelos de atención es posible además determinar una línea de base para evaluación de los planes de beneficios y su pertinencia; generar indicadores de desempeño; establecer necesidades de recursos (físicos, humanos, monetarios, de tecnología) y estandarizar y mejorar la gestión clínica permitiendo disminución de costos.

⁷ Estudio Nacional de Salud, MPS: INS. Universidad Nacional. 2005 (documento sin publicar)

