

Aspectos ético-sociales del tratamiento de la enfermedad renal crónica

Una reflexión en el tiempo

Carlos A. López-Viñas · Bogotá

Las enfermedades avanzadas del riñón constituyen un importante problema médico y económico de salud pública en todo el mundo debido a sus características de afectar a todos los grupos de la sociedad, en mayor proporción a la población dentro de las edades productivas de la vida.

No sólo conllevan un deterioro físico, psíquico y social del paciente, sino que también afectan directamente a la familia con repercusiones importantes en las áreas social y económica al generar un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo, y ser causa de un gran número de muertes.

El aporte de los conocimientos epidemiológicos en el contexto de estas enfermedades ha permitido estimar la magnitud de un fenómeno que como la enfermedad renal crónica (ERC) tiene repercusión social ascendente propiciando que se planteen y busquen nuevas estrategias y enfoques de atención médica capaces de enfrentar con mayores posibilidades de éxito dicho problema.

El abordaje de los aspectos ético-sociales de una condición médica como lo es la ERC está enmarcado, obligatoriamente dentro de la estructura sociocultural, sanitaria y económica del país aunque no son suficientemente conocidas la frecuencia y la distribución de la entidad y por lo tanto se subestima el impacto que tiene sobre las personas y la sociedad.

Cada día se afectan más individuos por varios tipos de factores que incluyen aspectos genéticos, infecciones y condiciones socioeconómicas y demográficas propios de los países en vías de desarrollo, que si bien varían de uno a otro país incluyen, entre otros, glomerulopatías primarias y secundarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus.

Igualmente se han identificado factores de riesgo individuales asociados con su aparición y progreso comunes a muchas de ellas.

Varias causas interrelacionadas explican este cambio: el crecimiento demográfico, el incremento de la población adulta y envejeciente: 5 a 8% por año en promedio, aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas propias en estos grupos de edad, la rápida urbanización e industrialización, los cambios en los estilos de vida y el mayor acceso a los servicios.

De otro lado, las condiciones de salud medidas por la tendencia de la mortalidad siguen mejorando en el conjunto de la región de las Américas, pero las brechas entre países y

entre grupos poblacionales definidos por ubicación geográfica, género, ingresos, educación o etnia son constantes y tienden a aumentar como lo expresa la Organización Panamericana de la Salud en su publicación sobre orientaciones estratégicas y programáticas 1999-2002.

También las consideraciones económicas han tenido un profundo impacto sobre la población de pacientes con ERC terminal.

Los costos de la ERC se han incrementado en forma vertiginosa desde su implementación y la financiación para los pacientes presenta problemas que no se encuentran con la mayoría de otras enfermedades; aun cuando la ERC no es la única catastróficamente costosa, la carga económica para el paciente, su familia y la institución continúa en mayor o menor grado por el resto de la vida del paciente.

En los Estados Unidos antes de 1972 la Administración de Veteranos o los seguros privados sufragaban la diálisis. Los recursos para los pacientes que no tenían los beneficios de estas instituciones eran escasos y por esto, muchos morían por complicaciones de la falla renal.

Después de 1972, el Congreso Americano mediante enmienda constitucional permitió que la diálisis y los trasplantes fueran cubiertos por el Medicare, lo cual significó que en los siguientes diez años el número de tales pacientes aumentara dramáticamente de cerca de 10.000 a más de 80.000. Esta tendencia persiste en la actualidad y hoy en día hay más de 300.000 pacientes con ERC en tratamientos sustitutivos de diálisis con costos que superan los 16 billones de dólares anuales.

En Colombia la financiación para los pacientes con enfermedad renal terminal corría por cuenta de ellos mismos y algunas instituciones nacionales de salud; los costos estaban por encima del que la mayoría de la gente podía asumir y finalmente, a partir de la Ley 100 de 1993 que define los Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y entre ellos los procedimientos relacionados con las enfermedades de alto costo, los pacientes y los centros han tenido que apoyarse en las entidades de la seguridad social que brindan este tipo de atención en salud en el país.

Dr. Carlos A. López-Viñas: Profesor Facultad de Medicina, Investigador Asociado, Instituto de Virología, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C.

Se ha estimado que el país está pagando más de 350.000 millones de pesos al año, más de 1.500 millones USE), por los tratamientos de ocho mil de estos pacientes, cifra que habla por sí sola.

Las restricciones relacionadas con la edad y condiciones comórbidas fueron eliminadas y hoy en día cualquier paciente con ERC puede ser tratado.

Sin embargo, aunque muchas vidas se han prolongado por la terapia sustitutiva, la inclusión de pacientes de edad avanzada y de aquellos con condiciones comórbidas importantes, particularmente diabetes mellitus, han tenido probablemente un impacto negativo sobre los éxitos observados en la población total en diálisis.

Con el nuevo panorama que se vive en la región con la presencia de grupos oligopólicos que han producido una modificación en la contratación y los valores de los tratamientos, las consideraciones económicas han tenido un profundo impacto sobre la población de pacientes con ERC y se ha planteado una creciente preocupación acerca del empleo desproporcionado de los recursos del cuidado de la salud limitado a un grupo de enfermos.

Nos hemos detenido a considerar los aspectos económicos, la transición en los servicios de salud y la magnitud del problema porque es fundamental a la discusión de sus implicaciones de orden ético y social.

El gasto exorbitante de los programas impone un estrecho examen del problema y por otro lado los recursos económicos restringidos, obliga a los gobiernos y las sociedades a establecer criterios de acceso y exclusión a los servicios de diálisis y trasplante.

El conocimiento de nuestra realidad y de nuestras dificultades, es imprescindible para formular políticas de cambio que permitan establecer programas de tratamiento que superen las dificultades que enfrentan nuestros países y una razón para procurar que estos programas sean más eficaces y económicos.

Lo anterior nos obliga a ser altamente selectivos al admitir pacientes en estos programas de sustitución ya que simplemente no se puede dar la espalda a un problema de salud pública de hondas repercusiones humanas, sociales y económicas con el argumento del alto costo relativo al rendimiento obtenido.

Esto quiere decir que se necesitará tomar algunas medidas para resolver los problemas sociales, emocionales y financieros que invariablemente se presentan.

En este proceso se deben tomar en cuenta los principios éticos de la distribución equitativa, el beneficio de la mayoría, la disponibilidad de recursos y el de no discriminar por género, raza, religión, política, escala social o económica.

Tenemos que aceptar que los recursos económicos necesarios para ofrecer tratamiento de diálisis y trasplante a todo paciente que lo necesite no existen ni existirán en nuestro país.

Lo que no podemos aceptar es cruzarnos de brazos mientras mueren pacientes con enfermedad renal cada día por falta de tratamiento.

En efecto, un número importante de pacientes con insuficiencia renal extrema fallece anualmente sin tener acceso a tratamientos sustitutivos y en Colombia podría significar alrededor de 4.850 pacientes al año que no están siendo atendidos.

Es un imperativo moral de la comunidad crear los mecanismos necesarios para evaluar la realidad nefrológica en nuestra región, luego de conocer el estado de los servicios renales del país, debemos ofrecer un sistema justo de diálisis y trasplante a la población.

Se ofrecen respuestas para decidir quién vive y quién muere en una sociedad y cuáles deberían ser los criterios de selección.

Quién decide y cómo decide, son grandes interrogantes a los cuales nuestra sociedad tiene que enfrentarse.

Se deben establecer criterios de selección y de exclusión a los programas de terapia sustitutiva para los pacientes con enfermedad renal avanzada basados en los principios éticos señalados.

La gran pregunta es quién debe establecer estos criterios si es la sociedad, los órganos legislativos del Estado, la comunidad nefrológica, los planes de seguro médico o los grupos multinacionales que brindan terapia de reemplazo renal.

Esta situación nos está llevando a ese maniqueísmo porque quienes deben tomar y resolver estos problemas no lo hacen, somos los médicos los pequeños dioses maniqueos quienes debemos decidir quiénes viven y quiénes mueren.

El problema no es solamente afectivo, médico, científico, sino también de tipo político, lo cual significa que si un país financieramente puede permitirse hacer sobrevivir a los pacientes con insuficiencia renal, debe hacer los programas de diálisis y trasplantes; si un país no puede o no debe hacer estos programas porque tiene otras prioridades, entonces estos programas son discutibles en estas circunstancias.

Las normas y regulaciones que gobiernan la atención médica no tienen políticas suficientemente flexibles para enfrentar procedimientos de tal naturaleza.

Se deben establecer comités de bioética que aclaren y ayuden a la toma de decisiones para limitar el acceso a diálisis y trasplante y que puedan consultarse cuando se considere descontinuar a pacientes de diálisis ya sea por petición propia del paciente o que el médico cuestione la utilidad de los tratamientos.

Es mandatoria la participación activa de los pacientes de diálisis y trasplante en cualquier proceso que intente restringir opciones.

Se impone un cambio de estrategia, romper con el enfoque biomédico de la salud y adoptar uno biopsicosocial en el marco de promoción de la salud, integrando al individuo y la comunidad desde un concepto positivo de la misma.

A su vez, integrar el modelo biomédico al biopsicosocial y ambiental de la salud como una estrategia indispensable para reducir la incidencia de las enfermedades renales.

Se llega a la conclusión de que se necesita desarrollar activamente nuestros programas de salud -*promoción y prevención*- función básica para lograr prevenir la enfermedad y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad con diagnósticos tempranos con el fin de poder ofrecer soluciones acordes con la realidad del problema en el país.

Incluye prevención *primaria, secundaria y terciaria* y se integra a la promoción de la salud desde una concepción holística: establecer un enfoque integral de intervención, extender el conocimiento sobre prevención y articular acciones con las dinámicas internacionales.

El conocimiento de la etiología, los indicadores y los factores de riesgo de la insuficiencia renal crónica tiene mucha importancia por cuanto varias de las causas son potencialmente tratables y reversibles y en el peor de los casos si el paciente llega a la etapa terminal y requiere terapia de sustitución, esté preparado y su familia más consciente de la patología y de sus riesgos.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de entidades como las enfermedades glomerulares, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial que se revelan como las más frecuentemente responsables del desarrollo de la nefropatía crónica, deben ser los elementos necesariamente considerados en cualquier programa de prevención para evitar la insuficiencia renal crónica en un número crecido de pacientes o para detener el proceso de deterioro funcional del riñón y si esto no es posible, retardar al menos la progresión de la falla renal.

Evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se saben contribuyen a elevar el riesgo de enfermedades.

Cualquier intervención que se haga en estos pacientes antes que desarrollen la etapa terminal, es costo efectiva, porque es barata.

Se debe dedicar especial atención a la prevención de las enfermedades renales crónicas en el niño, promoviendo una buena salud a la madre durante el período de gestación y posteriormente al niño en la detección temprana de signos o síntomas que sugieren una enfermedad renal, determinación del patrón de crecimiento y desarrollo, seguimiento de anomalías externas y toma de la presión arterial.

Estudios con niños en edad escolar señalan la importancia de efectuar intervenciones en edades tempranas y muestran resultados satisfactorios en cuanto a disminución de factores de riesgo.

El estado actual y el proyectado crecimiento de la enfermedad renal en estado terminal ha motivado la discusión

sobre los esfuerzos para promover la reducción de la frecuencia de la falla renal concentrando los esfuerzos en los pacientes con insuficiencia renal crónica en el período anterior a la diálisis o el trasplante.

No hacer significa ser conspiradores del silencio y perpetuar la injusticia a la que son sometidos los pacientes con ERC en estado terminal.

Estos aspectos y muchos otros ante los cuales no alcanzamos a detenernos, que muestran a la ciencia como aparente instrumento de injusticia social, sin equilibrio moral y en veces con desajustes humanísticos en otras, son los que hacen que puedan considerarse a sus autores o a sus beneficiarios iniciales como elitistas; y tal parece que el destino de esa ciencia sea el servir primero a unos pocos para más tarde extender sus beneficios a toda la humanidad que atónita al principio había protestado.

Siempre estarán sobre el tapete las discusiones sobre estos aspectos éticos y sociales que para las mentes pragmáticas parecieran no significar gran cosa.

"Somos conscientes de nuestros males pero nos hemos desgastado luchando contra los síntomas mientras las causas se eternizan "

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Bibliografía

1. **Borrero J.** Organización Panamericana de la Salud. Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis y trasplante. Primera Conferencia de Consenso. Washington D.C. 1989. Publicación científica 520. p. 69-107.
2. **Burgos R.** Hacia una nueva Nefrología Latinoamericana. En: La Nefrología Latinoamericana. Estado Actual. Pautas por su desarrollo. Talleres gráficos Santa Fe S.A. Buenos Aires 1999.
3. **Burgos R.** La ética y la economía de la diálisis. XII Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión. San José Costa Rica 2002.
4. **Buzzi F, Cecioni R, Di Paolo M.** National Task Force for Bioethics in Nephrology. Bioethics in Nephrology: Guidelines for decision-making in Italy. *Journal of Nephrology* 2001; **14**: 93-97.
5. **Cieza Zevallos J.** Insuficiencia Renal Crónica. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Departamento de Medicina. *Nefrología* 2001; 05
6. **Challú A, Burgos R, Massari, et al.** Declaración de Buenos Aires: "Por un nuevo modelo de salud renal en América Latina y el Caribe". *Nefrología Latinoamericana* 1997; 4.
7. **López-Viñas C.** "La Enfermedad Renal Crónica" Segundo Premio Nacional de Medicina del Seguro de vida. Primera Edición 1987 Arte Editores.
8. **Lopez-Viñas C, Rodríguez J, Uribe J.** Enfermedad Renal Crónica en el Instituto de Seguros Sociales. Análisis demográfico y factores pronósticos. Universidad El Bosque. División de Investigaciones 1990.
9. **Mazzuchi N.** Registro Latinoamericano de Diálisis y trasplante renal. Presente y Futuro. *Nefrología Latinoamericana* 2000; 7.
10. **Pardo R, Piñeros M.** "El costo social de las enfermedades crónicas" UN Periódico, Bogotá D.C. No. 31, febrero 17 de 2002.