

Evaluación de un programa de protección renal de una aseguradora en salud colombiana, estudio de caso. Colombia 2004-2008.

Por **médico Carlos Enrique Yepes Delgado**

Médico de la Universidad de Antioquia (Colombia)

Especialista en Administración

Magíster en Salud Pública

Candidato a Doctor en Epidemiología

Objetivos:

Evaluar el programa de protección renal (PPR) de una aseguradora en salud colombiana, en el manejo de pacientes con ERC, desde Junio de 2004 hasta Junio de 2008. Específicamente se buscó: Describir el comportamiento epidemiológico de variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en la investigación al momento del diagnóstico de ERC. Establecer si la exposición al PPR se asocia a un mejoramiento en indicadores clínicos, de laboratorio y de deterioro renal durante los cuatro años de seguimiento. Establecer si la participación durante un año en el PPR se asocia a un mejoramiento en la percepción de calidad de vida relacionada con salud. Estimar la relación costo-utilidad del PPR a un año desde una perspectiva social. Describir los significados que los pacientes confieren al PPR y a la ERC.

Métodos: Investigación evaluativa basada en un estudio de caso, en el cual se comparó dos alternativas de prevención secundaria en pacientes con ERC del país, un programa de protección renal (PPR) contra el tratamiento convencional (TC); dando cuenta de sus aspectos más relevantes con base en los objetivos del estudio, e integrando diferentes técnicas de análisis, así: Un diseño analítico de cohorte para lograr los objetivos 1 y 2, un análisis longitudinal para el objetivo 3, una evaluación económica completa de costo utilidad para lograr el objetivo 4, y un análisis cualitativo desde una perspectiva epistemológica hermenéutica para el objetivo 5.

Resultados:

Abordaje epidemiológico:

Se verificó que no hubo censuras informativas, de ahí que los pacientes que fueron analizados en la cohorte representan a los censurados. Las poblaciones de los dos grupos de base fueron comparables, y los parámetros donde hubo diferencias de entrada, se tuvieron en cuenta y se ajustó por ellos en el análisis.

El PPR capta las personas a menor edad (mediana: 66 años) y en estadios más tempranos (1 y 2: 30%). En promedio los pacientes del PPR asistieron a un mayor número de citas.

El PPR realiza un mayor control a los marcadores clínicos. Existe mayor riesgo de estar expuesto a nefrotóxicos en TC que en PPR tanto al inicio como al final del seguimiento.

Existe mayor riesgo de no recibir nefroprotectores en TC que en PPR tanto al inicio como al final del seguimiento.

El tiempo total de seguimiento fue de 49 meses. El PPR logra mayor retardo en tiempo del diagnóstico a: primer progreso, primera hospitalización, requerimiento de TRR y muerte. Existen más progresos iniciales en PPR, por tener mayor proporción de pacientes en los primeros estadios. Hubo menor afectación de la tasa de filtración glomerular en el PPR al diagnóstico, al primer y al último cambio de estadio.

La prevalencia de ERC fue significativamente mayor en TC y la incidencia durante el 2007 casi duplicó la del PPR. Existe mayor tasa de incidencia de requerir TRR y muerte en TC que en PPR.

El riesgo de tener marcadores clínicos no controlados al final del seguimiento, ajustados por los valores al inicio y por otras covariables de la persona fue mayor en TC para: PAS, Glicemia en ayunas, Hemoglobina glicosilada y Potasio. El riesgo de tener marcadores clínicos no controlados fue mayor en PPR para Colesterol Total. No hubo diferencia en Albúmina, Calcio y Hemoglobina Sérica.

El riesgo de recibir nefrotóxicos al cierre del estudio entre los expuestos a TC fue mayor respecto de los expuestos al PPR, ajustado por haberlos recibido al diagnóstico y por el PS (edad, sexo, estado civil, HTA, DM y DLP). El riesgo de no recibir nefroprotectores al cierre del estudio entre los expuestos a TC fue mayor respecto de los expuestos al PPR, ajustado por no haberlos recibido al diagnóstico y por el PS.

Existe mayor supervivencia en PPR y en estadios tempranos. No existe diferencia en la media de supervivencia entre los pacientes del PPR con diagnóstico antes del ingreso a PPR y los de diagnóstico igual al PPR. Pero si comparamos a los anteriores con los pacientes del TC o los que tuvieron diagnóstico después de ingresar al PPR, si existe diferencia significativa en ambos casos.

El riesgo instantáneo de progresar de estadio está influenciado por variables como el estadio, la edad, la HTA, la DM. El riesgo instantáneo crudo de requerir TRR fue mayor en TC, y al ajustar por estadio, edad, sexo, hipertensión, diabetes, dislipidemia y progreso, se observa que esas variables tienen más peso en el desenlace que la exposición al programa.

El riesgo instantáneo crudo de morir fue significativamente mayor en TC, sin que se cumpliera el supuesto de proporcionalidad, y al ajustar por el estadio y la edad de captación, se observó la influencia de estas variables, pues se logra cumplir el supuesto de proporcionalidad de riesgos.

El riesgo instantáneo de morir es mayor en TC que en PPR, ajustando por estadio, edad, sexo, HTA, DM, dislipidemia y la interacción DM-Estadio. Se observó que el sexo no marcó diferencia frente al desenlace, que el estadio y la edad continúan influyendo con fuerza sobre el riesgo instantáneo de morir, que la HTA y la dislipidemia se tornan extrañamente protectoras, que la DM es un factor de riesgo fuerte.

Entre los pacientes no diabéticos el riesgo instantáneo de morir es significativamente mayor en TC, en estadios 3,4 y 5, y para los que tienen 65 y más años. Ni el sexo ni la HTA son relevantes. La dislipidemia se torna protectora. El PPR influye positivamente sobre el riesgo instantáneo de morir en los no diabéticos.

Abordaje de calidad de vida:

Una segunda medición (SF-36), un año después, en el PPR solo la función física disminuyó significativamente ($p=0,038$), mientras que en el TC disminuyeron la función física ($p=0,027$), la salud general ($p=0,001$), la función social ($p=0,010$), la vitalidad ($p=0,009$) y la medida de salud mental ($p=0,044$). La ventaja comparativa del PPR mejora cuando se hacen ajustes de la calidad de vida por la medida inicial, el sexo y la edad. La calidad de vida estuvo más afectada en las mujeres que en los hombres, independiente de la intervención. Estar expuesto a las acciones de un programa de protección renal, influye positivamente sobre la calidad de vida de los pacientes. La captación temprana y el control interdisciplinario de los factores de riesgo, parecen influir de manera determinante en la calidad de vida tanto física como mental.

Abordaje de evaluación económica (análisis de costo utilidad):

Existe una disminución significativa en la media del puntaje de utilidad (SF-6D) entre las dos aplicaciones del SF-36, en PPR de 0,741 (DE: 0,16) a 0,711 (DE: 0,18) $p=0,042$ y en TC de 0,740 (DE: 0,15) a 0,699 (DE: 0,19) $p=0,013$, siendo mayor la disminución en TC. El PPR genera 1,79 QALYs más, con un costo incremental de 3781,4 dólares. El costo incremental por cada QALY adicional es de 2113 dólares. El PPR es una alternativa costo efectiva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC, comparada con el TC.

El análisis determinístico de una vía mostró que la razón de costo efectividad incremental, es muy poco sensible a los cambios en la tasa de descuento en los costos y en las utilidades (0%: 1954 dólares/QALY; 5%: 2192 dólares/QALY). El análisis de sensibilidad probabilístico muestra que en un 64,68% del total de las simulaciones el PPR es más efectivo y más costoso que el TC (cuadrante nor-este del plano de costo efectividad), y al interior de ellas, en un 65% el costo está por debajo del umbral de disponibilidad a pagar establecido. En un 26,4% del total de las simulaciones el PPR es una alternativa dominante (cuadrante sur-este del plano).

La curva de aceptabilidad muestra que ante una disposición a pagar de 1200 dólares en el 50% de los casos el PPR es costo efectivo, y si la disposición a pagar es mayor, la probabilidad de ser costo efectivo se incrementa.

Abordaje Hermenéutico:

Son varios los factores que hacen que en el contexto del sistema de salud colombiano, los pacientes se sientan partícipes de una especie de “lotería”, en la cual no todos “ganan” el acceso a servicios, que les permita enfrentar adecuada y dignamente su ERC. Algunos de esos factores se relacionan con el propio sistema de prestación de servicios (inaccesibilidad a servicios y desinformación acerca de la enfermedad y de los servicios ofrecidos), pero otros, quizás los más relevantes, hacen referencia a los grandes determinantes de la salud en términos de precarias condiciones de vida, con

bajos niveles de empleo y escaso soporte social, con insuficiente cobertura en aseguramiento, y con pobres ingresos económicos para enfrentar tan costosa problemática.

La ERC presenta ciertas características que la hacen adversa para los pacientes entre las cuales se destacan, la constante amenaza de muerte, tener que ingresar a un tratamiento de carácter restrictivo, además, de múltiples estresores de tipo fisiológico (como limitaciones en la alimentación y bebidas, fatiga, náuseas, etc.) y de tipo psicosocial (incertidumbre sobre el futuro, disminución de la vida social y en general, cambios potenciales en el estilo de vida, etc.), a los que están sujetos los pacientes.

Es por ello, que para algunos pacientes, la ERC sea una “enfermedad dormida”, la cual les ha permitido desarrollar una vida “aparentemente normal”, pero que al ser detectada, se convierte en una sentencia anticipada, aunque a veces, demasiado tardía de muerte. La comprensión que los pacientes hacen de la ERC, a partir de la propia vivencia y de la información que reciben es como una enfermedad silenciosa, traicionera y terminal. Hecho este, que deberá llamar la atención de quienes preocupados por la alta carga social que implica esta enfermedad, pretendamos desarrollar acciones preventivas para impactar la problemática, lo menos tarde posible, y evitar perder la oportunidad de actuar.

Las estrategias de afrontamiento desarrolladas por los pacientes con ERC, permiten una acomodación doble, del sujeto al entorno del programa y viceversa aunque en menor grado, que va determinando el comportamiento de ellos mismos, y de sus familias, o quienes ejercen la función de soporte social. Esto explica que las preocupaciones de los pacientes, dependiendo del grado de progreso en su deterioro renal, sean diferentes. Para los pacientes en pre diálisis les preocupa la progresión a estadios más avanzados y las posibles complicaciones. Los pacientes en diálisis, están esperanzados y a la vez desesperanzados, frente a la oportunidad de recibir un riñón en donación para su trasplante. Para los pacientes trasplantados, su expectativa se concentra en la posibilidad de que el órgano “nuevo” no sea rechazado por su cuerpo. Con todo ello, los pacientes con ERC han aprendido a “vivir con su enfermedad”, y van desarrollando cuidados en diferentes niveles (personal, familiar, laboral, social, institucional), y así tratan de evitar mayores complicaciones con el fin de “alargar su vida”.

Mientras no entendamos la importancia y las implicaciones de diferenciar “enfermedad” de “padecimiento”, y en consecuencia abordar desde ambas perspectivas en forma sinérgica el manejo de la ERC, será muy difícil integrar esfuerzos efectivos que logren el impacto deseado, ya que “enfermedad” tiene relación con las consecuencias de ser diagnosticado con ERC, así no implique necesariamente sentirse mal, mientras “padecimiento” apunta hacia el significado de la enfermedad en sí misma para la persona que la sufre.

ERC ha sido considerada una enfermedad intrusiva, pues se convierte en una parte permanente de la vida que requiere de una atención continua y oportuna. Los pacientes aprenden a interpretar los síntomas y a programar actividades en torno a la

enfermedad. En nuestro estudio, a diferencia de los demás, los pacientes no esperan volver a una vida totalmente normal. Charmaz (1991): enfermedades crónicas pueden ser experimentadas como una interrupción, la intrusión, o la inmersión.

Sensaciones como el miedo, sentimiento de amenaza, y la percepción del riesgo son motivaciones que dan origen a los mecanismos de adaptación, que naturalmente se convierten en un modo "de vida" y se expresan como la aceptación, renuncia, o por lo menos esperanza. Para los pacientes en prediálisis, las categorías son "El miedo a la diálisis y al trasplante" , " enfermedad mortal, y "Viviendo una vida normal". Para los pacientes en diálisis: "Resignación", "La diálisis como un" salvavidas, y "Pérdida" son las maneras en las que hacen frente a su enfermedad.

Pacientes con ERC en este estudio toman conciencia del PPR después de la aparición de los síntomas, o una vez que se diagnostica. Este reconocimiento tiene lugar cuando los pacientes comparten los objetivos del programa, que son la identificación temprana del riesgo, la prevención de complicaciones, y la prolongación de una vida normal, tratando de estabilizar sus condiciones de retrasar la necesidad de TRR.

Los pacientes reconocen que el PPR ofrece varias actividades en las que comparten la responsabilidad con el personal médico, y que la participación activa es muy importante a partir de las buenas indicaciones. En cuanto a compromiso, refieren que el cumplimiento de las recomendaciones médicas mejora a medida que pasa el tiempo. Las familias juegan un papel importante también, ya que a veces terminan asumiendo la responsabilidad de hacer cumplir las recomendaciones.

Los pacientes perciben el PPR como una intervención médica de calidad, cuyo personal está altamente cualificado, los trata con calor humano, lo que hace que se sientan satisfechos con la asistencia y experimentan mejoras en su salud

A pesar de que los pacientes valoran la información que reciben, algunos de ellos creen que es insuficiente, ya que no llega a todos los grupos de riesgo o de su entorno social inmediato. Esto se debe parcialmente al hecho de que la información sólo se ofrece dentro de la oficina del médico y los pacientes requieren que sea en otros espacios colectivos que les permitan intercambiar experiencias en un entorno en el que están más familiarizados con los demás.

ERC afecta la calidad de vida de los pacientes renales, incluso durante las primeras etapas de la enfermedad. Los pacientes reconocen que el PPR les ayuda a mejorar en este sentido. Además, la calidad de vida de la familia también mejora, porque confiar al paciente al PPR les permite vivir con menos ansiedad sin tener que preocuparse constantemente de la posibilidad de un evento adverso.

Se ha demostrado suficientemente que medidas tales como la consulta temprana con el nefrólogo, el uso de nefroprotectores, y el control de las comorbilidades retrasan los desenlaces de la ERC, tales como: la mortalidad, las enfermedades cardiovasculares, y la necesidad de TRR. Estas intervenciones se llevan a cabo por el PPR, que a su vez aumenta la confianza y la tranquilidad en los pacientes. Según la OMS, el cumplimiento de la consecución de un buen tratamiento también mejora la eficacia de las

intervenciones que promuevan estilos de vida saludables y las medidas farmacológicas que previenen riesgos.