



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**



**Enfermedad Renal Crónica:
Prioridad en la Salud pública,
Avances y Retos**

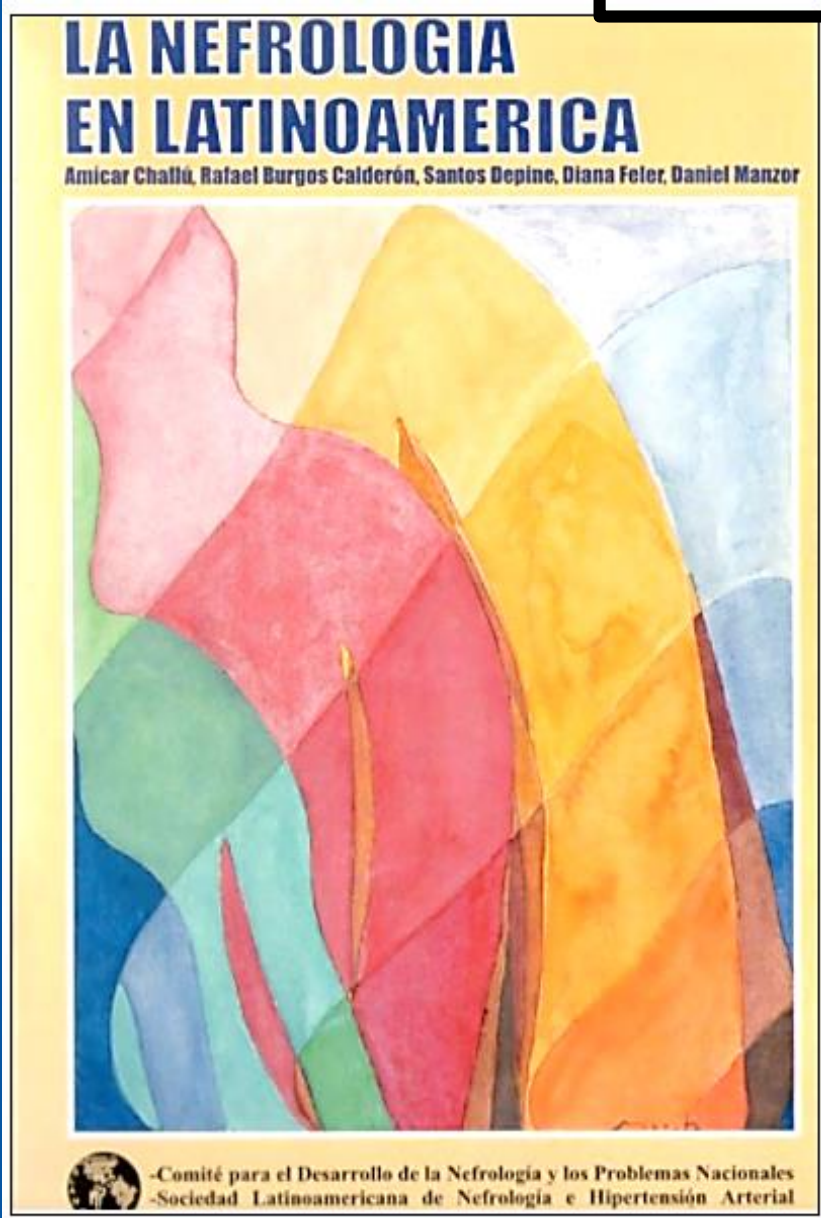
SALUD RENAL POBLACIONAL

**Un nuevo paradigma para el
manejo de la enfermedad renal
crónica.**

Santos Depine, MD, MPH, MCO, MCCO, PhD

¡... A modo de Introducción...!

Año 1999



Era necesario establecer un umbral de base, para comprender en esos años; **finis de la década de los 90's**, cual era la verdadera situación de la Nefrología y de los nefrólogos en la Región Latinoamericana y del Caribe.

Surgieron propuestas innovadoras para ese momento, **incorporando una nueva terminología, la de la salud renal**, en el marco de un desarrollo programático y como una herramienta de la salud pública.

La lectura de este libro, permite comprender, en la época actual, después de 20 años, lo arduo del trabajo emprendido y las dificultades que implica generar un cambio sustentable y sostenible en el campo de la salud, que **todavía no se ha podido establecer, a pesar de los esfuerzos realizados.**

Se mantiene una alta mortalidad de personas que no pueden acceder a los tratamientos y **un creciente numero de " años de vida perdidos por discapacidad"**.

¡El momento es hoy!

Factores que escapan al control individual:
Acceder a determinadas condiciones o derechos básicos que se enmarcan en los derechos humanos
(educación, agua potable y saneamiento, vivienda digna, trabajo seguro, seguridad, y otros determinantes).



Datos y proyecciones mundiales

2010: 2.6 millones

recibieron diálisis o Tx renal.

7.1 millones

murieron prematuramente sin D y/o Tx.

2030: 5.4 millones

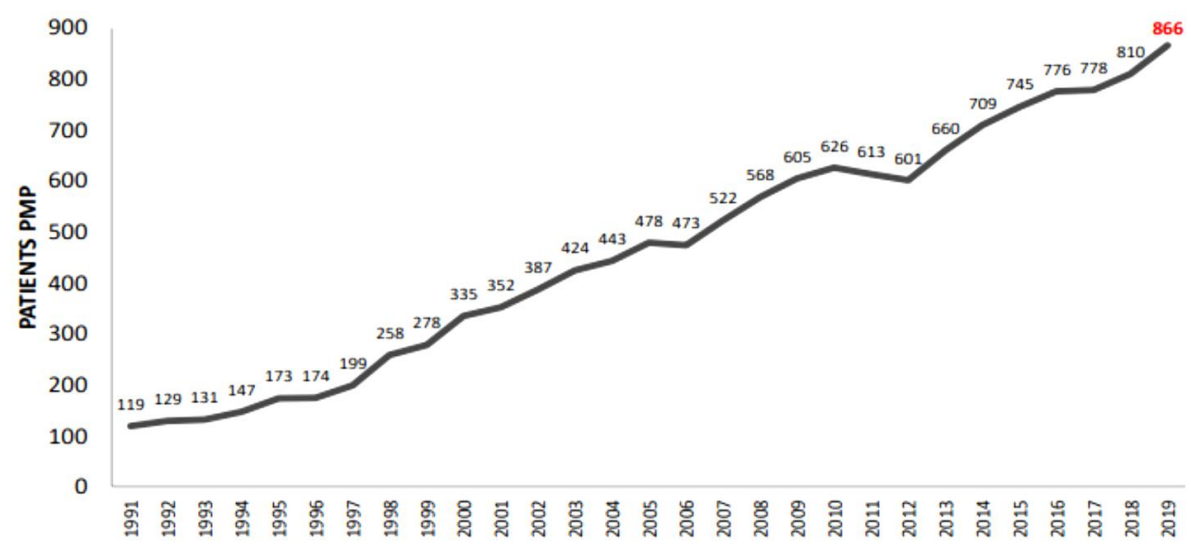
de personas en tratamiento.

El mayor crecimiento se espera en los países en desarrollo, en especial en Latinoamérica y el Caribe.

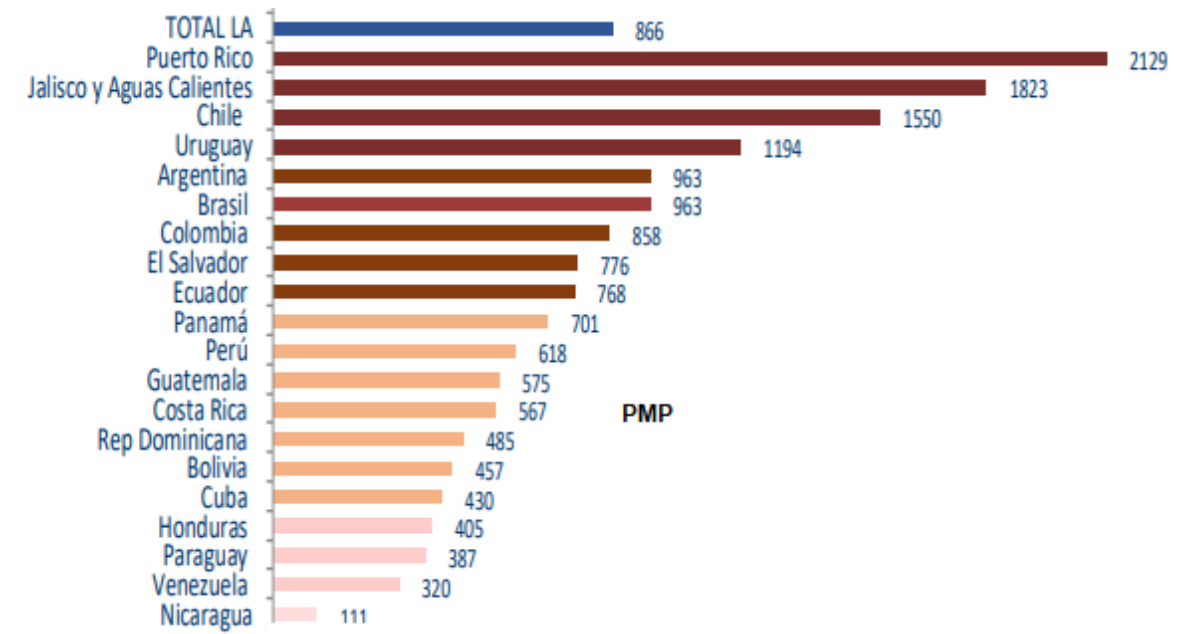
Desde 1990 a 2017:

La prevalencia global de ERC aumentó 29,3%

PREVALENCIA DE TRS EN LATINOAMERICA (1991 – 2019)

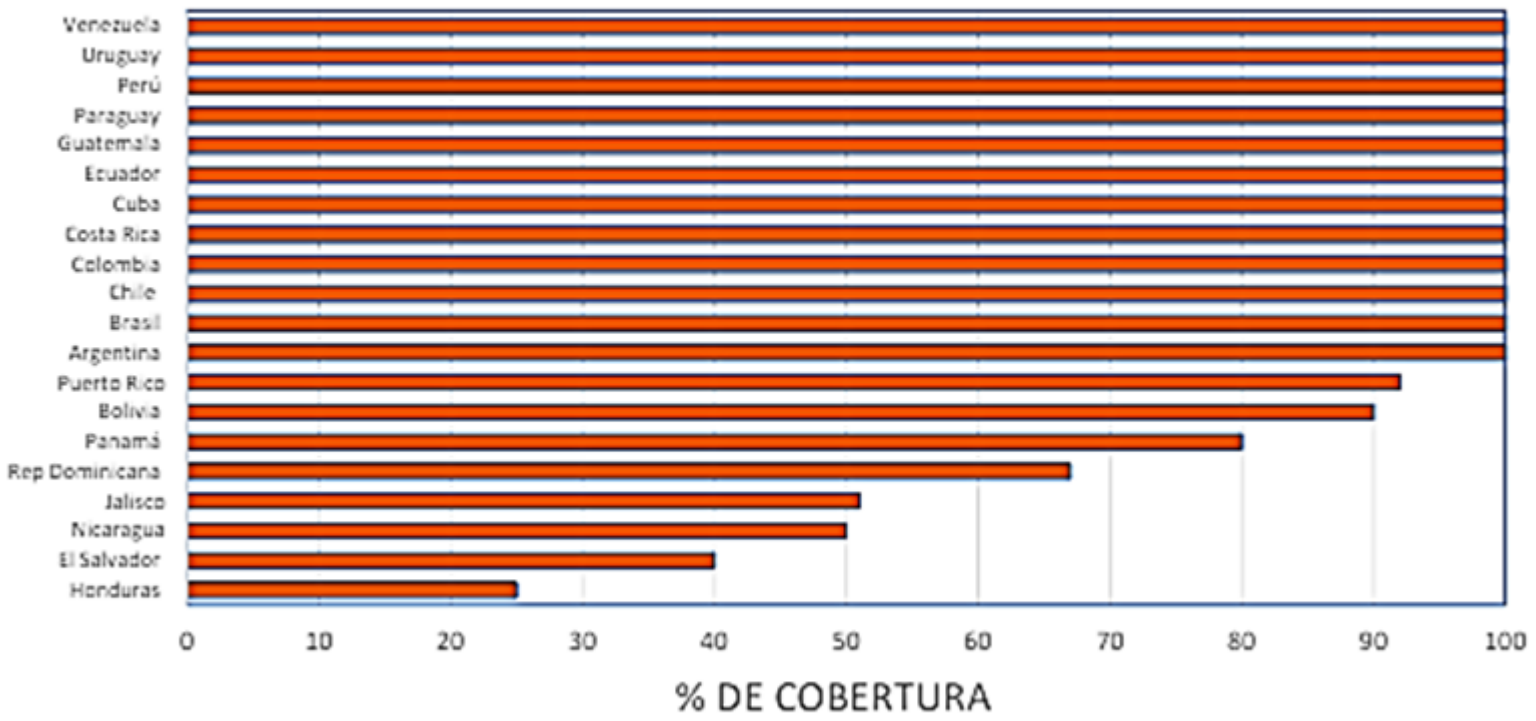


REGISTRO LATINOAMERICANO DE
DIALISIS Y TRASPLANTE RENAL



La disponibilidad de la terapia de reemplazo renal todavía es limitada en muchas regiones del mundo.

COBERTURA ASISTENCIAL EN LA POR PAISES AÑO 2019

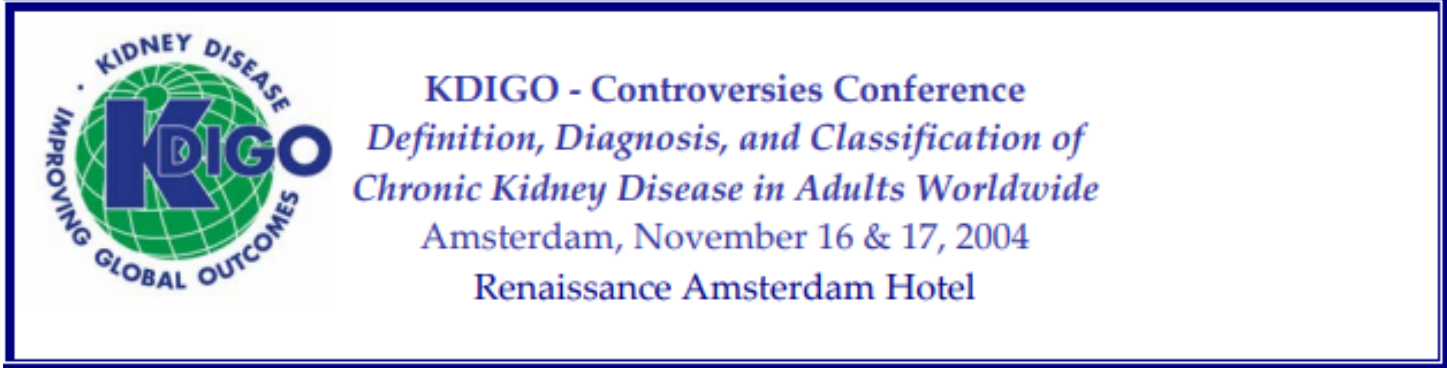


**¿Es real el
% de
cobertura
declamado?**

La ERC produjo la pérdida de 35.8 millones de AVAD en 2017, la mayoría en los quintiles del índice sociodemográfico (SDI) medio y medio-bajo.

Actividades y compromisos asumidos en los últimos 20 años.

Propuestas desde Latinoamérica: Nueva Clasificación y Programa de Salud Renal



MODIFICATION OF THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION CLASSIFICATION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE (PUERTO RICO CLASSIFICATION)
Rafael Burgos Calderón, M.D *, Santos Depine, M.D.**, Clarylee Octaviani, M.D.*

STAGES	BLOOD PRESSURE, mm Hg		Albuminuria
	Systolic	Diastolic	
Stage I GFR= > 90cc/min Kidney Damage with normal or increased GFR.	A. < 120	< 80	Level I < 30mg/24h
Stage II GFR= 60-89 cc/min MILD decreased in GFR	B. < 130	< 85	
Stage III GFR= 59-30cc/min Moderate Decrease in GFR	C. 130-139	85-89	Level II 30-300 mg/24h
Stage IV GFR= 29-15cc/min Severe Decrease in GFR	D. 140-159	90-99	Level III > 300 mg/24h
Stage V GFR= 15cc/min Kidney failure or dialysis	E. 160-179	100-109	
	F. ≥ 180	≥ 110	

Renal Health Program for Social Security in Argentina.
A public health sustainable and sustained structure
(Abstract)
Santos Depine, MD, MPH ^[1], Rafael Burgos Calderón, MD ^[2], Silvia Agati, MD ^[3], Mercedes Maronna ^[4]

This Renal Health Program in Argentina prompts a paradigm shift from disease to health and intends to systematically take action in the health process – disease – renal care. Planned and scheduled within a Logical Framework, it uses the NKF and Puerto Rico Classification and expands in the First Level of Attention. A cardiovascular, renal and endocrino-metabolic approach helps understand the permanent renal condition as a unifying factor of the vascular endothelial injury.



PUBLIC POLICY GROUP

Allan Collins – Group Co-Chair
Robert Atkins – Group Co-Chair

Sonjay Agarwal
Bruce Culleton
Santos Depine
Angel Del Francisco
Meguid El Nahas
Lawrence Hunsicker
Enyu Imai
Tazeen Jafar
Bertram Kasiske
Nathan Levin
Alison MacLeod

Seiichi Matsuo
Donal O'Donoghue
Miguel Riella
Giuseppe Remuzzi
Robert Schrier
Faissal Shaheen
Raymond Vanholder
Joseph Vassalotti
Haiyan Wang
David Warnock



KDIGO - Controversies Conference
Chronic Kidney Disease as a Global Public Health
Problem: Approaches and Initiatives
12-14 October, 2006
Renaissance Amsterdam, Amsterdam





Chronic Kidney Diseases as a Global Public Health Problem. Approaches and Initiatives

Amsterdam - 2006

CKD in Latin America

Emmanuel A. Burdmann



SLANH
Sociedad Latinoamericana
de Nefrología e Hipertensión

SLANH Renal Health Committee

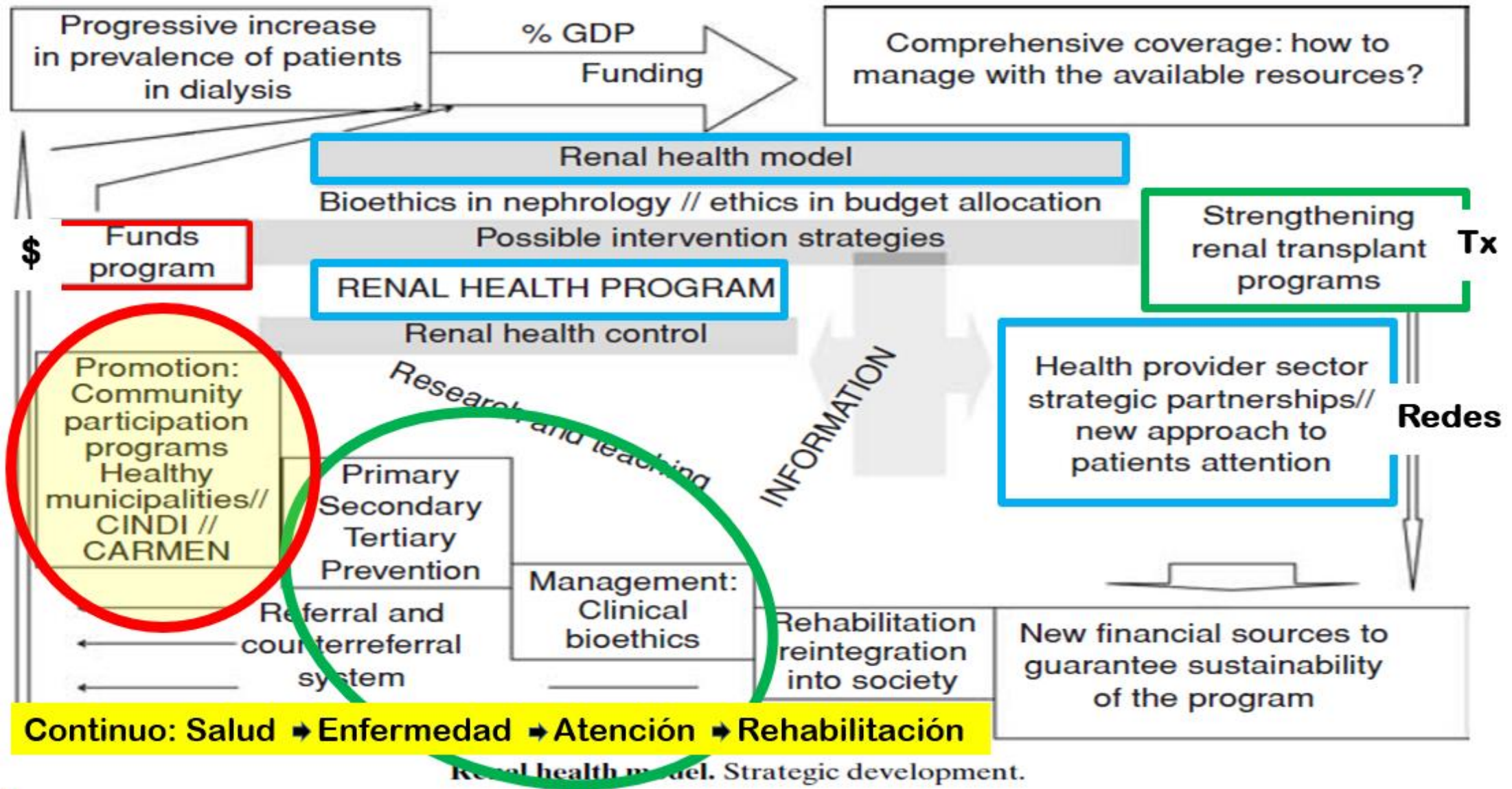
Sustainable and tenable renal health model: A Latin American proposal of classification, programming, and evaluation

RAFAEL BURGOS CALDERÓN and SANTOS DEPINE

Section of Nephrology, Department of Medicine, University of Puerto Rico, School of Medicine, San Juan, Puerto Rico; Special Program Administration, Ministry of Health, Buenos Aires, Argentina

Kidney International, Vol. 68, Supplement 97 (2005), pp. S23–S30

**Meetings hold in Chile, Argentina, Mexico,
Uruguay, Paraguay, Venezuela, Colombia,
Equator, Puerto Rico, Peru, Brazil**



ALGUNOS COMPROMISOS ASUMIDOS POR 18 PAÍSES EN LOS ÚLTIMOS 23 AÑOS			
Declaración de La Romana – “Diálisis Peritoneal, una Alternativa a la Epidemia de la Enfermedad Renal”. La Romana (Dominicana)	Agosto 2017	Carta de <u>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. Organização Pan-Americana de Saúde - Brasília (Brasil)</u>	Febrero 2006
Declaración de San Salvador. “Trasplante Renal, la alternativa terapéutica más económica”. San Salvador (El Salvador)	Agosto 2017	Carta de Intención de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)	Diciembre 2006
Declaración sobre los Derechos de los Pacientes Centroamericanos con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Antigua Guatemala (Guatemala)	Agosto 2013	Documento “Proyecto de Modelo de salud Renal – EsSalud” . Ministerio de Salud. Lima (Perú)	Septiembre 2005
Declaración de San Salvador. (El Salvador) “Abordaje integral de la enfermedad renal túbulo intersticial crónica de Centroamérica, que afecta predominantemente a las comunidades agrícolas. San Salvador (El Salvador)	Abril 2013	Declaración de Guayaquil (Ecuador)	Abril 2005
Declaración de Roatán “Definiendo un Plan de Salud Renal para Centroamérica y El Caribe”. Roatán (Honduras)	Marzo 2013	Declaración de Bogotá (Colombia)	Diciembre 2004
Resultados del primer Taller Nacional de Salud Renal. “Enfermedad Renal Crónica un problema de salud pública en El Salvador”. San Salvador (El Salvador)	Marzo 2010	Declaración de Montevideo (Uruguay)	Abril 2004
Declaración de Panamá (Panamá)	Agosto 2009	Declaración de Asunción (Paraguay)	Julio 2004
Declaración de Punta Cana (Dominicana)	Octubre 2008	Declaración de Caracas (Venezuela)	Julio 2004
Declaración de Guatemala “Plan de Acción”. (OPS/OMS), (CKHDP/COMGAN/ISN) (SLANH). Antigua Guatemala (Guatemala)	Abril 2008	Declaración de Buenos Aires (Argentina)	Abril 2003
Declaración de La Paz (Bolivia)	Mayo 2007	Declaración de Valdivia “Plan de acción para Latinoamérica y el Caribe”. Valdivia (Chile)	Diciembre 2002
Acuerdo para alcanzar la salud renal en México. Reunión Conjunta Jurica - Querétaro. (México)	Abril 2006	Comité de Salud Renal SLANH. Costa Rica. Aprobación Modelo	
		Declaración de Buenos Aires “Hacia un nuevo modelo de Salud Renal en América Latina y el Caribe” Buenos Aires (Argentina)	Agosto 1997
		Pronunciamiento de San Juan de Puerto Rico “Prevención de las enfermedades renales crónicas y la promoción de la Salud Renal” Se introduce por primera vez el concepto de Salud Renal. San Juan (Puerto Rico)	Agosto 1996

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 ACCION:

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.

Handwritten notes:
2-1-17
[Signature]

DECLARACION DE BOGOTA

En la ciudad de Bogotá se desarrolló 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 crearán 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.

FIRMAS

Dr. Alfredo Rueda
*Viceministro Encargado
Ministerio de Protección Social*

Dr. Alvaro García
*Presidente Asociación Colombiana
de Nefrología*

Dr. Rafael Burgos Calderón
*Coordinador subcomité de salud
Renal SLANH*

Dr. Santos Depine
*Secretario del Subcomité de salud
renal SLANH*

Dr. Patricio Wagner
*Presidente Comité de Vigilancia
Ética y Desontológico*

Dra. Soraya López
Secretaria de Salud de Cundinamarca

Dr. Mauricio Sanabria
Gerente Médico RTS Ltda.

Dr. Gonzalo Mejía
Jefe de grupo trasplantes-HSVP

Dr. Fernando Salgado
Industria Farmacéutica

Dr. Jorge Castellanos
*Universidad del Bosque
Asesor Ministerio de Protección Social*

Dr. Konniev Rodríguez
Relator

Dra. Adriana Robayo
Relatora

Dra. Natalia Malaver
Relatora

Dr. Carlos Lopez Viñas
Coordinador Local Taller Salud Renal

Dr. Rafael Rodríguez
Relator



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

La Paz, 21 de mayo del 2007
CITE MSD-UCP-BID-CN/ 429 /2007

Señor
Dr. Santos Depine
Asesor Temporero OPS/OMS
Presente.-

De mi mayor consideración:

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia a tiempo de agradecerle por el apoyo prestado durante la realización del “Taller de Prevención de las Enfermedades Renales” y posteriormente en la elaboración del “Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Renales CaCeREM” como asesor de la OPS/OMS, hacemos llegar a usted nuestro reconocimiento por el importante aporte realizado a favor de la salud boliviana.

Con este particular, reciba usted las consideraciones más distinguidas.


Dra. Nila Keredia Miranda
MINISTRA DE SALUD
Y DEPORTES

Cc Arch.
acp

No 0677.4



Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes a través de su Programa Nacional de Salud Renal, la Organización Mundial de la Salud, las distintas Sociedades Médico - Científicas e Instituciones de la Seguridad Social, bajo la dirección del Dr. Santos Depine Consultor de la OPS/OMS, elaboro el **Programa de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas**, producto de un trabajo y actividades sistematizadas, con plena participación de las áreas específicas del Ministerio de Salud y Deportes y una Comisión de Representantes Nacionales de las Organizaciones vinculadas a la problemática de las enfermedades renales, mismas que fueron convocadas mediante la Resolución Ministerial No. 0314 del 10 de mayo de 2007.



*Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida*

PUBLICACION
42

Serie: Documentos Técnico Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2008

22 MAY 2007



CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B

1ra Jornada
Vacunados:
9'253,917

2da Jornada
Vacunados:
8'035,475
PRELIMINAR

Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas
<http://www.minsa.gob.pe>

Portada Institucional Directorio Intranet Enlaces Mapa del Portal Contáctenos Buscar

- Despacho Ministerial
- Consejo Nacional de Salud
- Secretaría General
- Direcciones / Of. Generales
OPDs / Afines
- Estrategias Sanitarias
Nacionales
- Descentralización
- Transparencia y Acceso a
la información
- Defensoría en Salud
- Información Estadística
- Inversión en Salud
- Formación/Capacitación
- Convocatoria para
cubrir vacantes
- Consultas
- T U P A
- Accesibilidad

Inicio / ESN Enfermedades No Transmisibles / Salud Renal
[Ir Atrás](#)

ESN-Enfermedades No Transmisibles sábado, 11 de abril del 2009

SALUD RENAL

Descripción	Formato	Fecha
Prevención y Control de Enfermedad Renal en el Perú		11 - May
Prevención de Enfermedad Renal		21 - Abr
Diálisis y Transplantes en el Perú		21 - Abr
Modelo de Salud Renal		21 - Abr
Diagnóstico temprano en Insuficiencia Renal		21 - Abr
Insuficiencia Renal Crónica Terminal en el Perú		21 - Abr

■ **Histórico:**

- 13. Marzo del 2006, mediante sucesivas reuniones y conversaciones con el Comité nacional de Enfermedades No Transmisibles del MINSA, se logró incorporar el Tema de Salud Renal, como Problema de Salud Pública.

COMITÉ DE SALUD RENAL

- Fecha de Creación: 22 Marzo del 2007
- Integrantes (período 2007-2008):
 - Dr. Carlos Pereda Vejarano
 - CHD EsSalud
 - Dr. Augusto Saavedra López
 - Clínica Ricardo Palma

- Otras
- Obesidad
- Alimentación y
Actividad Física

DECLARACION 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 Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.

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, siendo 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.

Firman:

Dr. Jorge Patiño Salvador
SUBSECRETARIO REGIONAL DE SALUD COSTA E INSULAR

Dr. Rafael Burgos Calderón

Dr. Santos Depine

Dr. Julio Moscoso T.
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE NEFROLOGÍA

Dr. Nicolás Vivar
DIRECTOR GENERAL MÉDICO IESS
Dr. Henry Medrano

Dra. Margarita Rodríguez
COORDINADORA NACIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Dr. José Villacís Verdesoto
DIRECTOR GENERAL DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Daniel Gallegos González
SUBDIRECTOR REGIONAL DE ASEGURAMIENTO DEL IESS – GUAYAQUIL

Dr. Miguel Pasquel
INSTITUTO VIDA
Dr. Ángel Valencia Tellería
COORDINADOR SUBSEDE GUAYAQUIL
Dra. Dolores Palacios

JEFE DE NEFROLOGÍA (E). HOSPITAL LUIS VERNAZA

Dra. Guillermina Blum de Marriot
FUNDACIÓN INIGO ÁLVAREZ DE TOLEDO

Dra. Noralma Mosquera

REDIMA

Dra. Aurora Tutiven
COLEGIO DE MEDICOS

Dr. Eden romero

JEFE NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE LA POLICIA – GUAYAQUIL

Dr. Miguel Vanoni Patiño

Dr. Luis Maldonado

DIRECTOR DE SANIDAD FUERZA AEREA

Dr. Marco Zambrano Agama

HOSPITAL NAVAL

Dr. Ricardo Ortiz San Martín

PAST PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE NEFROLOGÍA

COORDINADOR DEL TALLER

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 República 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 suscribe 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 DECLARACION 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 integrarán 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.

Firmas:

1. Por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Bolivariana de Venezuela.

- Dirección de Salud Poblacional
Dra. Evelin Escalona de Yanez (directora)

- Programa de Salud Renal
Dra. Carmen Luisa Milanés (Coordinadora, Programa de Salud Renal)
Dr. Raúl Carlini (Adjunto, Programa de Salud Renal)
Lic. Oly Torres (Trabajadora Social, Programa de Salud Renal)
Dr. Ezequiel Bellorin (jefe, Servicio de Nefrología Hospital Universitario de Caracas)
Dra. María Yáñez (jefe (e) Servicio de Nefrología Hospital El Algodonal, Caracas)
Dra. Nidia Pernaleta ((Adjunto, Servicio de Nefrología, Hospital Ruiz y Paez, Estado Bolívar)
Dr. Bernardo Fargier (jefe, Servicio de Nefrología Hospital Universitario de los Andes Estado Mérida)
Dra. Consuelo Labrador (jefe, Servicio de Nefrología Hospital Central de San Cristóbal, Estado Táchira)
Dra. Rosa Ma. Campos (Adjunto, Servicio de Nefrología, Hospital Jesús María Casal, Acarigua-Araure, Estado Portuguesa)

- Programa de Salud Cardiovascular
Dra. Beatriz Larocca (Coordinadora, Programa de Salud Cardiovascular) | Lic.
Lennys Rodríguez (Enfermera, Programa de Salud Cardiovascular)
Dr. Miguel Villaba. (Adjunto a la Coordinación Regional del Programa de Salud Cardiovascular, Estado Monagas)
Dr. Jaime Marín (Coordinador Regional del Programa de Salud Cardiovascular, Estado Barinas)
Dr. Hernán Ramírez (Coordinador Regional del Programa de Salud Cardiovascular, Estado Lara)
Dr. Raúl Ramírez (Coordinador Regional del Programa de Salud Cardiovascular, Estado Guárico)

Programa de Salud Endocrinometabólica
Dra. Aleida Rivas (Coordinadora, Programa de Salud Endocrinometabólica)
Dra. Betty Plata (Excoordinadora, Programa de Salud Endocrinometabólica)
Dra. Yoleida Rivas (Coordinadora Regional del Programa de Salud Endocrinometabólica, Estado Zulia)
Dra. Ma. Victoria Rodríguez (Coordinadora Regional del Programa de Salud Endocrinometabólica, Estado Falcón)
Dra. Elena Pérez Calma (Coordinadora Regional del Programa de Salud Endocrinometabólica, Estado Anzoátegui)
Dra. Ma. Elena Carrizales (Coordinadora Regional del Programa de Salud Endocrinometabólica, Estado Aragua)
Dra. Gilma Vallenotti (Coordinadora Regional del Programa de Salud Endocrinometabólica, Estado Trujillo)

Por el Programa de Atención Primaria

Dra. Ana María Rodríguez
Lic. Mireya Ayala

2. Por la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Mario Valcárcel (Representante de la OPS para la atención de las enfermedades crónicas)

3. Por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión

Dr. Santos Depine
Dr. Rafael Burgos Calderón

4. Por otras instituciones prestadoras de Salud INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES (IVSS)

Dr. Jesús Rojas (Dirección de Nefrología, Diálisis y Trasplante)
Dra. Nerys Fuenmayor (Adjunto, Servicio de Nefrología Hospital Miguel Pérez Carreño)

INSTITUTO DE PREVISION Y ASISTENCIA DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN (IPASME)

Dr. Tulio Carnevalli

Por la DEFENSORIA DEL PUEBLO

Dra. Asia Villegas

Por la Sociedad Venezolana de Nefrología

Dr. Pablo Amair

Abril de 2008
CUMBRE DE ANTIGUA. GUATEMALA.

PARTICIPANTES:

- OPS/OMS
- Representantes de Programas de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) de los Ministerios de Salud
- Seguros Sociales de los países de Centro América y el Caribe.
- Sociedad Internacional de Nefrología (ISN)
- Sociedad Latinoamericana de Nefrología (SLANH)
- Presidentes de las Asociaciones de Nefrología

PRODUCTO:

DOCUMENTO: ACUERDO DE COOPERACIÓN SLANH/OPS



Primer acuerdo de cooperación firmado entre la OPS y la SLANH

Antigua Guatemala, 17 de abril de 2008

PLAN DE ACCIÓN

En la ciudad de La Antigua Guatemala, siendo el 17 de abril del año 2008, se completó el Taller sobre Prevención de Enfermedades Renales, al cual asistieron los presidentes o representantes de la Asociaciones de Nefrología de Centro América, República Dominicana y Cuba; representantes de Ministerios de Salud Pública y/o Sistemas de Seguridad Social de Centro América, República Dominicana y Cuba, funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), autoridades del Comité para la Salud Renal en Poblaciones en Desventaja (CKHDP/COMGAN/ISN) así como autoridades de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH).

Durante el taller se analizó la problemática de salud pública, 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.

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

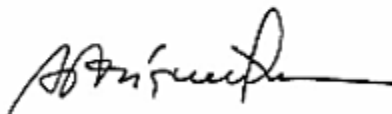
1. La OPS/OMS, a través del Dr. Enrique Pérez Flores, realizará los esfuerzos necesarios para promover la inclusión de las Asociaciones de Nefrología nacionales de la Región en los Comités de Enfermedades no Transmisibles, a fin de que éstas participen en la elaboración, implementación y difusión de guías de control y vigilancia de la salud renal.
2. La OPS/OMS facilitará los mecanismos para que tanto el Comité para la Salud Renal en Poblaciones en Desventaja (CKHDP/COMGAN/ISN) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), formen parte activa de la red CARMEN y de la iniciativa CAMDI. Esta acción será promovida por los Drs. Enrique Pérez Flores, Randall Lou Meda y Santos Depine.
3. Se establece la necesidad de incluir marcadores de daño renal en el sistema de vigilancia y control epidemiológico de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes. En este sentido el CKHDP/COMGAN/ISN y la SLANH, se comprometen a brindar asesoría a través de sus autoridades o miembros o a través de los representantes de Asociaciones Nefrológicas de cada país participantes de la red CARMEN y de la iniciativa CAMDI. Esta acción será promovida por los Drs. Randall Lou Meda y Ricardo Correa-Rotter.
4. Se acuerdan las siguientes estrategias para la difusión de este Plan de Acción:
 - a. En el boletín (newsletter) de la OPS/OMS correspondiente al mes de junio del 2008, se incluirá una nota haciendo referencia al presente taller. En esta nota se incluirá la liga al portal de SLANH, CKHDP/COMGAN/ISN e ISN. (Dr. Enrique Pérez Flores)

b. Se elaborará un informe para la presidencia de la SLANH (Esta acción será promovida Dr. Ricardo Correa-Rotter) y para la Coordinación de COMGAN/ISN (Esta acción será promovida Dr. Guillermo García-García). Tanto la OPS/OMS como CKHDP/COMGAN/ISN y SLANH, planean publicar en sus revistas, los acuerdos alcanzados y las conclusiones de este taller (Esta acción será promovida Dr. Enrique Pérez Flores, Dr. Ricardo Correa-Rotter, Guillermo García García)

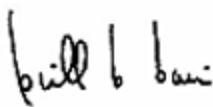
5. Se considera importante incluir a la Enfermedad Renal Crónica en los esfuerzos de promoción de la causa que la OPS/OMS realiza. Para tal efecto, la OPS/OMS solicitará a los nefrólogos participantes en las comisiones nacionales de enfermedades crónicas (donde las hubiere), la asesoría y la información necesaria sobre costes de atención de la Enfermedad Renal, que será utilizada en el análisis que se presentarán en los esfuerzos de promoción de la causa.
6. Se concluye en la necesidad de establecer un cronograma periódico de reuniones similares, con el objeto de discutir los avances alcanzados y las metas de las próximas etapas. Se proponen reuniones virtuales usando el servicio disponible en la OPS/OMS y se establece como fecha de la próxima reunión física la segunda quincena de abril del 2009, durante el Congreso Iberoamericano/Latinoamericano de Nefrología en la ciudad de México.



Dr. Enrique Pérez Flores
Organización Panamericana de la Salud,
Organización Mundial de la Salud



Dr. Bernardo Rodríguez Iturbe
Presidente,
Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión



Dr. Guillermo García García
Coordinador,
Comité de Salud Renal en Poblaciones en Desventaja
Sociedad Internacional de Nefrología (COMGAN)



Dr. Ricardo Correa Rotter
Presidente Electo,
Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión
Vice-Coordinador,
ISN-COMGAN Latinamerica



Dr. Randall Lou Meda
Vicepresidente de la 4ta. Región
Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión



Dr. Santos Depine
Coordinador del Comité de Salud Renal
Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión

Latin American intent

Thanks to an ISN initiative, driven by the Committee on Kidney Health in Disadvantaged Populations (CKHDP), Chronic Kidney Disease (CKD) is to become part of a major regional program to reduce Non-Communicable Diseases (NCD) in Central and Southern America and the Caribbean. In collaboration with the Pan American Health Organization and other regional health bodies, this represents a significant move towards assessing and tackling the extent of CKD in Latin America.



► Representatives of the different organizations gathered on April 17, 2008 in Antigua, Guatemala for a workshop on the Prevention of Kidney Disease

On April 17, 2008, Antigua, Guatemala was the setting for a workshop on the Prevention of Kidney Disease which gathered together representatives from the Central American and Caribbean Nephrology Societies, regional health ministry officials, the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO), representatives of the ISN-COMGAN Committee on Kidney Health in Disadvantaged Populations (CKHDP), and the Latin American Society of Nephrology and Hypertension (SLANH).

is important as it opens the way for participation by ISN and national societies in the development of health policies across the region.

This significant achievement for Latin America has its origins in the 2005 ISN/SLANH meeting in Villarrica, Chile. This event demonstrated the uneven burden of CKD across Latin America, and revealed that the Central American region was particularly vulnerable.

An official publication of



RESOURCES

- Nature Clinical Practice
- ISN Nephrology Gateway
- Kidney International
- Medical research
- Cardiovascular medicine
- Drug discovery
- News@nature.com
- Nature Conferences

EDITORIAL

Nature Clinical Practice Nephrology (2008) 4, 233
doi:10.1038/ncpneph0811 ?

Progress in the prevention of chronic kidney disease in Latin America

Bernardo Rodríguez-Iturbe [About the author](#)

The increasing incidence of chronic kidney disease (CKD) is a major public health concern in Latin America and was the subject of a meeting that took place in Villarrica, Chile, from 21 to 23 November 2005, under the sponsorship of the Latin American Society of Nephrology and Hypertension, the Chilean Society of Nephrology, and the International Society of Nephrology. The resulting consensus statement ([Dirks JH et al. \[2006\] *Ren Fail* 28: 611-615](#)) indicated that careful data collection, screening for risk factors, and initiation of public awareness campaigns were necessary to address the rising CKD rate. Recommendations were made that national health authorities include renal disease within the framework of prevention programs already implemented for other noncommunicable diseases.

Since this meeting, a committee chaired by Santos Depine and Rafael Burgos Calderón has developed models of renal health that can be combined with the disease surveillance and prevention programs already functioning in some countries ([Depine S and Calderón RB \[2006\] *Ren Fail* 28: 649-664](#)). The committee has established official contact with 12 countries (Chile, Argentina, Uruguay, Venezuela, Colombia, Brazil, Paraguay, Bolivia, Mexico, Puerto Rico, Peru and Ecuador). As a result of these contacts, nine countries (Chile, Argentina, Uruguay, Venezuela, Colombia, Brazil, Paraguay, Bolivia and Mexico) have signed a memorandum of understanding to initiate renal disease prevention programs, and eight countries (Chile, Argentina, Uruguay, Venezuela, Colombia, Brazil, Paraguay and Puerto Rico) have introduced such programs.



Nephrology Gateway

Advancing Nephrology around the World

- HOME
- ISN
- NEWS
- LITERATURE
- CONFERENCE CENTER
- EDUCATION & RESOURCES

[Nephrology Gateway](#) > [News](#) > [ISN Announcements](#) > Regional Action Plan - Cardiovascular Diseases Prevention and Control

ISN Announcements

Regional Action Plan - Cardiovascular Diseases Prevention and Control

As a result of a regional meeting organized by ISN in collaboration with SLANH, IFKF, and local Argentinean nephrology societies and health authorities in El Chaco, Argentina, SLANH received an invitation to participate in a PAHO sponsored workshop on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011-2016, in Buenos Aires, Argentina, from June 29 to July 1st, 2010.

SLANH was represented by Dr. Santos Depine, Co-Chair of SLANH's Renal Health Program. The main achievement was the recognition of the growing burden of CKD in the region, and the need for early detection in high risk populations, emphasizing socially disadvantaged populations. The outcome of the workshop reveals a list of recommendations that are set to have an impact on national health policies on non-communicable diseases in the region. To view a summary of these recommendations, click [here](#).

56. STRENGTHEN EARLY DETECTION AND TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PEOPLE WITH HYPERTENSION AND DIABETES.

The combination of HT and diabetes markedly increases the risk of cardiovascular events and chronic kidney disease, which means that in diabetic patients should be treated aggressively until it has been controlled. The high prevalence of HT and signs that diabetes is reaching epidemic proportions reinforce the need to be prepared to confront this public health challenge.

Significant gaps in the diagnosis and treatment of hypertension and diabetes hamper efforts to reduce the incidence of chronic kidney disease as far as possible, and it is therefore advisable to detect kidney disease early in the primary health care setting (by measuring levels of albuminuria and creatinine), particularly in at-risk populations, paying particular attention to people with hypertension and diabetes.

REGIONAL CONSULTATION

Priorities for cardiovascular health in the Americas



KEY MESSAGES FOR POLICYMAKERS



**¿Cuál es la
problemática
actual?**

Situación de los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina y el Caribe

País	Carácter	Tipo	Cumplimentación (%)	Calidad
Argentina	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Bolivia	Obligatorio	De pacientes	Solo SS ^a 32%	+
Brasil	Voluntario	De centros	≤ 50	++
Chile	Voluntario	HD: de centros/DP y TR: de pacientes	> 90	++
Colombia	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Costa Rica	En formación	De pacientes	> 90	
Cuba	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Ecuador	HD y DP: voluntario/ TR: obligatorio	De pacientes	> 90	+ / +++
El Salvador	Inició actividad en 2016	De pacientes	> 90	
Guatemala	No tiene registro			
Honduras	En formación			
Estado de Jalisco	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Nicaragua	No tiene registro			
Panamá	Obligatorio	De pacientes	Solo SS ^a 84%	+
Paraguay	Voluntario	De pacientes	< 90	+
Perú	Obligatorio	De pacientes	Solo SS ^a 77%	+
Puerto Rico	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Rep. Dominicana	En formación	De pacientes		
Uruguay	Obligatorio	De pacientes	> 90	+++
Venezuela	Voluntario	De pacientes	< 90	+

Caribe

Detalles

Obligatorio

Voluntario

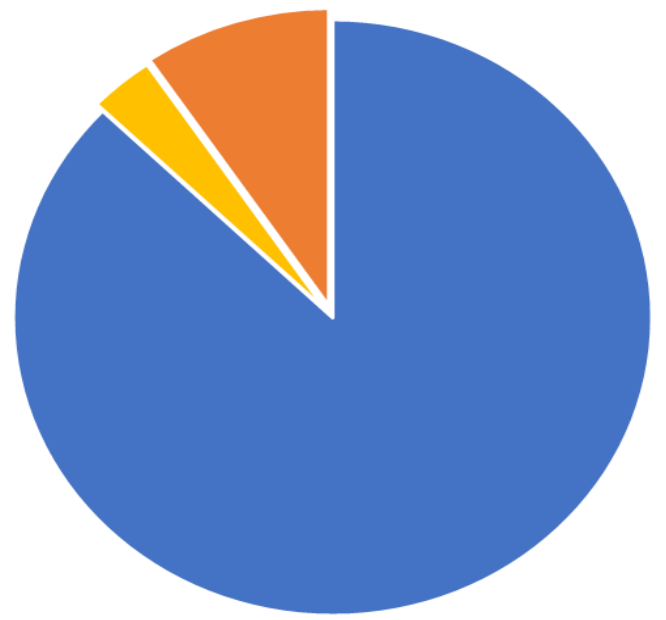
SS^a Seguridad Social

País	Población en millones	INB	Expectativa de vida al nacer	Tasa de prevalencia pmp					Tasa de incidencia	
				HD	DP	Total diálisis	TRF	Total RRT		
Argentina	41.424.822	13.690	76	626,6	36,0	662,7	197,2	859,9	160,2	
Bolivia	10.448.913	2.220	67	195,2	18,3	213,5	31,6	245,1	94,8	↓ BOLIVIA
Brasil	199.985.126	11.640	74	449,6	45,6	495,2	212,6	707,8	180,3	
Chile	17.602.946	14.290	80	1.019,1	61,2	1.080,3	205,1	1.285,4	182,4	↑ CHILE
Colombia	48.373.997	7.020	74	349,0	143,6	492,6	111,3	603,9	89,7	↓ COLOMBIA
Costa Rica	4.859.635	8.850	80	42,3	76,0	118,4	282,6	400,9	0,0	
Cuba	11.295.550	6.051	79	259,1	10,1	269,3	78,4	347,6	103,10	
Ecuador	15.768.918	3.600	76	481,8	48,0	529,8	20,4	550,2	177,6	↓ ECUADOR
El Salvador	6.326.023	5.360	72	232,5	288,7	521,1	73,6	594,7	390,1	
Guatemala	15.419.440	3.130	72	157,7	221,3	379,0	54,0	433,0	124,8	
Honduras	8.075.102	2.140	73	186,9	14,4	201,3	8,4	209,6	176,7	
estado de Jalisco	7.543.233	ND	ND	599,4	486,7	1.086,1	567,4	1.653,5	420,9	
Nicaragua	6.065.779	1.690	74	211,5	24,4	235,9	21,2	257,1	24,4	
Panamá	3.864.325	9.030	77	495,0	90,3	585,3	110,7	696,0	462,1	
Paraguay	6.782.282	3.310	75	165,7	4,0	169,7	19,9	189,6	20,2	
Perú	30.297.279	5.680	72	272,2	43,1	315,3	63,2	378,5	30,0	↓ PERÚ
Puerto Rico	3.615.000	18.370	79	1.362,1	106,2	1.468,3	378,4	1.846,7	432,9	
Rep. Dominicana	10.290.549	5.570	73	178,8	47,3	226,1	52,8	278,9	208,3	
Uruguay	3.406.545	13.670	77	692,2	71,6	763,8	323,5	1.087,3	157,3	
Venezuela	30.389.596	12.460	74	505,1	0,0	505,1	60,8	565,9	ND	↓ VENEZUELA
Total Latinoamérica	481.835.060	147.771	75	442	67	509	159	669	149	

Prevalencia en relación a la media regional de 866 pmh

Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Resultados Renales) República Argentina

Enfermedad Renal Crónica



■ ERC 1-2 ■ ERC 3-5

ERC 3 -5 (TFGe < 60 mL /min / 1,73 m²) = 9,5%

ERC 1 - 2 (TFGe ≥ 60 mL/min/1,73 m² con RAC > 30 mg/g)= 3,2 % (ERC 1-2)

Prevalencia: 12,7 %

POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS 33.864.636 PERSONAS.
Con ERC 4.300.809 personas



Fuente: ENNyS 2 (2018-2019) Recopilación
Vallejos A. PAIER. Msal. Argentina

Estimación de ERC en Latinoamérica basada en ENNyS 2

Población: 488,3 millones (2018) de adultos.

México:
12,2 millones

Istmo Centroamericano:
4,3 millones

Región Andina:
13,3 millones

LATAM y Caribe: 62 millones.

Distribución según
subregiones de OPS/OMS



Caribe Latino:
3,6 millones

Caribe No Latino:
0,7 millones

Brasil:
21,0 millones

Cono Sur:
7,1 millones

Brechas de la ERC

por grupos de países del Banco Mundial.

Rev Nefrol Dial Traspl. 2019; 39 (1): 1 - 11

Estrategias	Países de Ingresos			
	Bajos (%)	Medio-bajos (%)	Medio-altos (%)	Altos (%)
Reconocimiento gubernamental a la ERC como una prioridad de salud	59	50	17	29
El gobierno provee financiamiento a todos los aspectos del cuidado de la ERC	13	21	40	53
Disponibilidad y utilización de Guías de Manejo (internacional, nacional o regional)	46	73	83	97
Existencia actual de Programas de Detección de la ERC	6	24	24	32
Disponibilidad de Registros de Diálisis	24	48	72	89
Disponibilidad de Centros Académicos para el manejo de ensayos clínicos renales	12	34	62	63

Quite Like Heaven?

Options for the NHS in a consumer age



Nick Seddon

Foreword by Bernard Ribeiro CBE FRCS

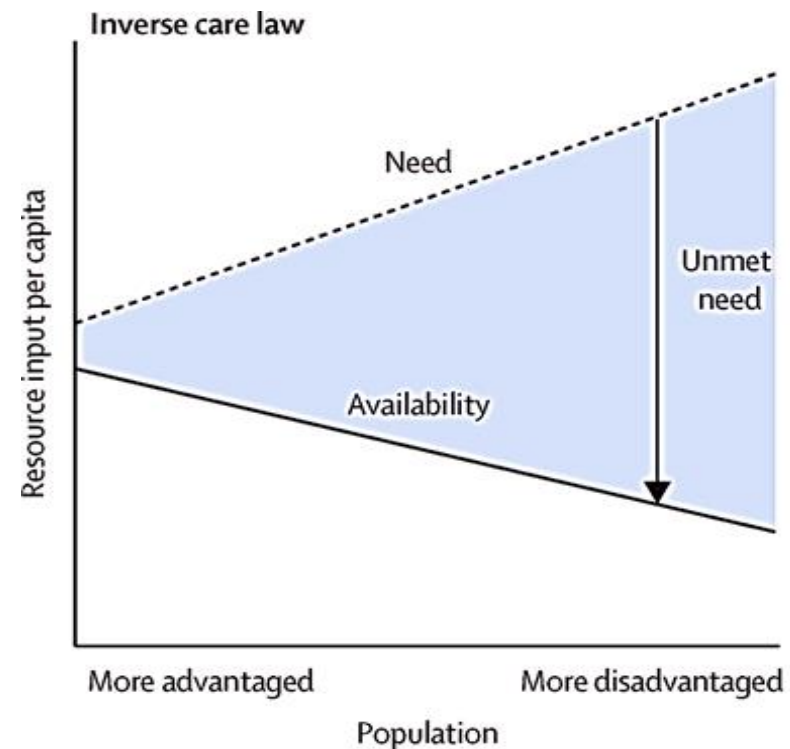
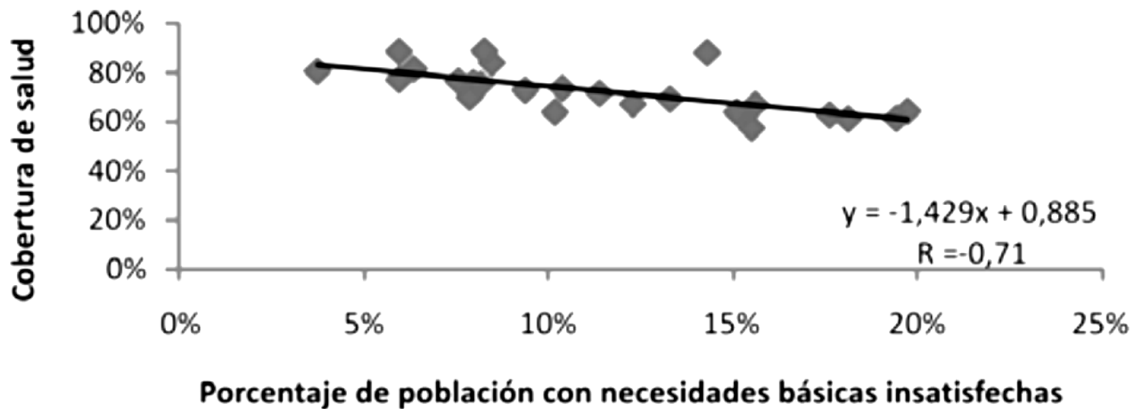
- "se ha demostrado repetida y concluyentemente que los pobres y las minorías étnicas están en desventaja significativa en su acceso y uso del NHS"

¿Muy parecido al cielo?.

Opción para el NHS en la era del consumidor
(Seddon, 2007: 10).

Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.
The inverse care law.
J T Hart

Relación entre población en hogares con necesidades básicas insatisfechas y cobertura de salud

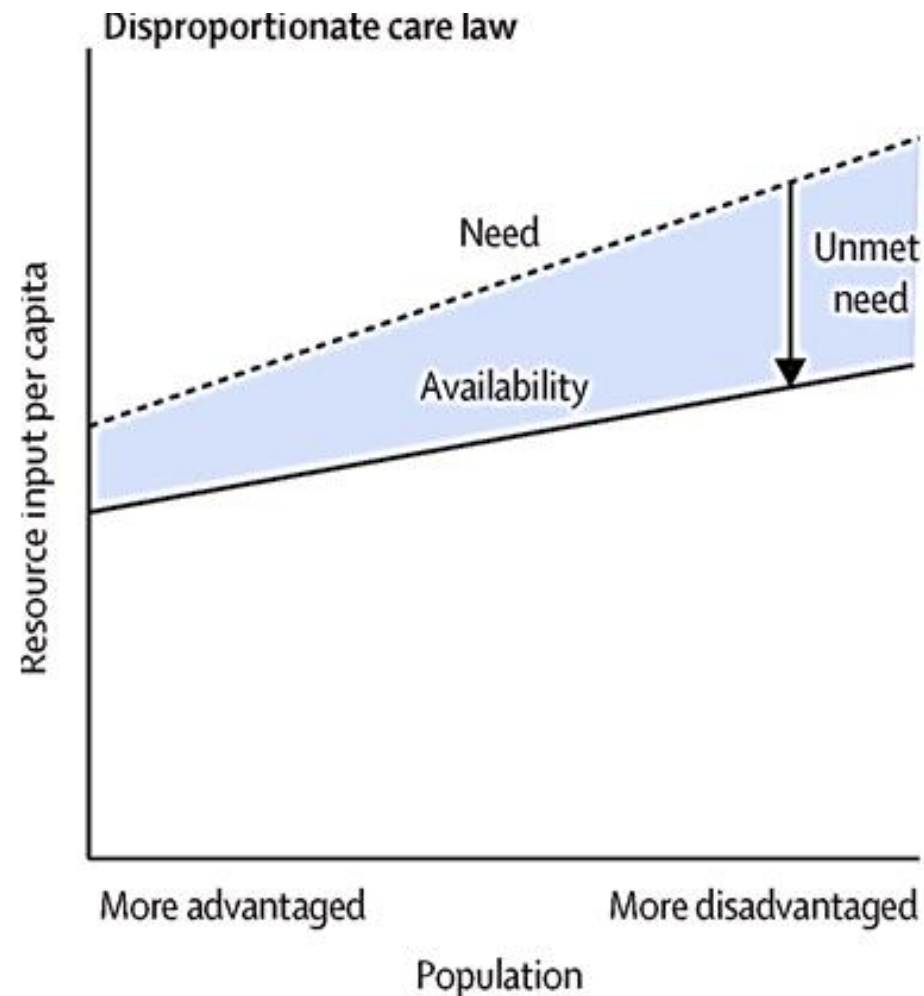


La disponibilidad de una buena atención médica, tiende a variar inversamente a la necesidad de la misma en la población atendida.

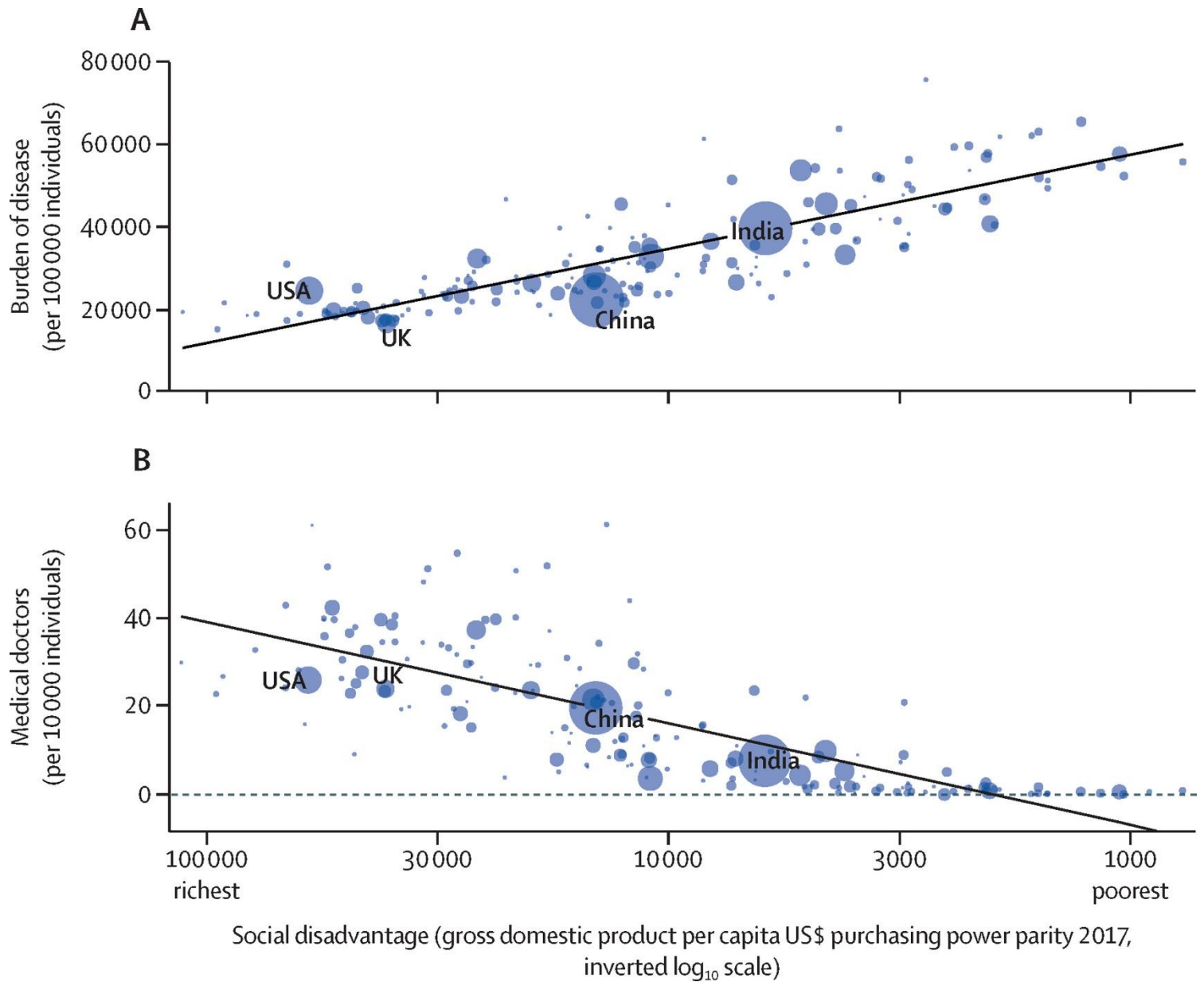
The inverse care law re-examined: a global perspective.
Richard Cookson, Tim Doran, Miqdad Asaria, Indrani Gupta, Fiorella Parra Mujica
The Lancet Volume 397 Issue 10276 Pages 828-838 (February 2021)

La cantidad absoluta de atención médica no está inversamente relacionada con la desventaja social y podría estar relacionada positivamente.

Sin embargo, la disponibilidad de atención médica es aún menor en las poblaciones desfavorecidas cuando tomamos en cuenta su necesidad adicional de atención médica.



The inverse care law re-examined: a global perspective.
Richard Cookson, Tim Doran, Miqdad Asaria, Indrani Gupta,
Fiorella Parra Mujica
The Lancet Volume 397 Issue 10276 Pages 828-838
(February 2021)

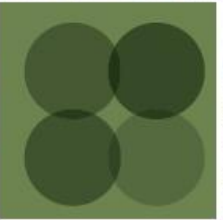
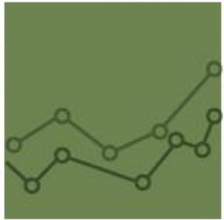


**A pesar de los compromisos
globales asumidos para dar
cobertura a la salud renal, lo
realizado hasta ahora,...
¡ no alcanzó!**



EPIDEMIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA

DEFINICIÓN DE CASOS,
BASE METODOLÓGICA Y
ENFOQUES PARA LA VIGILANCIA
DE SALUD PÚBLICA



EPIDEMIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA

DEFINICIÓN DE CASOS,
BASE METODOLÓGICA Y
ENFOQUES PARA LA VIGILANCIA
DE SALUD PÚBLICA

Editores

Wendy Hoy
*Centro de Enfermedades Crónicas,
Centro de Investigaciones Clínicas,
Facultad de Medicina,
Universidad de Queensland
Brisbane, Queensland, Australia*

Pedro Ordunez
*Departamento de Enfermedades No
Transmisibles y Salud Mental
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.,
Estados Unidos de América*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 52.º CONSEJO DIRECTIVO

Washington, D.C., EUA,
30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

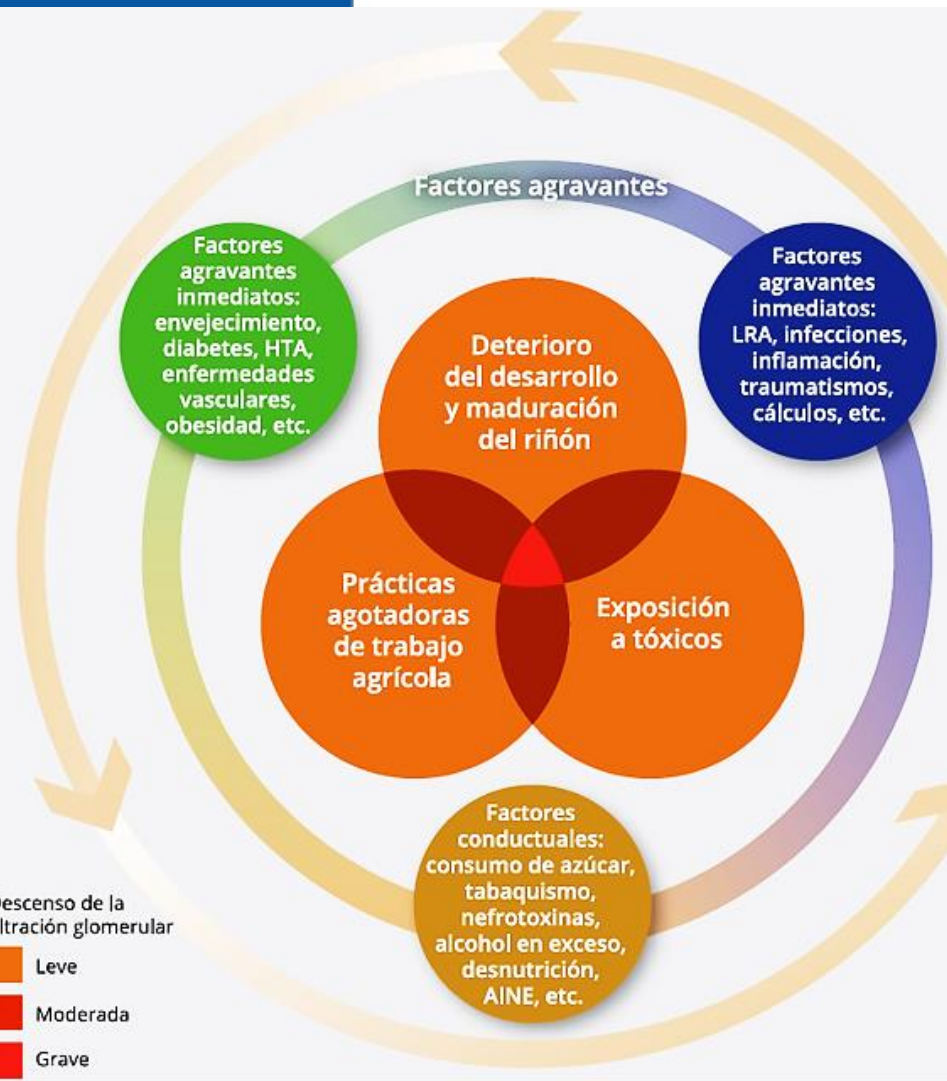


EPIDEMIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COMUNIDADES AGRÍCOLAS DE CENTROAMÉRICA

Aunque existe consenso de que se trata de una **enfermedad multifactorial**, destacan la exposición a **agroquímicos**, ya sea por exposición directa y prolongada en el tiempo o como contaminación residual de larga data en el suelo, aguas y cultivos agravada por las **duras condiciones de trabajo**, la **exposición a altas temperaturas y la ingestión insuficiente de agua**, entre otros factores

Las características clínicas e histopatológicas de estos casos y los factores de riesgo identificados son muy similares a los descritos por investigadores en comunidades agrícolas de Sri Lanka —**nefropatía de los agricultores de Sri Lanka**— donde se ha atribuido a los agroquímicos el exceso de casos observados.

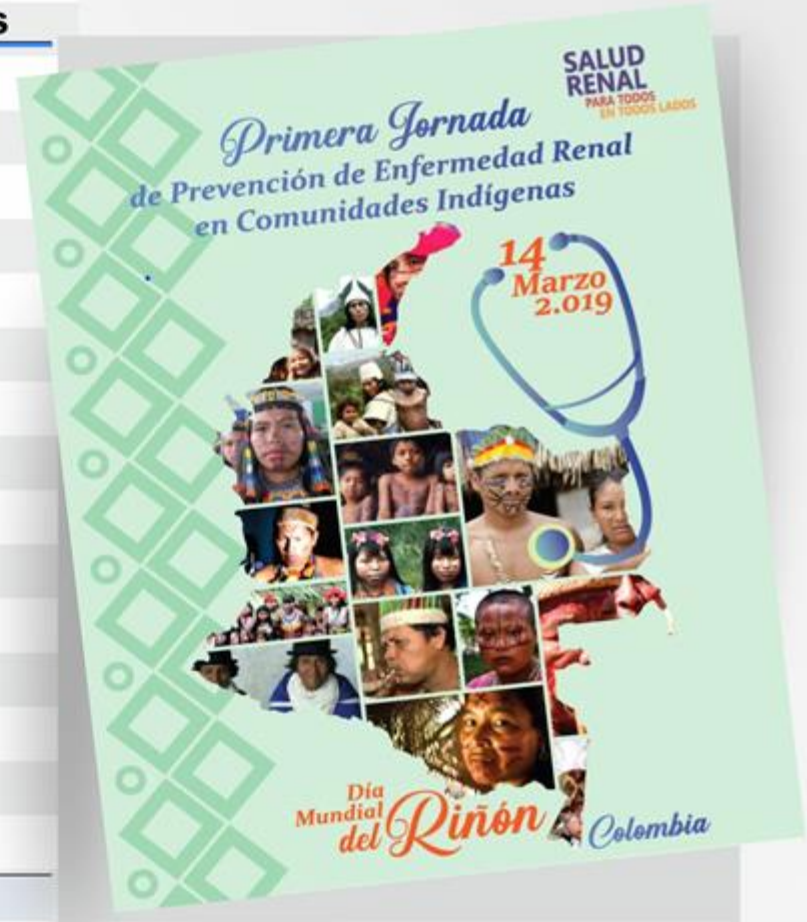
Contexto: determinantes sociales de la salud, bajo nivel socioeconómico, prácticas insostenibles de trabajo agrícola, carencia de sistemas normativos sobre prácticas de higiene ocupacional y ambiental e insuficiente atención de salud.



PREDISPONENTES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LAS POBLACIONES VULNERABLES

RESPUESTA CULTURAL	ACCESIBILIDAD AL CUIDADO	RESPUESTA BIOLÓGICA	FACTORES DEL MEDIO AMBIENTE
Falta de información sobre medidas preventivas y conductas poco saludables.	Ausencia de autocuidado.	Bajo peso al nacer. Predisposición genética en algunas razas y etnias. Nutrición inadecuada, (grasas saturadas, sodio, azúcares, fósforo). Abuso de alcohol y drogas.	Exposición a nefrotoxinas como Pb, As, y Cd. <small>Díaz Gacía JD, Arceo E. Rev. Colomb. Nefrol. 2018;5(1): 43 - 53</small>
Falta de conocimiento de cómo actuar ante una enfermedad.	Distancia geográfica y cultural a los centros de atención en salud.	Menor control de las enfermedades agudas y/o crónicas	Mayor exposición a enfermedades infecciosas.
Trabajos mal remunerados, poco saludables, muchas horas de sol y baja hidratación.	Mayor dificultad para afrontar gastos de bolsillo para el control de enfermedades.	Obesidad Diabetes Hipertensión	Estrés crónico. Carencia de agua potable y saneamiento inadecuado.

País	Pueblos Indígenas
Argentina	32
Bolivia	39
Brasil	305
Chile	9
Colombia	102
Costa Rica	8
Ecuador	34
El Salvador	3
Guatemala	24
Honduras	7
México	78
Nicaragua	9
Panamá	8
Paraguay	24
Perú	85
Uruguay	2
Venezuela	57
Total de América Latina	826

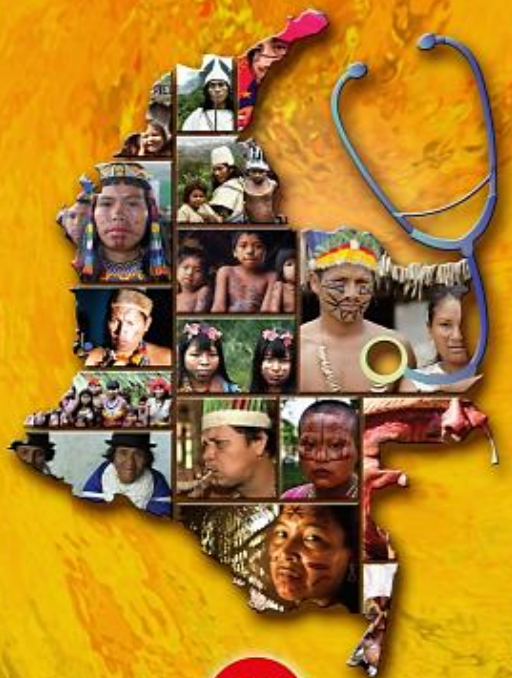


ISSN: 2500-5100

REVISTA COLOMBIANA DE NEFROLOGÍA

Vol. 7(Supl):1-52 • enero - junio 2020 • Bogotá D.C., Colombia
<https://revistanefrologia.org>

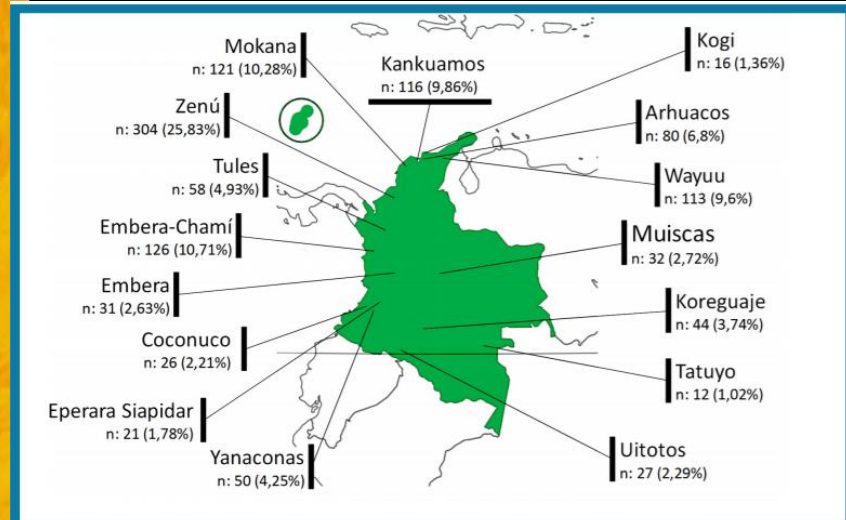
Suplemento Primera Jornada de Prevención de Enfermedad Renal en Comunidades Indígenas



Día Mundial del Riñón 2019: determinación de factores de riesgo para enfermedad renal en indígenas adultos colombianos

World kidney day 2019: determination of risk factors for kidney disease in indigenous Colombian adults

✉Gustavo Aroca-Martínez^{1,2,3}, ✉Andrés Cadena-Bonfanti^{1,2,3}, ✉María E. Ardila-Cárdenas¹, ✉Henry J. Gonzáles-Torres^{2,3}, ✉María L. Luna-González, ✉Zilac Espitaleta-Vergara³, ✉Santos Ángel Depine², y colab.



16 pueblos originarios

Figura 1. Distribución de los pueblos indígenas que participaron en el estudio. Fuente: Elaboración propia.

- El **52,6%** de los participantes consideraba que el acceso al control de su salud era difícil o muy difícil.
- El **32,7%** no había visitado a un médico en los últimos dos años.
- El **17,1%** no había asistido a revisión médica en más de dos años
- Solo el **1,6%** había logrado acceder a medicina especializada

Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD: (basado en la obtención de los siguientes indicadores por cada región):

- índice de desarrollo humano
- número de máquinas de hemodiálisis por millón de habitantes
- tasa de pacientes en hemodiálisis por millón de habitantes
- número de nefrólogos por millón de habitantes
- presupuesto asignado a salud por habitante
- porcentaje del presupuesto asignado a salud en la región



- La prevalencia en Chile de ERC en etapas 3a a 5, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, es de **3 %**
- **12%** en la población adulta en controles de salud cardiovascular en la Atención Primaria (APS) del sistema público

Estimaciones Enfermedad Renal Crónica, ENS 2016-2017

Key Points

Question Are there differences in guideline-recommended care delivery for chronic kidney disease (CKD) by race and ethnicity?

Findings In this cross-sectional study of 452 238 commercially insured and Medicare Advantage US adults with CKD from 2012 to 2019, compared with White patients, Asian, Black, and Hispanic patients had higher performance across many care delivery measures (eg, statin use and renin-angiotensin blockade) but similar or poorer performance on blood pressure and diabetes control.

Meaning Higher performance on multiple CKD care measures among Asian, Black, and Hispanic patients suggests that differences in care delivery are unlikely to fully explain known disparities in CKD progression and kidney failure.

Original Investigation | Nephrology

Trends in Chronic Kidney Disease Care in the US by Race and Ethnicity, 2012-2019

Chi D. Chu, MD, MAS; Neil R. Powe, MD, MPH, MBA; Charles E. McCulloch, PhD; Deidra C. Crews, MD, ScM; Yun Han, PhD; Jennifer L. Bragg-Gresham, PhD; Rajiv Saran, MD; Alain Koyama, ScD; Nilka R. Burrows, MPH; Delphine S. Tuot, MDCM, MAS; for the Centers for Disease Control and Prevention Chronic Kidney Disease Surveillance Team

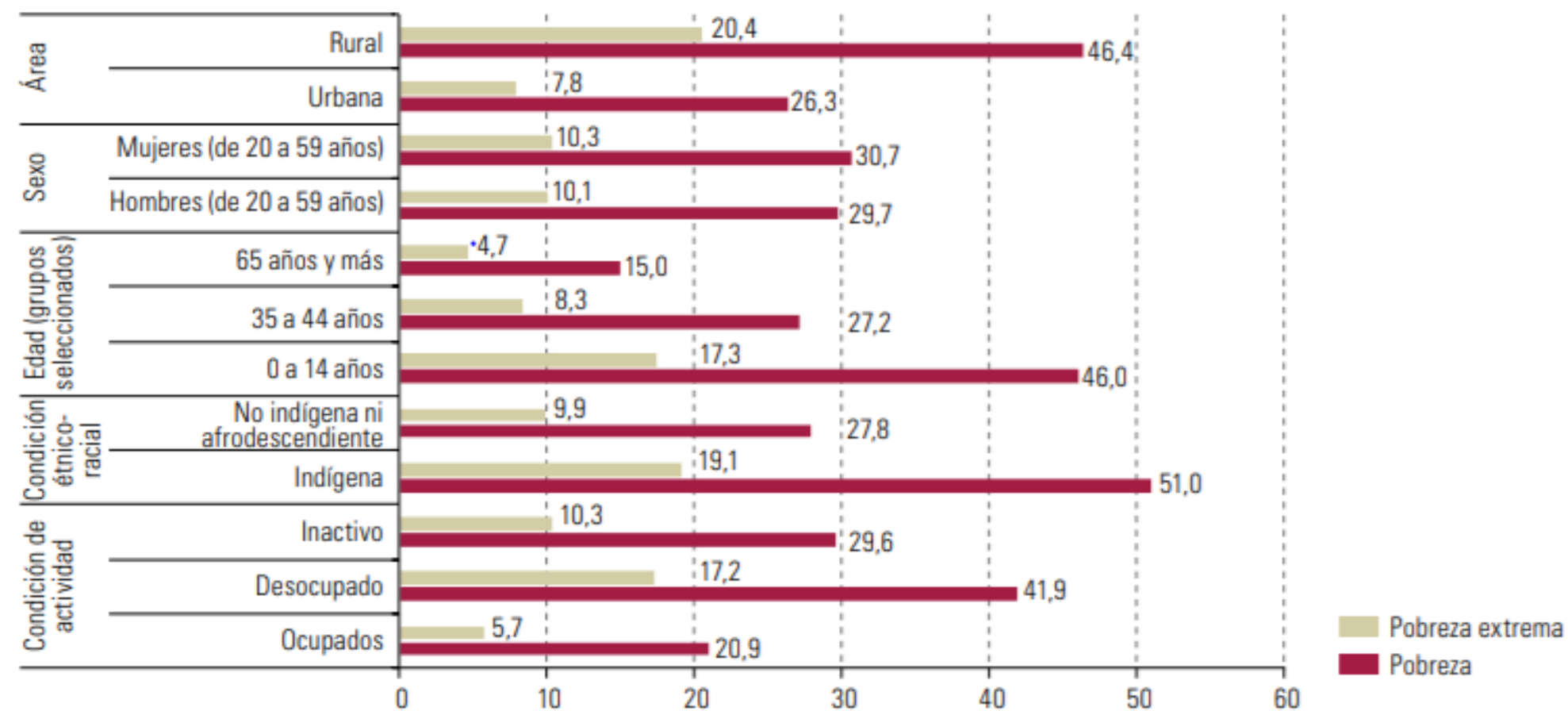
JAMA Network Open. 2021;4(9):e2127014. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.27014

... entre pacientes asiáticos, negros e hispanos es poco probable que las diferencias en la prestación de cuidados expliquen completamente las disparidades conocidas en la progresión de la ERC ...

Persistencia de la inequidad en América Latina.

América Latina (18 países^a): pobreza y pobreza extrema según área de residencia, edad, condición étnico-racial y condición de actividad, 2017

(En porcentajes)

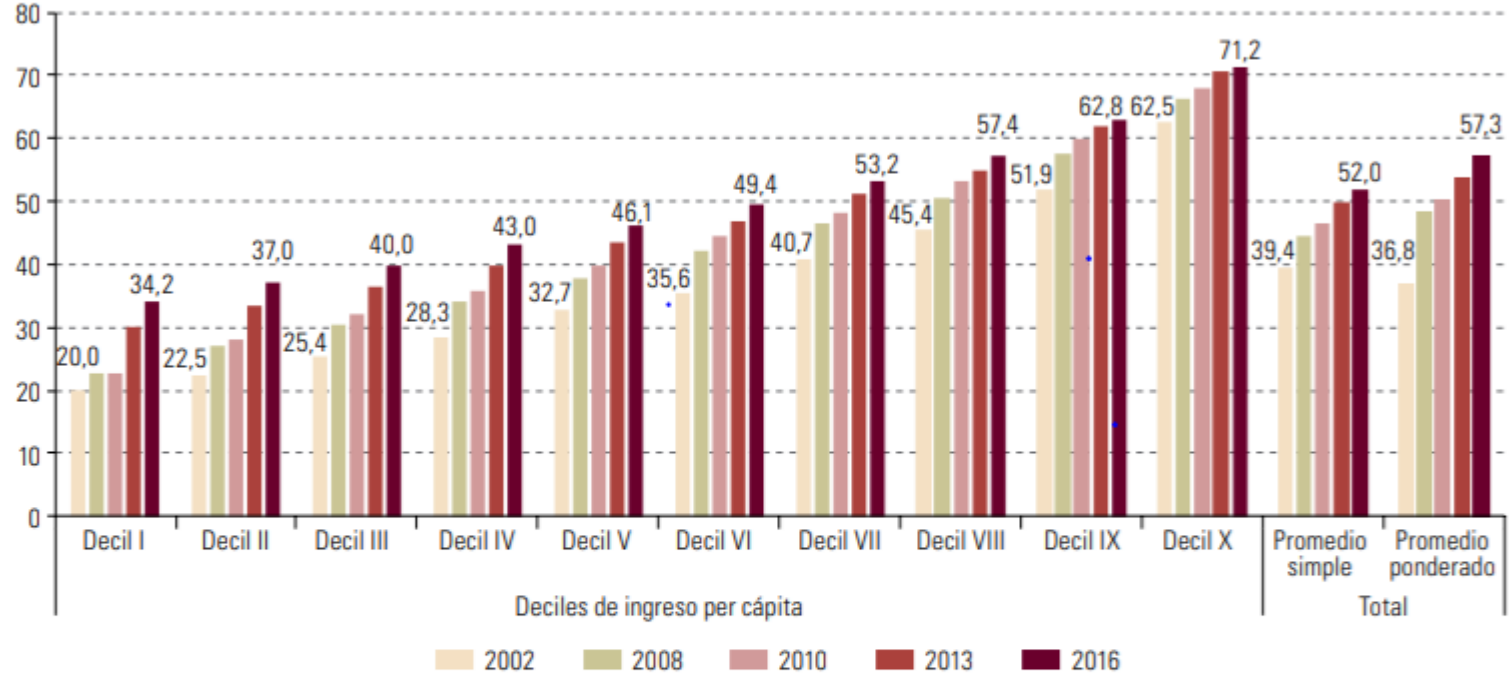


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base del Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG).

^a Los países son: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

América Latina (14 países): afiliación o cotización a sistemas de salud de los ocupados de 15 años y más, según deciles de ingreso, totales o nacionales, 2002-2016^{a b}

(En porcentajes)



Persiste una diferencia de 37 puntos porcentuales entre el primer y el décimo decil.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2018* (LC/PUB.2019/3-P), Santiago, 2019.

^a En la Argentina, corresponde a asalariados de 15 años y más. La información para México en 2016 no es estrictamente comparable con la de años anteriores debido a cambios en el fraseo de algunas de las preguntas relativas al acceso a la seguridad social. Véanse más detalles de estos cambios, sus efectos en la estimación de cobertura de seguridad social (salud y pensiones) y procedimientos para ajustar dicha estimación en CONEVAL (2017).

^b Promedio simple de los países por deciles. Los países incluidos son: Argentina (zonas urbanas), Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay (zonas urbanas).

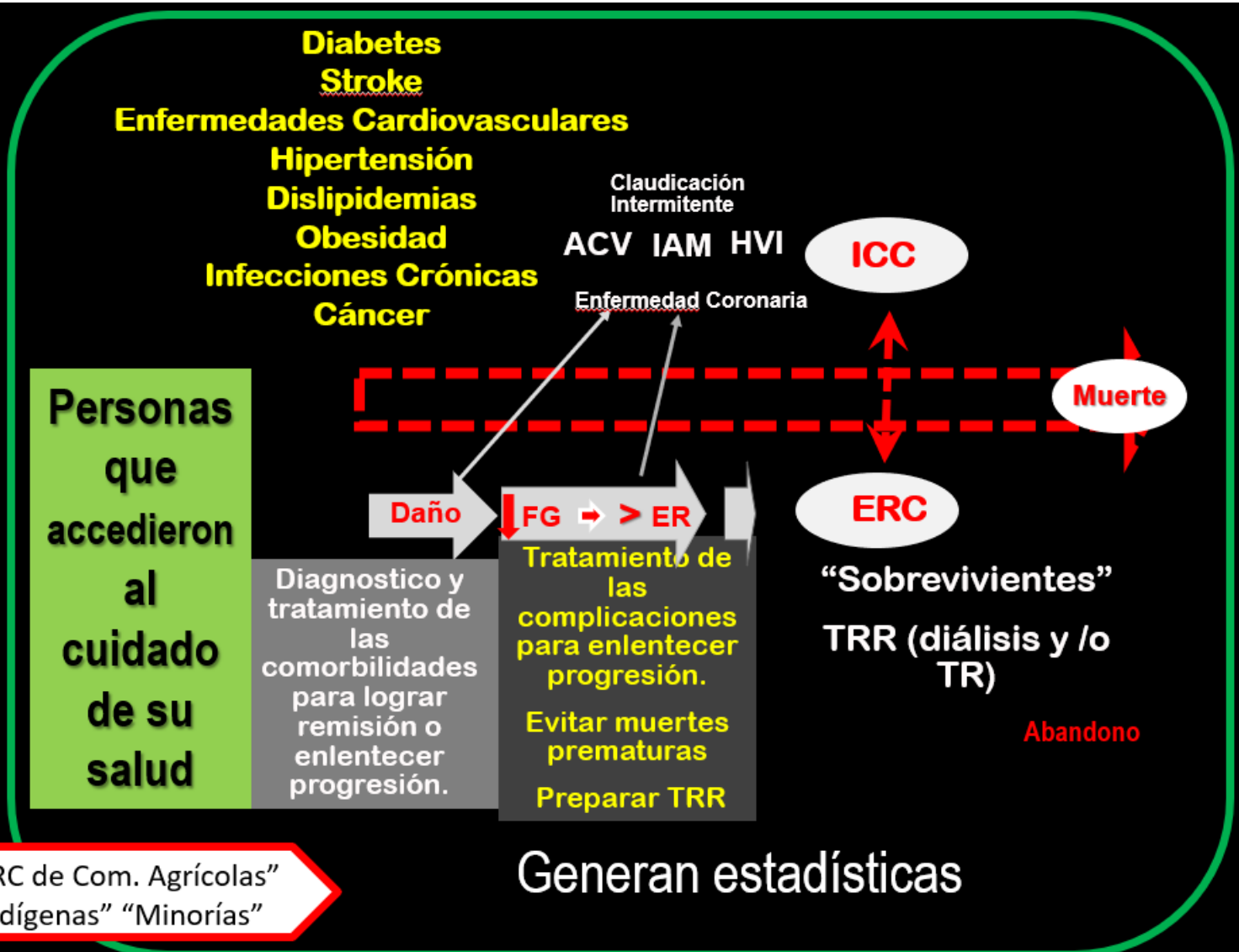
El hecho de que en la región persistan marcadas segmentaciones de las prestaciones y la cobertura, que se evidencian en las grandes diferencias en la calidad de los servicios a los que acceden los diferentes grupos poblacionales, es motivo de preocupación y supone un obstáculo para avanzar en la igualdad.

¿Cuáles son las formas habituales de manejo médico de los pacientes con ERC, apoyados en la las evidencias disponibles?

Modelo Biomédico Imperante (Demanda Espontánea)

Personas "invisibles" para el sistema de salud, que no han tenido posibilidades de acceso por factores socio-económicos, educativos, culturales, etc.

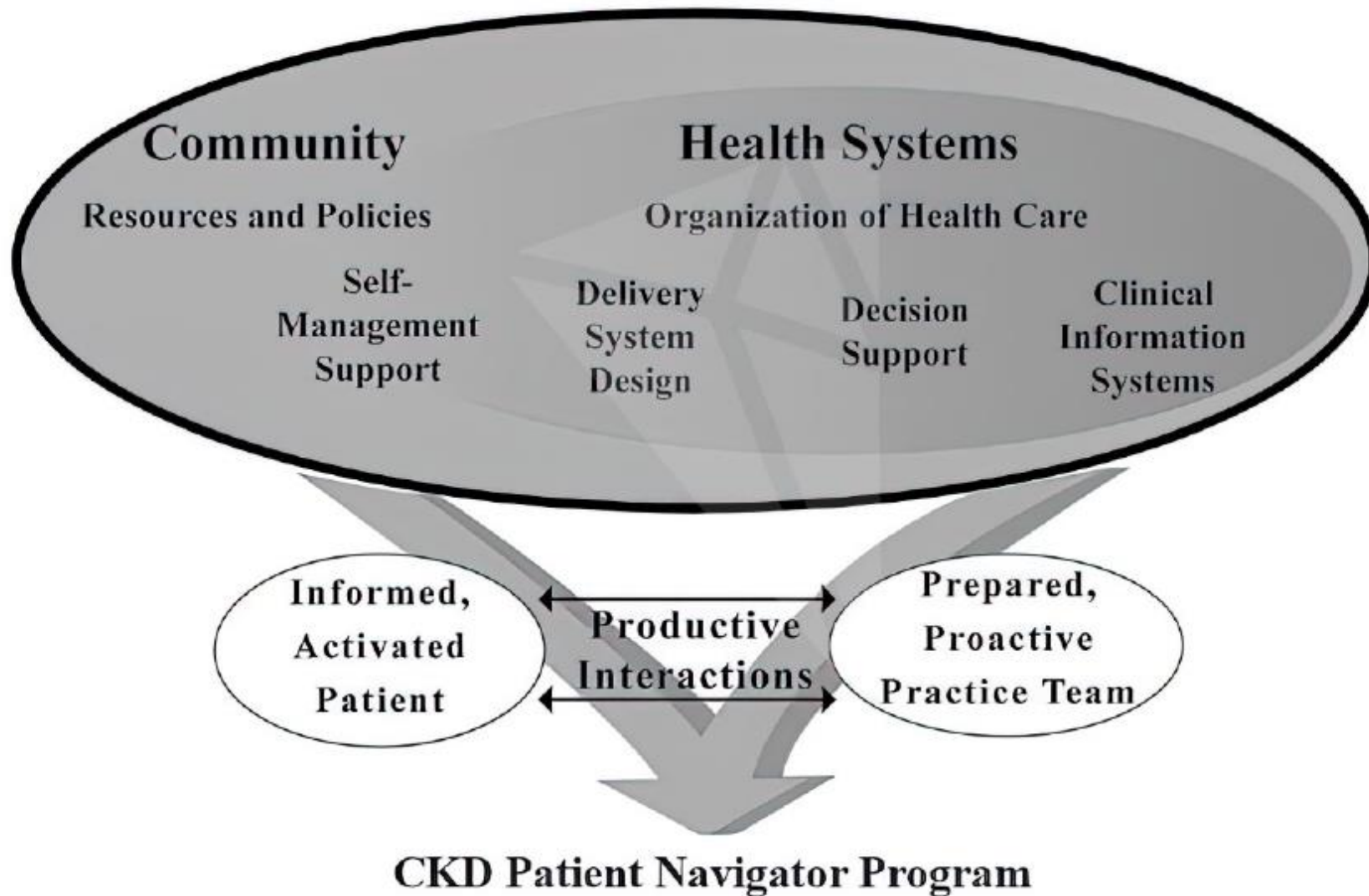
Diabetes
Stroke
Enfermedades Cardiovasculares
Hipertensión
Dislipidemias
Obesidad
Infecciones Crónicas
Cáncer



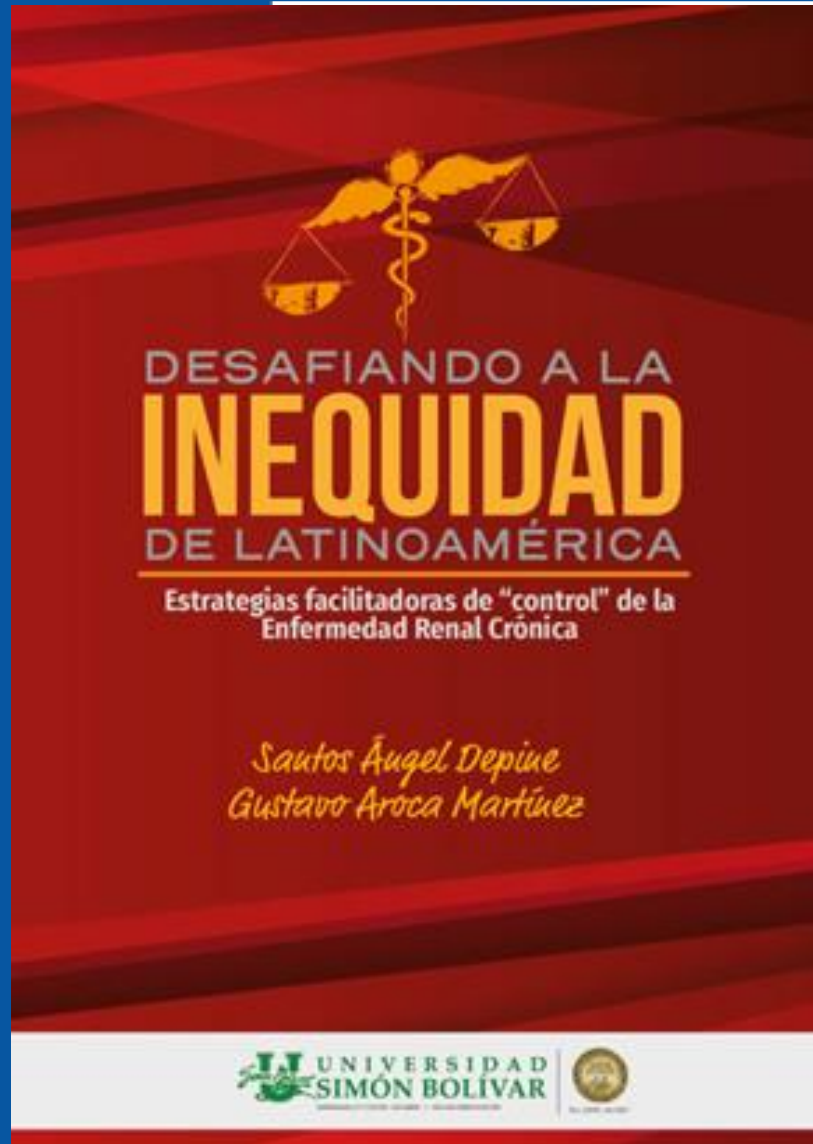
“ERC de Com. Agrícolas”
“Indígenas” “Minorías”

Abandono

Modelo Biomédico Imperante (Demanda Espontánea)



Propuesta de inclusión en el **Fondo Estratégico de la OPS** de medicamentos e insumos para los países de la Región



Brinda una estrategia posible para ampliar la accesibilidad al tratamiento a los pacientes con enfermedad renal, mejorando su calidad de vida y amenguando el gasto de los financiadores públicos de salud.

<https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/2283>

**SIMPOSIO INTERNACIONAL
EN NEFROLOGÍA, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
HACIA LA MEDICINA DE PRECISIÓN**

Jornada de Calidad en Diálisis | Minisimposio de IRA (SLANH)

Save the date
**4-5
ABRIL
2019**
CÓRDOBA -ARGENTINA
SHERATON CÓRDOBA HOTEL

¿Qué puede esperar el asistente?

La medicina de precisión y su aplicación a la Nefrología

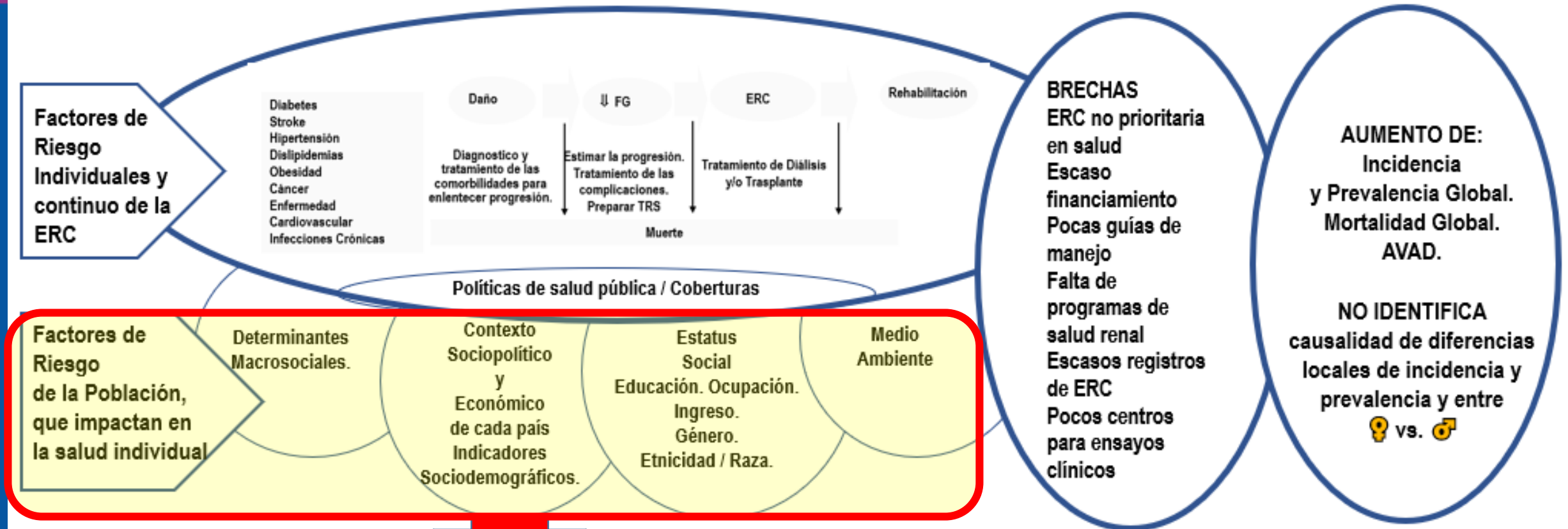
La medicina de precisión nuclea una combinación particular de información personal clínica, genética y genómica para manejar el cuidado del paciente tanto a nivel preventivo como del tratamiento de la enfermedad. Esta información incluye la secuenciación genómica del DNA la cual puede identificar variantes que causan enfermedad o que en algunos casos predicen la respuesta individual a los fármacos.

El desarrollo acelerado en el campo de la genética y genómica junto con la reducción de los costos de secuenciación genómica, ha desencadenado el interés en la medicina de precisión en el terreno clínico. Existen claros ejemplos del éxito de la medicina de precisión, pero aún estamos lejos del desarrollo de todo su potencial en diferentes frentes de acción como es la ciencia básica, el descubrimiento de nuevos fármacos y la resolución de muchas enfermedades con sus inequidades.

Los asistentes al Simposio de Nefrología, Diálisis y Trasplante podrán adquirir los elementos necesarios para comprender de qué se trata la medicina de precisión aplicada a la nefrología general y en su distintas subespecialidades, diferenciando los conceptos de medicina personalizada o centrada en el paciente y medicina de precisión, a veces usados como análogos.



Resumiendo



Factores / Variables No consideradas dentro de los modelos de salud renal actuales

¡Ampliar nuestra “**observación**”
de los hechos sanitarios, nos
hará más efectivos en las
propuestas de mejora!



“Observar” = Mirar + Interpretar



Retomando lo ya manifestado por varios autores...

OMS	Wilkinson y Marmot (2003) "Social Determinants of Health. The Solid Facts" (2003)	Reconocen la importancia de las condiciones sociales y económicas por su influencia en la causa de las enfermedades.
Colombia	Álvarez (2009) Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez (2012) Mejía (2013) García y Vélez (2017)	Los responsables de tomar las decisiones relacionadas con las políticas de salud deben otorgar la debida importancia a los DSS que representan desigualdades en la distribución de los bienes sociales como son ingreso económico, falta de empleo, alimentación inadecuada, mala educación. El ingreso, la escolaridad, o el género influyen en el control de enfermedades como diabetes o hipertensión o en la mortalidad como consecuencia de las mismas.
EEUU	Bruce et al. (2009) Adler et al. (2016) efectuaron la investigación, "Social environmental stressors, psychological factors, and kidney disease"	La ERC es claro ejemplo de las inequidades de salud en esa nación. Refieren que los factores de riesgo biológico como la diabetes, hipertensión y obesidad no explican del todo la evada progresión de la ERC en las poblaciones de alto riesgo. Abordar adecuadamente a los DSS disminuiría las condiciones de desigualdad en salud de la población.
Suiza	Solar y Irwin (2010)	Las desigualdades en salud se generan por medio de largas cadenas causales de factores mediadores los cuales tienden a actuar interactuar entre sí, y agruparse entre los individuos que viven en condiciones desfavorecidas .
Perú	Villar (2011) Pamo - Reyna (2013)	Fortalecimiento de la atención integral de la salud en el nivel primario: Creencias populares sobre la salud y la enfermedad que el paciente trae como parte de su bagaje cultural, por lo que debe estar atento a que dichas creencias y las suyas, no afecten la relación médico – paciente.
España	Palomino, Grande y Linares (2014) Bonilla (2014) González, Álvarez-Dardet y López (2017)	La salud no solo responde a un estricto paradigma biológico también es un proceso ceñido por circunstancias sociales y económicas . La educación sanitaria beneficia al paciente renal en su autocuidado. Se destaca el Género como un determinante
Reino Unido	Marmot (2017)	Importancia del gradiente social para la salud , capacitando profesionales de salud a una mayor perspectiva en su forma de ver al paciente.

notimérica / comunicados Publicado 20/04/2021

Los grupos de pacientes renales de EE.UU. y la UE se unen en un consorcio de innovación mundial

El esfuerzo de colaboración va a impulsar *The Decade of the Kidney™*, una iniciativa mundial de la AAKP, lanzada en el año 2019 para la década 2020-2030, con la que pretende apoyar un consorcio internacional dirigido por pacientes para impulsar la enfermedad renal como una prioridad de salud global y para alinear mejor las políticas normativas del gobierno y de pago de forma que las barreras bloqueen la entrada rápida de innovaciones de tratamiento dentro de los mercados de consumo que se eliminan.

SALUD RENAL POBLACIONAL.

Un nuevo paradigma para el manejo de la enfermedad renal crónica.



Todos por la equidad

Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud

RIO DE JANEIRO | BRASIL | 19-21 DE OCTUBRE DE 2011



Organización
Mundial de la Salud

Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011

“... implementación de un enfoque de determinantes sociales de la salud para reducir las inequidades en salud y lograr otras prioridades globales ”

Acciones comprometidas



- Adoptar una mejor gobernanza para la salud y el desarrollo
- Promover la participación en la formulación y ejecución de políticas
- **Seguir reorientando el sector de la salud hacia la reducción de las inequidades en salud**
- Fortalecimiento de la gobernanza y la colaboración mundiales
- Monitorear el progreso y aumentar la rendición de cuentas
- Llamado a la acción global.

La **Salud Renal Poblacional** involucra una **acción colectiva, un enfoque transdisciplinario**, con plena participación de la sociedad, independientemente de su formación educativa, profesional o académica.



Review

Population Kidney Health. A New Paradigm for Chronic Kidney Disease Management

Rafael Burgos-Calderón ¹ , Santos Ángel Depine ^{2,3,*}  and Gustavo Aroca-Martínez ²

¹ Medical Science Campus, Universidad de Puerto Rico, San Juan 00936-5067, Puerto Rico

² School of Health Sciences, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla 80001, Colombia

³ Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina, Buenos Aires C1053ABW, Argentina

Academic Editors: Luis D'Marco and María Jesús Puchades

Int. J. Environ. Res. Public Health **2021**, *18*(13), 6786; <https://doi.org/10.3390/ijerph18136786>

Received: 9 May 2021 / Revised: 20 June 2021 / Accepted: 20 June 2021 / Published: 24 June 2021

(This article belongs to the Special Issue **Chronic Kidney Disease: The Global Challenge**)

Las políticas públicas sanitarias deben generar espacios adecuados de comunicación fehaciente, sobre todo por el amplio acceso que brindan las redes sociales.



La **Infodemia**, que es una sobreabundancia de información —que puede ser correcta o no— durante una epidemia.

La Salud Renal Poblacional, debe incluir la **Infodemiología**, para gestionar adecuadamente toda la información de alcance popular y concienciar a la población sobre las mejores prácticas de autocuidado.

La Salud Renal Poblacional, debe articular y dar visibilidad a los **trabajadores de salud, enfermería comunitaria y promotores de salud** para la detección local y familiar de los factores de riesgo poblacionales, apoyándose en la **georreferenciación** y las nuevas tecnologías informáticas de **big data**.

Ejemplo de Georreferenciación en Nefritis Lúpica

**Gustavo Aroca-Martínez¹, Santos Depine²,
José R. Consuegra-Machado²,
Henry J. González-Torres²,
Moisés Arquez-Mendoza²,
Erick Estrada-García²**

¹ Universidad Simón Bolívar. Clínica de la
Costa. Barranquilla, Atlántico (Colombia);

² Universidad Simón Bolívar. Barranquilla,
Atlántico (Colombia)

Desarrollo y uso de una interfaz de programación de
aplicaciones modificada de GoogleMaps © para la
georreferenciación de pacientes con enfermedad glomerular

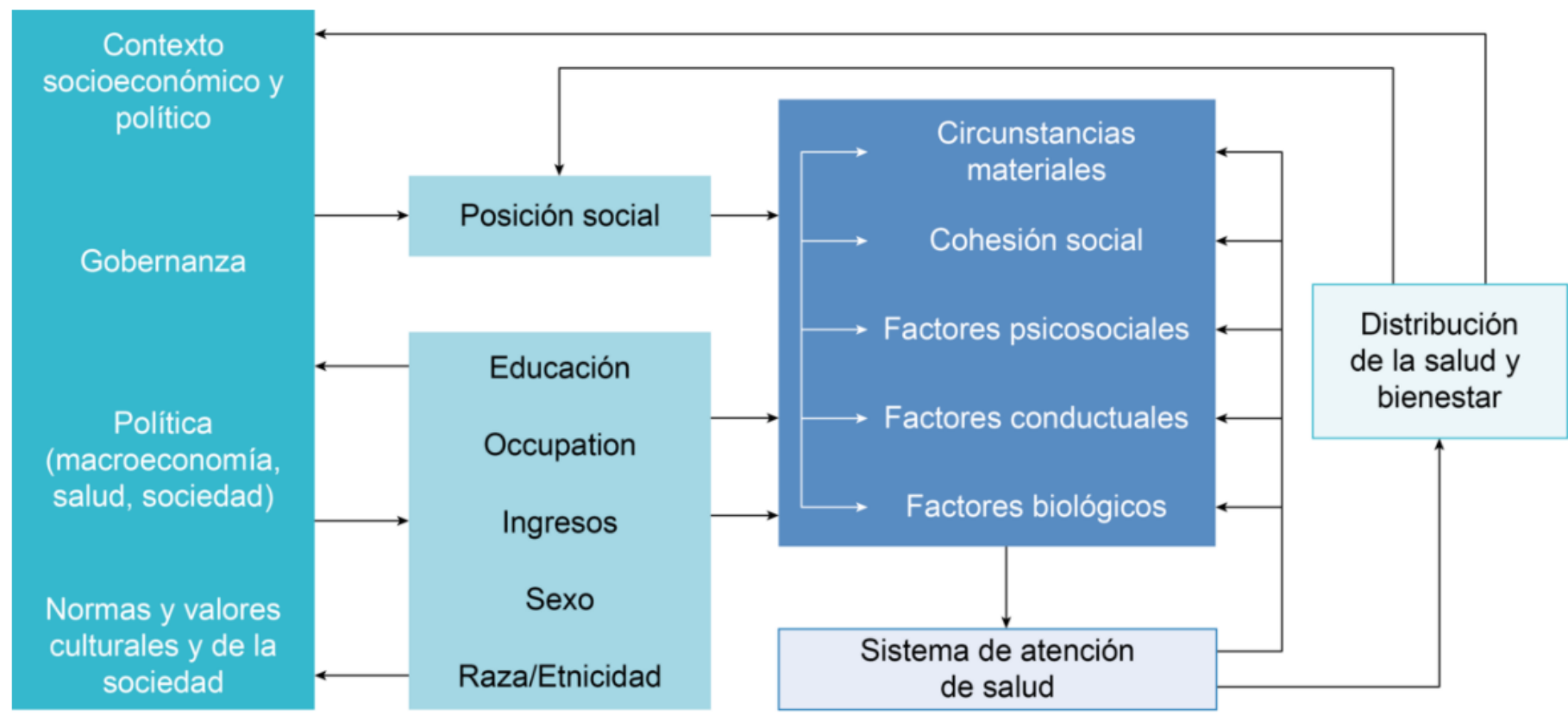
Enero de 2015



Imagen satelital con la ubicación de pacientes con enfermedad
glomerular, generada por la API de GoogleMaps®, a partir de los datos de
NEFRORED.

En azul los pacientes de sexo femenino y en rojo los pacientes de sexo masculino.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud



Marco Conceptual de la Salud Renal Poblacional

Es un continuo que incluye todos los determinantes, distales y proximales de la salud.



MODELO DE SALUD RENAL (CaCeREM). ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Burgos Calderon R, Depine S. 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

Se ha producido una reactivación de las distintas redes promotoras de la salud a nivel Regional, a saber, Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables; Universidades promotoras de la salud y escuelas promotoras de la salud.



*** CUENTAS NACIONALES: UNA LEGISLACIÓN QUE ASEGURE LOS RECURSOS ES FUNDAMENTAL**

Las tecnologías emergentes y los datos masivos (**big data**), pueden suponer beneficios para la salud pública como nunca antes en la historia de la humanidad.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

CD57/9

10 de agosto del 2019*

57.º CONSEJO DIRECTIVO

71.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019

Punto 4.7 del orden del día provisional

PLAN DE ACCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO
DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD 2019-2023

Línea de acción estratégica 4: Innovación, integración y convergencia

Adopción de modelos metodológicos y aplicaciones tecnológicas, tecnologías de la información y de datos masivos (**big data**), incluida la participación del sector de la salud en las iniciativas de gobierno electrónico y gobierno abierto.

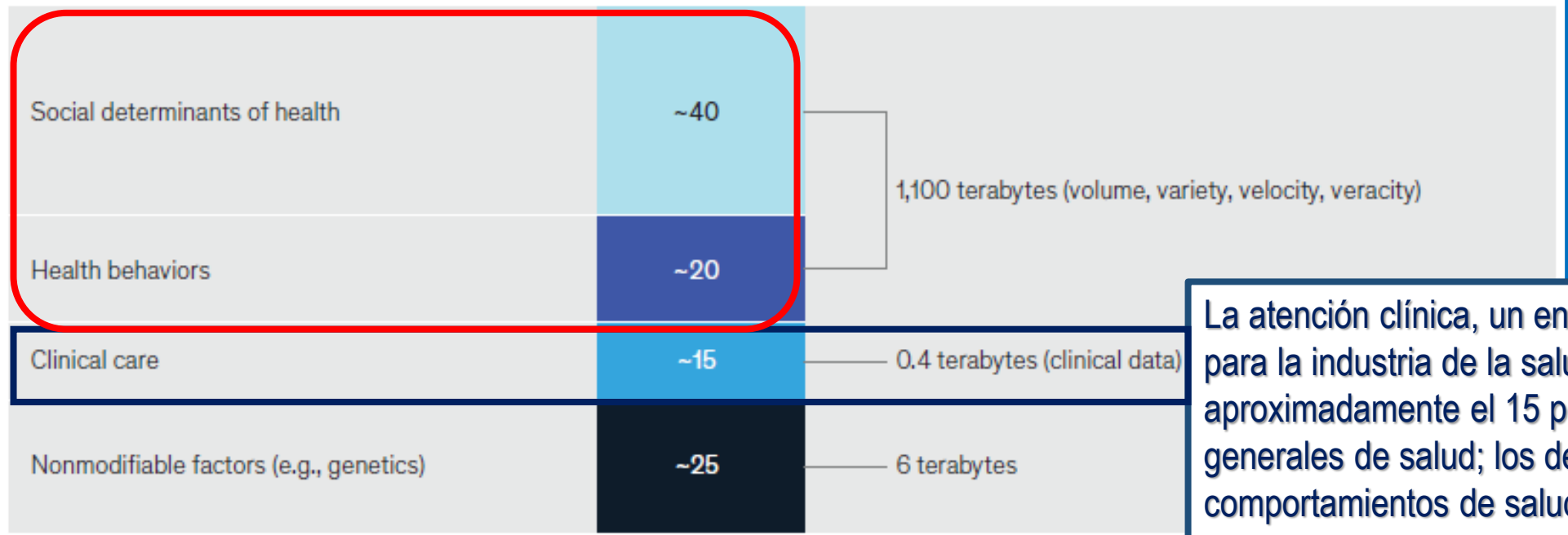
The era of exponential improvement in healthcare?

May 2019 By Shubham Singhal and Stephanie Carlton

Societal issues have a major impact on consumer health

Factors that contribute to health outcomes, %

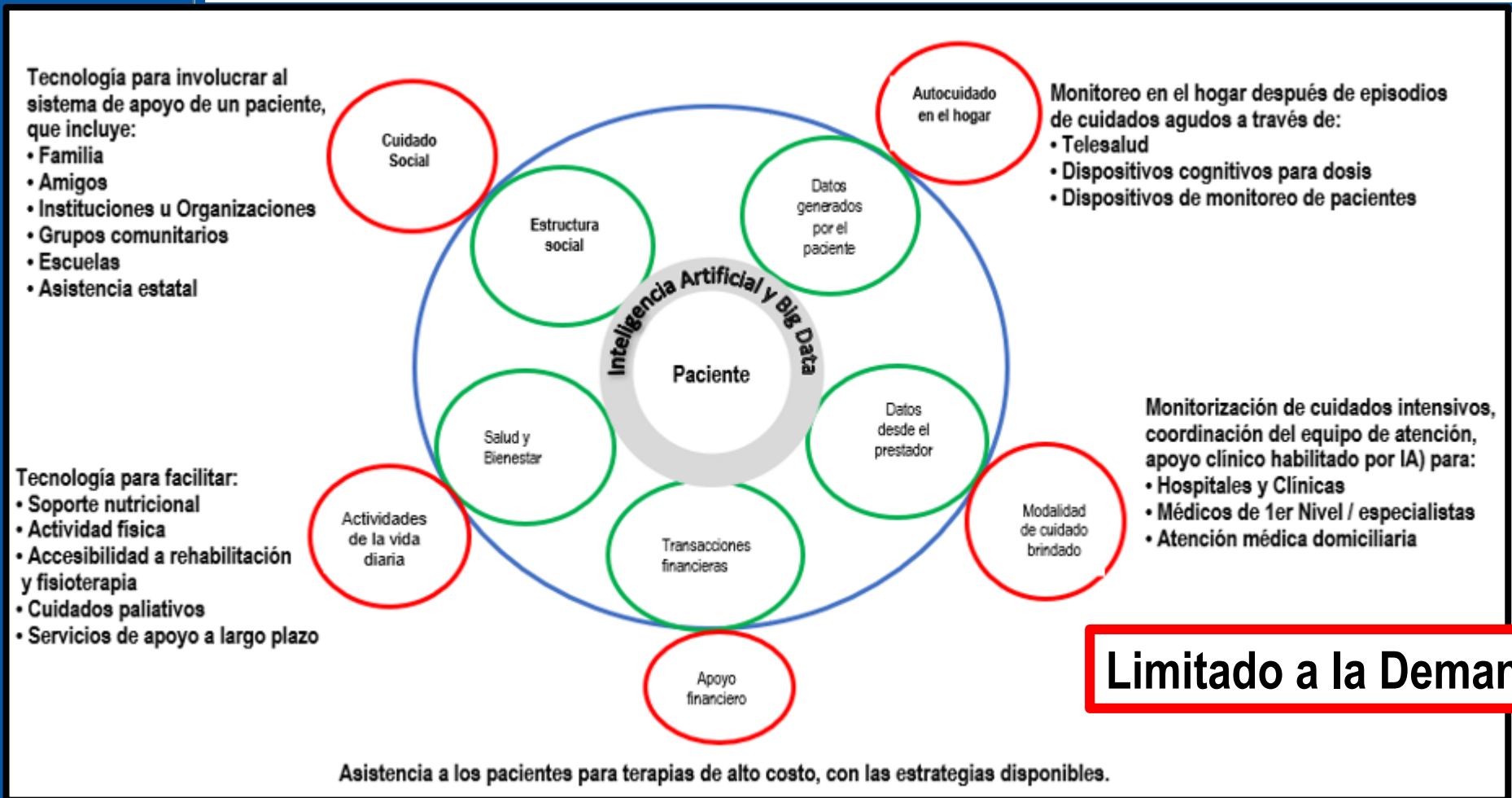
Average amount of data generated over a person's lifetime



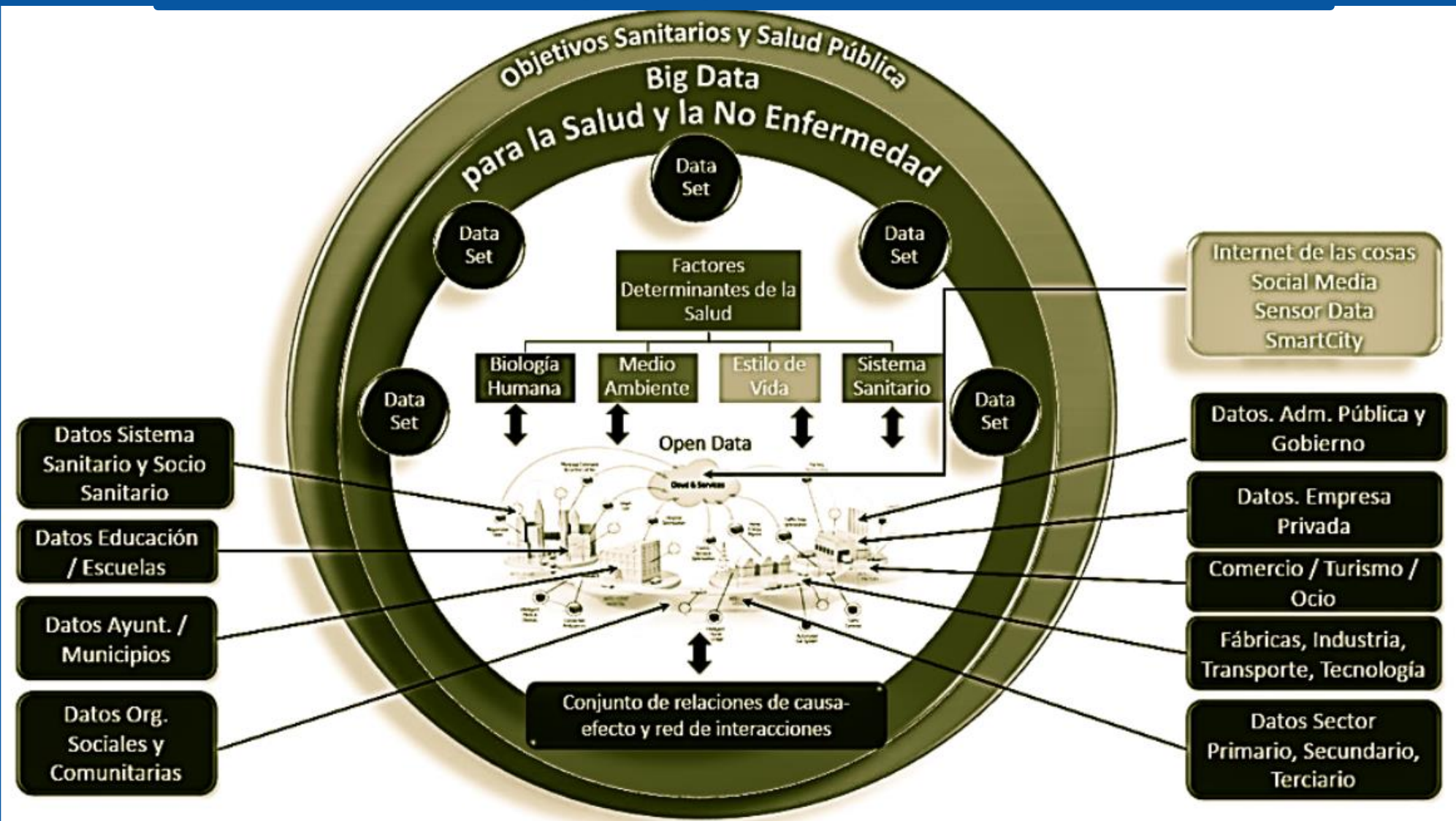
La atención clínica, un enfoque importante y principal para la industria de la salud hasta la fecha, explica aproximadamente el 15 por ciento de los resultados generales de salud; los determinantes sociales, los comportamientos de salud y la genética explican el resto.

Source: Bureau of Labor Statistics; Robert Wood Johnson Foundation; IBM Watson (Latts L. *The age of big data and the power of Watson*. European Medicines Agency presentation. Updated April 1, 2017); McKinsey analysis

Prácticas complementarias desde la informática en salud: Visión 360 ° de la salud del paciente con monitoreo de inteligencia artificial, alertas y participación.



Prácticas necesarias desde la informática en salud: Esquema básico de Big Data y Determinantes Sociales en Salud



Addressing the social determinants of health: Capturing improved health outcomes and ROI for state Medicaid programs

Erica Coe, Marc Berg, Seema Parmar, and Danielle Feffer April 2019

Las iniciativas estatales para abordar los Determinantes Sociales de la Salud, **mejoran los resultados de salud y reducen los costos de atención médica.** La analítica avanzada, las intervenciones adaptadas a las comunidades y las asociaciones con incentivos efectivos son fundamentales. Los esfuerzos exitosos pueden resultar en **programas más sostenibles así como beneficiarios más saludables y comprometidos.**

Edición especial /Special Issue
Prevención de la Enfermedad Renal Crónica


Revista Colombiana de Nefrología
Vol. 8, Núm. 3 (2021) - Publicación continua

<http://dx.doi.org/10.22265/acnef.8.3.576>

Editorial

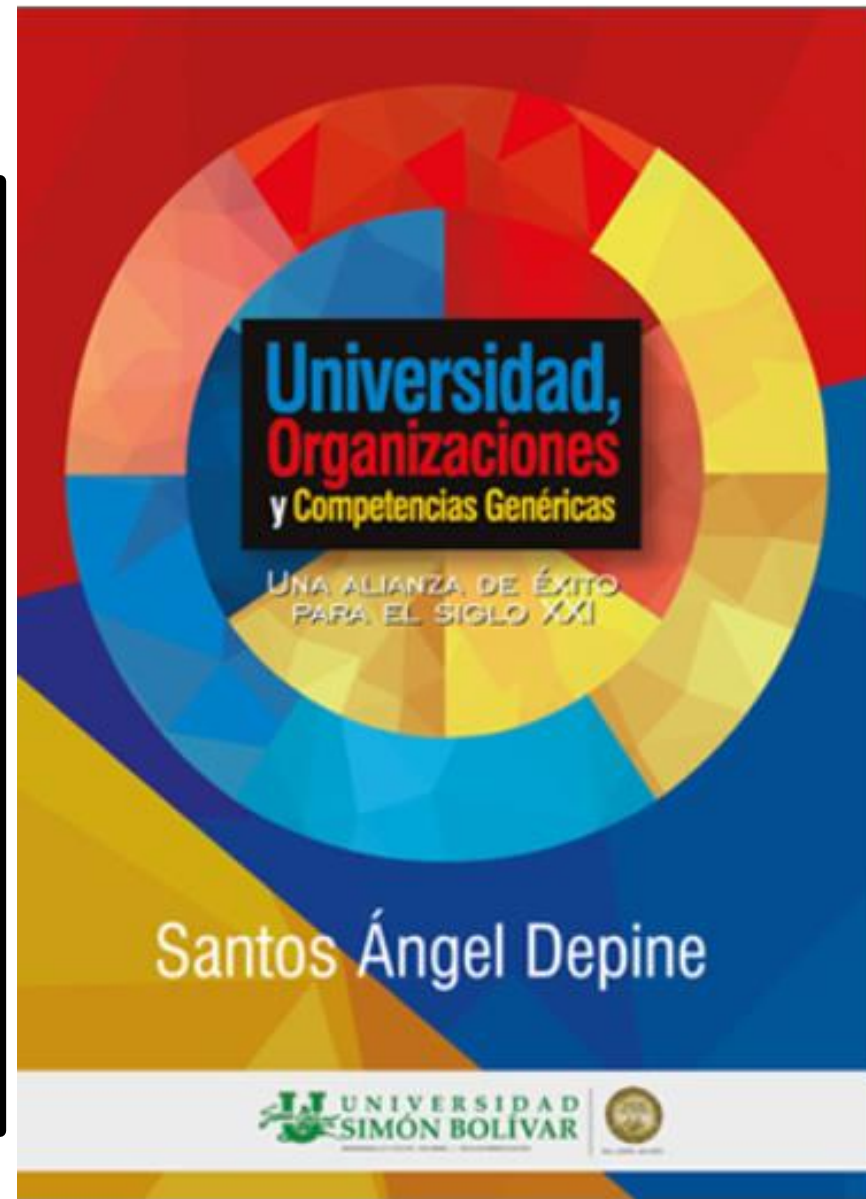
Del modelo biomédico a la salud renal
poblacional. Un cambio paradigmático
imprescindible

From the biomedical model to population kidney health. An
essential paradigm shift

Santos Ángel Depine ^{1,2} 

Estas innovaciones disruptivas, además de necesarias, son posibles.

Para ello, los decisores en salud deberán facilitar la aparición de nuevos Liderazgos Resonantes, propiciarán alianzas estratégicas entre la Universidad y las Organizaciones, para lograr, mediante el ejercicio pleno de las Competencias Técnicas, equipos de alto rendimiento que se autolideren, mediante las propias Competencias Genéricas Transversales de sus miembros.



“Los planes sólo son buenas intenciones a menos que se degeneren de inmediato en trabajo duro” ~ *Peter Drucker*

¡.... Y nuestro trabajo duro, deberá ser la de implementar una salud renal poblacional que de respuesta a las verdaderas necesidades de las personas, en cualquier lugar en la que habiten....!

¡Muchas gracias!