

La Orden médica en tiempo de la reforma

Dr. Christian R. Miranda-Orrillo

Director general del Fondo Editorial Comunicacional del CMP
Director general de la Academia Peruana de Salud

Sus ríos lavan oro, pero sus cerros tosen y sus niños de los Andes y la selva marginal no llegan siquiera a sobrevivir su infancia; lamentablemente, no muchos llegan a contar su adolescencia. Nuestra realidad es que millones de peruanos viven injustamente en situación de extrema pobreza y de alta vulnerabilidad social y ambiental, en un clima de violencia e inseguridad. Apenas 30% de la población tiene acceso al seguro social de Essalud, pero con un alto nivel de insatisfacción. La cobertura integral del Seguro Integral de Salud (SIS) no sobrepasa el 42%. Las entidades prestadoras de salud (EPS) cubren apenas el 1,7% de la población, pero invierten veinte veces más que lo invertido por persona por el Minsa en el SIS.

En los casi ochenta años que tenemos Ministerio de Salud ha habido muchos intentos o fases de reformas.

La primera fase fue la atención primaria de salud después de Alma Ata, con acciones preventivas promocionales y extensión de cobertura en el primer nivel de atención.

La segunda fase, en los inicios de la década de 1990, con la expansión de la infraestructura y la focalización de la pobreza. Luego se crean los programas de salud básica para todos y los acuerdos de gestión con más recursos humanos, con lo que mejora la capacidad instalada. Aparece también la congestión de los servicios a través de las comunidades locales de administración en salud (CLAS), y, luego, la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, con el nacimiento de las entidades prestadoras de salud (EPS). El entonces secretario general de la Organización de Naciones Unidas, Kofi Annan, ya vislumbraba la impotencia de no alcanzar los objetivos del milenio, particularmente en la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se abordasen decididamente los problemas de integralidad y equidad. Y para ello era preciso intensificar esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud.

La tercera fase fue la focalización de la demanda, donde emergieron el seguro escolar gratuito y el seguro

materno-infantil. Durante el gobierno de transición del Dr. Valentín Paniagua, de 2000 a 2001, se integraron ambos y se diseñó el Seguro Público de Salud, que fue seguido por el SIS: una desnaturalización poco eficiente del primero, con grandes filtraciones, subcobertura y serios problemas de sostenibilidad financiera.

Hoy en día, los sistemas de protección social deben ser vistos con la óptica del desarrollo y una mayor y significativa participación estatal con un financiamiento del sector suficiente y eficiente. La estrategia macroeconómica debe ser articulada con el desarrollo social y estructurada sobre la base del crecimiento económico, la generación de empleo, la utilización del bono demográfico y de género, la puesta en agenda de la revalorización del salario mínimo, el aumento del gasto del Estado en políticas sociales no asistencialistas y el fomento de la seguridad social universal integral.

La situación deplorable de los establecimientos de salud, según el reporte de 2013 de la Contraloría General, que señala la existencia de hospitales como el de Cerro de Pasco, que no cuentan con agua potable permanentemente, desnuda nuestra triste realidad de país con laureado y sostenido crecimiento económico y, al mismo tiempo, los niveles más bajos de inversión en salud en América Latina. Estas condiciones permiten que se perpetúen las enormes brechas de infraestructura y el escaso desarrollo del potencial humano; así, se conmina a muchos profesionales a emigrar al extranjero, por la ausencia de reales incentivos económicos.

La actual propuesta de reforma del Ministerio de Salud profundiza la segmentación, favorece las políticas de privatización y tercerización, no prioriza la excelencia en la formación de recursos humanos en salud y difunde paquetes específicos de aseguramiento, tan injustos como inequitativos.

Hermanos miembros de la Orden médica, ¡es tiempo de actuar!

"El Perú es un mendigo
sentado en un banco de oro."

Diagnóstico de albuminuria en pacientes mayores de 55 años en una red asistencial

Albuminuria diagnosis in patients over 55 years of a care network

**Luis Edgardo Figueroa-Montes,¹
Mariza Yolanda Ramos-García²**

1. Médico patólogo clínico, servicio de Laboratorio, Hospital III Suárez Angamos, EsSalud. Lima, Perú.
2. Médico patólogo clínico, servicio de Laboratorio, Hospital III Suárez Angamos, EsSalud, Lima, Perú.

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar el diagnóstico de albuminuria (microalbuminuria, macroalbuminuria) en pacientes mayores de 55 años de la Red Asistencial Rebagliati (RAR), mediante el cociente albúmina/creatinina (A/CR). **MATERIALES Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio transversal descriptivo durante 2012, en adultos mayores de 55 años de la RAR, de ambos sexos, a quienes se les realizó los test de albúmina y creatinina en orina. Se utilizó el cociente A/CR para la valoración de albuminuria (microalbuminuria, macroalbuminuria). **RESULTADOS.** Participaron en el estudio 3 943 pacientes. La mediana de edad fue 70 ± 8,96 años, y 57,10% (N = 2250) fueron mujeres. El 23% (N = 918) de pacientes presentaron albuminuria; 17,92% (N = 706), microalbuminuria; 5,38% (N = 212), macroalbuminuria. El Hospital III Suárez Angamos presentó el mayor porcentaje de pacientes con albuminuria. Cuando se evalúa la fuerza de concordancia kappa entre el método albúmina en orina y el cociente A/CR, se observa una concordancia considerable (k = 0,789) entre estos métodos diagnósticos. **CONCLUSIONES.** El 23,30% de los pacientes mayores de 55 años de la RAR presentaron albuminuria. Un total de 212 (5,68%) pacientes presentó macroalbuminuria. Una intervención terapéutica a este tipo de pacientes con micro o macroalbuminuria disminuirá eficazmente el aumento de la ERC en la RAR.

PALABRAS CLAVES. Albuminuria, falla renal crónica.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To determine the diagnosis of albuminuria (microalbuminuria, macroalbuminuria) in patients over 55 years of Rebagliati Care Network (RCN) using the albumin/creatinine ratio (A/CR). **MATERIALS AND METHODS.** We performed a cross-sectional, descriptive study during 2012, in adults over 55 years of RAR, of both sexes, who have conducted tests on urine albumin and creatinine. We used the ratio A/CR for the assessment of albuminuria (microalbuminuria, macroalbuminuria). **RESULTS.** The study involved 3943 patients. The median age was 70 ± 8,96 years and 57,10% (N = 2250) were women. The 23% (N = 918) of patients had albuminuria, 17,92% (N = 706) microalbuminuria and 5,38% (N = 212) macroalbuminuria. The Hospital III Suárez Angamos had the highest percentage of patients with albuminuria. When evaluating the strength of Kappa between urinary albumin method versus the ratio A/CR observe a substantial concordance (k = 0,789) between these diagnostic methods. **CONCLUSIONS.** The 23,30% of patients over 55 years of RCN, presented albuminuria. A total of 212 (5,68%) patients had macroalbuminuria. A therapeutic intervention for these patients with microalbuminuria or macroalbuminuria, effectively decrease the increase of chronic kidney disease in the RCN.

KEY WORDS. Albuminuria, chronic renal failure.