



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

Maestría en Salud Pública

Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública:

LA ATENCIÓN MÉDICA A ENFERMOS RENALES.

LAS PERSPECTIVAS DE MÉDICOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD DE SAN LUIS
POTOSÍ

Autor: Med. Cir. Carlos Roberto Vásquez Zapata

Director de tesis: Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Coasesora de tesis: Dra. Yesica Rangel Flores

San Luis Potosí, S.L.P., México.

Septiembre de 2018



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

Maestría en Salud Pública



Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública:

LA ATENCIÓN MÉDICA A ENFERMOS RENALES.

LAS PERSPECTIVAS DE MÉDICOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD DE SAN LUIS
POTOSÍ

Presenta:

Med. Cir. Carlos Roberto Vásquez Zapata

Director de tesis:

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Coasesora de tesis:

Dra. Yesica Rangel Flores



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

Maestría en Salud Pública



Tesis

Para obtener el grado de Maestro en Salud Pública:

LA ATENCIÓN MÉDICA A ENFERMOS RENALES.

LAS PERSPECTIVAS DE MÉDICOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE
ATENCIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD DE SAN LUIS
POTOSÍ

Presenta:

Med. Cir. Carlos Roberto Vásquez Zapata

Sinodales

Dra. Ma Del Carmen Pérez Rodríguez

Presidenta

Firma

Dra. Verónica Gallegos García

Secretaria

Firma

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Vocal

Firma

San Luis Potosí, S.L.P., México.

Septiembre de 2018

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un severo problema de salud y en América Latina, México ocupa el primer lugar de incidencia. Aunado a esto, la atención médica brindada a enfermos renales dista de ser la ideal, debido a que existen diversas situaciones que interfieren con un acceso oportuno y eficiente.

Objetivo: Conocer las perspectivas del personal médico de primer y segundo nivel sobre la atención médica que brindan a quienes padecen ERC en instituciones públicas de San Luis Potosí.

Metodología: Estudio cualitativo. Fueron entrevistados 7 médicos de primer nivel de atención y 6 médicos del segundo nivel. Se realizó Análisis Crítico del Discurso desde la propuesta de Fairclough.

Resultados: Existe una importante sobrecarga de trabajo, saturación de servicios de salud y desabasto de medicamentos en el sector público. La comunicación entre primer y segundo nivel es deficiente, principalmente por el sistema de referencia y contrarreferencia que es lento y poco claro. Ambos grupos refieren que los enfermos renales no se preocupan por su enfermedad. Los nefrólogos creen que los médicos de primer nivel no son capaces de tratar la ERC. **Conclusiones:** Es imprescindible un programa de capacitación continua para el médico de primer nivel sobre la ERC. Los medios electrónicos pueden ser útiles para mejorar la comunicación entre niveles. La formación de recursos humanos en salud en conjunto con la creación de espacios hospitalarios es indispensable para una buena atención de la ERC. Es necesario realizar estudios que indaguen las perspectivas de otros actores involucrados como los directivos.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, perspectivas, atención médica, análisis del discurso

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) is a severe health problem. In Latin America, Mexico ranks first in incidence. In addition to this, the medical care provided to kidney patients is far from ideal, because there are several situations that interfere with timely and efficient access. **Objective:** Knowing the perspectives of the primary and secondary health care personnel about the medical attention they provide to those suffering from CKD in public institutions of San Luis Potosí. **Methodology:** Qualitative research. 7 primary health care physicians and 6 secondary health care providers were interviewed. Critical Discourse Analysis was conducted from the Fairclough's model. **Results:** There is an important overload of work, saturation of health services and shortage of medicines in the public sector. The communication between the primary and the secondary care is deficient, mainly because of the reference and counter-reference system that is slow and unclear. Both groups report that kidney patients do not worry about their disease. Nephrologists believe that primary health care physicians are not able to treat CKD. **Conclusions:** A continuous training program for the primary health care provider on CKD is essential. Electronic media can be useful to improve communication between health care professionals. The training of human resources in health in conjunction with the creation of medical facilities is essential for good care of the ERC. It is necessary to carry out studies that investigate the perspectives of other involved actors such as managers.

Key words: Chronic kidney disease, perspectives, medical attention, discourse analysis

ÍNDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Definición de la ERC.....	18
2.2. Manifestaciones clínicas y complicaciones asociadas a la ERC	19
2.3. Tratamiento	21
2.4. Marco normativo en México sobre la ERC	21
2.5. Epidemiología, factores de riesgo y daños a la salud.....	23
2.6. Perspectivas	27
2.7. Conceptos ordenadores	28
2.8. Antecedentes del objeto de estudio.....	29
2.9. Análisis crítico del discurso.....	34
CAPÍTULO III: OBJETIVOS.....	37
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	38
4.1. Tipo de estudio y diseño.....	38
4.2. Límites de tiempo y espacio	38
4.3. Selección de informantes	40
4.4. Técnicas de recolección de información.....	41
4.4.1. Entrevistas semi-estructuradas	41
4.4.2. Observación Participante.....	42
4.4.3. Notas de campo	44
4.5. Procedimientos.....	44
4.5.1. Contacto con médicos de primer nivel.....	45
4.5.2. Contacto con médicos de segundo nivel	46

4.5. Análisis de datos	47
4.6. Consideraciones éticas y legales	48
CAPÍTULO V.- RESULTADOS.....	50
5.1. Saturación teórica de los datos	50
5.2. Resultados de técnicas etnográficas	50
5.2.1. Entrevistas semiestructuradas.....	50
5.2.2. Observación participante	51
5.2.3. Notas de campo	51
5.3. Resultados del primer nivel de atención	51
5.3.1 Esfera estructural	51
5.3.1.1. Sobrecarga de trabajo	52
5.3.1.2. Desabasto de medicamento y planeación	53
5.3.1.3. Capacitación a médicos de primer nivel	55
5.3.2. Esfera relacional.....	56
5.3.2.1. Relación con los usuarios.....	56
5.3.2.2. Relación con otros profesionales de la salud en su centro de salud	57
5.3.2.3. Relaciones e interacción con el segundo nivel	58
5.3.3. Esfera ideacional	59
5.3.3.1. Las causas de la ERC según los médicos de primer nivel	59
5.3.3.2. Ideas sobre los usuarios de servicios de salud	61
5.3.3.3. Ideas de impotencia y fatalidad	62
5.3.3.4. Ideas sobre programas de asistencia social.....	62
5.4. Segundo nivel de atención	65
5.4.1. Esfera estructural	65
5.4.1.1. Prevención para la ERC	65
5.4.1.2. Sobrecarga de trabajo y saturación de los servicios de salud	66
5.4.1.3. Desabasto de recursos en salud	68
5.4.1.4. Acceso a los servicios de salud.....	69
5.4.2. Esfera relacional.....	70
5.4.2.1. Interacción con médicos de primer y segundo nivel de atención.....	70

5.4.2.2. Relación con las personas con ERC que reciben atención	71
5.4.3. Esfera ideacional	72
5.4.3.1. Causas de la ERC y aumento de incidencia.....	72
5.4.3.2. Ideas sobre la población con ERC.....	73
5.4.3.3. Impotencia al brindar la atención	75
5.4.3.4. Ideas sobre médicos de primer nivel y la atención médica.....	76
CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN	78
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS.....	87
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pronóstico de ERC por la TFG y categorías de albuminuria: KDIGO 2012.19	
Tabla 2. Centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí, pertenecientes a SSSLP.....	39

INTRODUCCIÓN

Para el año 2016, se estimó que la enfermedad renal crónica (ERC) afectó entre un 8 y 16% de la población mundial¹, y es un problema cada vez más grave en México, tanto por la prevalencia cada vez mayor de diabetes e hipertensión, como por los problemas del manejo adecuado de estas enfermedades en los servicios de salud del país². Además, su tratamiento tiene un costo elevado, debido a que su principal desenlace es la enfermedad renal de etapa terminal en la que se requieren terapias como la diálisis peritoneal, hemodiálisis o el trasplante renal.

La atención en el primer nivel es el núcleo del sistema de salud de un país. Debe contar con establecimientos que resuelvan problemas de salud de baja complejidad y está conformado por consultorios, policlínicas y centros de salud. Uno de los principales objetivos de este nivel es mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud, en este nivel; sin embargo, esto no se ha logrado de una manera óptima. En cuanto al segundo nivel de atención, está conformado por establecimientos que tienen a su disposición servicios de especialidad y alta tecnología, entre ellos, pediatría, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna y psiquiatría, se estima que entre ambos niveles se resuelven más del 90% de los problemas de salud.

La investigación en estos niveles es importante debido a que algunos estudios han revelado deficiencias en ambos ámbitos de atención para la ERC, tal es el ejemplo de Mercado & Hernández, que refieren deficiencias detectadas por los usuarios de los servicios de salud, como son falta de atención al momento de consulta, trato poco humanitario y definen estas relaciones como insatisfactorias. Por otro lado, los médicos mencionan que la atención en salud se ve afectada por las prácticas de los enfermos; no atienden a los tratamientos y desconocimiento o indiferencia a su enfermedad.³

México se enfrenta a un panorama poco favorable para las personas con ERC, ya que esta enfermedad ocupa los primeros lugares en prevalencia e incidencia de

ERC en estadio terminal en América Latina.^{4,5} En México, los factores de riesgo asociados a ERC como glucosa elevada en ayunas, hipertensión arterial e índice de masa corporal elevado⁶, son algunas de las situaciones que pueden y deben manejarse en el primer nivel de atención de una manera adecuada, lo anterior, incita a indagar más sobre las posibles situaciones que acontecen en el primer nivel y segundo nivel de atención que necesitan ser abordados de una manera distinta a lo biomédico y lo cuantitativo, para esto, se considera importante conocer las perspectivas del personal médico encargado de brindar atención médica a las personas con ERC y así visibilizar situaciones que pudiesen pasar desapercibidas si se realizan con métodos cuantitativos, con ello se busca comprender de una manera más completa qué es lo que sucede con la atención a quienes padecen esta enfermedad y por ende, la generación de información de utilidad para la evaluación del desempeño de los servicios de salud, tal como lo indica la función específica de la salud pública número 1.

El propósito de esta investigación es conocer cómo es la atención médica que reciben las personas con ERC, desde las perspectivas de los propios médicos de primer y segundo nivel de atención. Las perspectivas son un conjunto de normas, supuestos y valores que resultan de la vivencia del entorno, por lo tanto, permiten comprenderlo y explicarlo, por último, en un mismo grupo pueden existir múltiples perspectivas⁷. Teniendo en cuenta lo antes mencionado es importante también conocer, desde las perspectivas de los médicos las probables causas de la ERC en nuestro medio, tratamientos prescritos, estrategias de referencia al segundo nivel, comunicación entre niveles, cuál es la infraestructura con la que se cuenta y sus posibles propuestas para solucionar los distintos problemas que existen en su medio desde sus perspectivas.

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, con un alcance crítico-interpretativo y se utilizaron estrategias de la etnografía dado que se optó por asistir al lugar donde estos médicos trabajan.

En cuanto a la obtención de información, se utilizaron las técnicas de entrevistas semi-estructuradas y la observación participante. Mediante estas técnicas se obtuvo información para conocer las perspectivas de uno de los principales actores sociales en este problema de salud de pública. Se realizó Análisis Crítico del Discurso para incorporar una visión crítica sobre lo que ocurre en el día a día y poner atención a la dimensión del lenguaje como productor y moldeador de acciones.

Esta investigación incluye un apartado sobre el planteamiento del problema y la justificación del presente proyecto; en este apartado se enfatiza sobre la importancia del tema y del estudio como tal, además de contar con el apartado de marco teórico en el cual se desarrollan aspectos de la ERC, la historia natural de esta enfermedad, tratamientos; lineamientos nacionales e internacionales de estos así como estudios previos que apoyen la discusión de los resultados que se obtuvieron en referencia al problema de investigación. Además, en el apartado de metodología, se detallan las características de los participantes, los procedimientos realizados, las técnicas de recolección de información y más adelante se detallan las consideraciones éticas y legales tomadas en cuenta para realizar el presente proyecto, por último, se presenta un apartado de resultados de la investigación con su respectiva discusión, seguido de conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La ERC es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, su prevalencia e incidencia continúan en aumento con cifras importantes. Algunos factores, entre ellos el incremento de la esperanza de vida, han contribuido de manera negativa al problema, además, las tecnologías en salud se han vuelto más sofisticadas y alargan la vida, esto por supuesto a costos extraordinariamente elevados. Esta enfermedad se ha convertido en un reto para la salud pública, por los recursos que deben ser destinados, tanto financieros como de infraestructura, sin olvidar los recursos humanos en salud que muchas veces se ven rebasados por la enfermedad y requieren capacitaciones altamente especializadas.

De acuerdo con el estudio sobre la carga global de la enfermedad la ERC fue colocada como la causa número 27 de muerte en 1990, en 2010 se colocó en la posición número 18 a nivel mundial, durante este tiempo fue de las enfermedades que más se incrementó y escaló posiciones como causa de muerte a nivel mundial, apenas por detrás de VIH/SIDA.^{8,9}

Con una media estimada de 13.4% a nivel mundial, la ERC se posiciona por delante de la diabetes con un 8.2%. Al dividir por zona geográfica, la prevalencia de ERC en etapas avanzadas 3 y 5 en Europa es de 11.86%, Estados Unidos y Canadá con un 14.44%, Japón, Corea del Sur y Oceanía 11.73%, siendo un problema de salud pública importante en varios puntos del mundo.¹⁰

En América Latina, la prevalencia de enfermedad renal en etapa terminal con tratamiento renal sustitutivo se incrementó de 119 pacientes por millón de habitantes (PMH) en 1991 a 660 PMH en 2010, las cifras más elevadas fueron reportadas en Puerto Rico (1,355), Argentina, México, Uruguay y Chile reportaron cifras entre 777 y 1,136 PMH. Aunado a estas cifras de prevalencia, se ha incrementado el uso de hemodiálisis como principal terapia de reemplazo renal con un 75% del total de pacientes tratados con el 39% de estos en Brasil, mientras tanto, la diálisis peritoneal prevalece en El Salvador y México (67.6% y 55.9% respectivamente).¹¹

En cuanto a su incidencia en Latinoamérica, se estima que México es el país de Latinoamérica con la mayor tasa de ERC bajo tratamiento, con 458 PMH, seguido de Puerto Rico, Honduras, Chile y Brasil (368, 197, 174 y 173 PMH respectivamente).¹¹

En México, los casos de ERC han tenido un aumento importante, y se ha convertido en la enfermedad con mayor porcentaje de cambio con un 176% por encima de la diabetes mellitus (50%) y la enfermedad isquémica (42%), esto quiere decir que, los casos de ERC están aumentando más rápido que los de diabetes o enfermedad isquémica, además que se atribuye el 9.06% del total de muertes al año, 4 veces más comparado con el resto del mundo.¹²

A nivel estatal, la ERC se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad, siendo la sexta causa de ésta y la tercera causa de muerte prematura con un 230% de aumento en las muertes prematuras entre los años 1990-2013.¹³ Asimismo, las autoridades estatales en salud han declarado que la ERC es un serio problema de salud a nivel nacional, reflejo de una ausencia de políticas de prevención, con subregistros muy altos, problemas de detección oportuna y control; por estas situaciones que exponen las autoridades en salud se considera importante conocer las perspectivas de los médicos de primer y segundo nivel sobre este importante problema de salud pública y la forma de atenderlo.^{14,15}

Por otro lado, los costos de las enfermedades no transmisibles para el sistema de salud, las empresas y las personas, son considerables y cada vez mayores. Los gobiernos, las comunidades y las industrias privadas se ven afectados por los costos elevados de la muerte prematura y discapacidad de las personas, así como de los tratamientos y la prestación de cuidados para quienes tienen enfermedades no transmisibles. La causa de que esta carga sea tan pesada se debe al gran número de personas afectadas, especialmente, hombres y mujeres en edad de trabajar que no pueden conseguir un empleo seguro. Sin una adecuada prevención y detección temprana, estos costos aumentan, ya que se requieren tratamientos y medicamentos costosos, y aun bajo el consumo de ello, existe un acortamiento de la vida productiva.¹⁶

Se calculó que la diabetes representó un costo de 65,000 millones de dólares para la Región de las Américas en el año 2000; la mayoría de los costos fueron indirectos (54,000 millones de dólares). Se estimó que la complicación más costosa de la diabetes fueron las nefropatías.¹⁶

En México, los costos estimados para lograr una cobertura de la totalidad de la población (un estimado de 129,472 personas para el año 2009) con necesidad de TRR en una semana típica varía desde \$394 019 871.00 M. N., a precios promedio en instituciones públicas, hasta \$420 364 080.00 M. N. a precios de contratación de subrogación. De estas cantidades el hasta el 89% corresponde a insumos para el tratamiento.²

Con relación a estudios previos que abordan la ERC y el primer nivel de atención, Bowman y colaboradores en 2013, realizó en Estados Unidos un estudio en el cual señaló bajos índices de detección, bajo nivel en el conocimiento de la enfermedad renal, remarca la referencia tardía al nefrólogo para su cuidado, la escasa comunicación tras la derivación percibida por los médicos desde el primer nivel de atención al segundo nivel y problemas de infraestructura. Además, menciona que los beneficios de una detección y diagnóstico tempranos se reflejan en intervenciones oportunas para retrasar la progresión de la enfermedad a una etapa más avanzada en un tiempo corto.¹⁷

Un estudio de Pacheco-Domínguez realizado en México, indica que el personal de salud, específicamente los médicos, no cuentan con actualización en el campo de las enfermedades crónicas, en especial sobre la ERC, y los médicos que atienden el mayor número de personas con estas enfermedades son los que menor puntaje han obtenido en sus evaluaciones¹⁸. Por esto, es importante conocer qué es lo que acontece en el día a día, para comprender las diversas situaciones y poder aportar soluciones puntuales.

Haley y colaboradores reportaron que una intervención educativa para médicos de primer nivel en conjunto con especialistas en nefrología tiene amplios beneficios

para mejorar la evolución de personas con ERC¹⁹. Con este tipo de trabajos en conjunto se puede mejorar la atención para prevenir de una manera adecuada los riesgos potenciales de una referencia tardía como desórdenes del mineral óseo del hueso y anemia, los altos índices de catéteres de diálisis en comparación con las fístulas cuando se inicia la terapia renal sustitutiva y con un tiempo reducido para ofrecer consejería en las opciones de tratamiento en la etapa final de la ERC.

Es muy importante enfocar los esfuerzos y estrategias al primer nivel de atención y su relación con el segundo nivel, sin embargo, es sencillo enfocarse en tareas como capacitación y actualizaciones para conocer más a fondo las enfermedades crónicas, a pesar de esto como ya se mencionó en el estudio de Pacheco-Domínguez, no han aportado soluciones a este problema de salud pública y una mirada desde un enfoque cualitativo aportaría más información de lo que acontece en la cotidianidad de estos actores sociales que brindan la atención médica a enfermos renales.

Con respecto a estudios de tipo cualitativo Clement y colaboradores en 2016 realizaron una investigación en la cual se expresan varios puntos importantes sobre la atención médica que se brinda tanto en el primer nivel como en segundo nivel de atención. Si bien los médicos de cabecera y los profesionales de la salud de segundo nivel generalmente estaban de acuerdo con esto en principio, hubo varias barreras a esto que se expresaron. En primer lugar, hubo desconfianza entre los especialistas y los médicos generales. Los especialistas pensaban que los médicos de cabecera carecían de experiencia y requerían más educación en el manejo de la diabetes y la ERC para prevenir un manejo inapropiado. Ellos pensaron que los médicos generales sobre-referían a los usuarios y no daban prioridad a la gestión de la diabetes y la prevención de complicaciones, lo que resulta en remisiones tardías al segundo nivel de atención.²⁰

Por último en este apartado, estudios como el de Mercado & Hernández, Roberge, Clement, Lee, Maimela, Kazley y los colaboradores de cada uno de estos autores, se han enfocado a conocer las perspectivas de los médicos que trabajan con

personas con enfermedades crónicas, siendo estas perspectivas esenciales para poder conocer e identificar algunas barreras y fortalezas, abordar los retos, desarrollar e implementar intervenciones, con esto se buscará brindar una atención adecuada que a su vez puede tener un impacto favorable en la salud poblacional.

La presente investigación pretende aportar conocimiento sobre la atención médica para la ERC desde las perspectivas de los propios médicos tratantes tanto en el primer, como en el segundo nivel de atención. Conocer sus perspectivas sobre la atención médica que se brinda a quienes padecen esta enfermedad y arrojar claridad sobre algunos fenómenos que ocurren en el primer y segundo nivel de atención, que desde estudios con enfoques cuantitativos no sería posible conocer.

La relevancia de este estudio radica en que existen pocos estudios en México que investiguen las perspectivas de los médicos sobre la atención que se brinda a quienes padecen ERC. Los estudios que utilizan métodos cualitativos son adecuados para identificar elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planeación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos.²¹

Por último, disponer de la información que brinden los médicos sobre la atención en salud que se brinda en sus respectivos niveles favorecerá la implementación de nuevas estrategias, puede facilitar la toma de decisiones y destinar recursos de forma que la eficacia de los servicios de salud se incremente, por ende, mejorar la atención en salud ya que mediante la investigación de tipo cualitativa se comprenderá de una manera más profunda el fenómeno salud-enfermedad.

Las preguntas que dieron origen a esta investigación son:

- ¿Cuáles son las perspectivas del personal médico de primer y segundo nivel sobre la atención médica que se otorga a quienes padecen ERC?
- ¿Cuáles son las perspectivas del personal médico de primer y segundo nivel de atención en cuanto a la ERC y sus causas?

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Definición de la ERC

La ERC se define como la presencia de alteraciones en la estructura o función renal durante al menos tres meses y con implicaciones para la salud que puede ocurrir abruptamente, pero que puede resolverse o convertirse en crónica. Es un término general para referirse a diversos problemas que afectan la estructura y función renal con presentación clínica variable, en parte debida a su causa, severidad y nivel de progresión. Se conserva como definitorio el umbral de filtrado glomerular (FG) de 60 ml/min/1,73 m². Además de esto se tomarán como criterios diagnósticos la albuminuria elevada, alteraciones en el sedimento, estructurales histológicas y/o en pruebas de imagen.²²

Marcadores de daño renal

Criterios de ERC (cualquiera de los siguientes durante > 3 meses)

- Albuminuria elevada
- Alteraciones en el sedimento urinario
- Alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular
- Alteraciones estructurales histológicas
- Alteraciones estructurales en pruebas de imagen
- Trasplante renal
- FG disminuido: < 60 ml/min/1,73 m².²²

Tabla 1. Pronóstico de ERC por la TFG y categorías de albuminuria: KDIGO 2012

				Categorías de albuminuria persistente		
				Rango y descripción		
				A1	A2	A3
				Normal a ligeramente incrementada	Moderadamente incrementada	Severamente incrementada
				<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
				<3 mg/mol	3-30 mg/mol	>30 mg/mol
Categorías de TFG (ml/min/1.73m ²) Descripción	G1	Normal o elevado	≥ 90			
	G2	Ligeramente disminuido	60-89			
	G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
	G3b	Moderada a severamente disminuido	30-44			
	G4	Severamente disminuido	15-29			
	G5	Falla renal	≤ 15			

Verde: bajo riesgo (si no hay otros marcadores de daño renal); Amarillo: incremento moderado de riesgo; Naranja: alto riesgo; Rojo: muy alto riesgo. Adaptado de las directrices de la Iniciativa sobre la calidad de los desenlaces de la enfermedad renal (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative - KDOQI), de la Fundación Nacional del Riñón (National Kidney Foundation) ⁶

2.2. Manifestaciones clínicas y complicaciones asociadas a la ERC

Un riñón con una tasa de filtrado glomerular (TFG) normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se muestran cambios del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose

agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardiaca y edema pulmonar.²³

La hipertensión arterial es la complicación más común de la ERC, siendo el aumento del volumen corporal por retención de líquidos su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal^{6,22}. A esto se suma la disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.⁶

Las personas con ERC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. En las mujeres con ERC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de 20 ml/min/1.73 m², se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia, la uremia es un estado en el que los desechos derivados del metabolismo de las proteínas no son excretados correctamente por el riñón, provocando principalmente afección del sistema nervioso central (SNC). Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico.²³

Los pacientes con ERC cursan con síntomas tempranos de disfunción del SNC causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones. En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma.^{6,23}

2.3. Tratamiento

Las manifestaciones patológicas de la ERC se deben tratar de la manera siguiente:

- Anemia: ante la presencia de valores de hemoglobina menores a 10 g/dL se debe tratar con agentes estimulantes de la eritropoyesis después de alcanzar niveles aceptables de ferritina y saturación de hierro.
- Hipocalcemia: se debe tratar con suplementos de calcio o evitar el uso de calcitriol.
- Sobrecarga de líquidos: mediante diuréticos de asa o ultrafiltrado.
- Manifestaciones urémicas: se deberá tratar con terapia de reemplazo renal a largo plazo; hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal.²⁴

En general, el tratamiento de la enfermedad renal debe incluir una terapia específica basada en el diagnóstico, evaluación y manejo de condiciones de comorbilidad, disminuir o desacelerar la pérdida de la función renal, prevención y tratamiento de enfermedad cardiovascular, prevención y tratamiento de complicaciones por disminución de la función renal.²⁵

El reemplazo de la función renal mediante diálisis y trasplante se indica cuando se está en presencia de acidosis metabólica severa, hiperkalemia, pericarditis, encefalopatía, sobrecarga de líquidos intratable farmacológicamente, malnutrición, neuropatía periférica, síntomas gastrointestinales que no se controlan farmacológicamente y personas con TGF con valores entre 5-9 ml/min/1.73 m², sin importar la causa de la ERC, la presencia o ausencia de comorbilidades.²⁴

2.4. Marco normativo en México sobre la ERC

Actualmente México cuenta con Guías de Práctica Clínica (GPC) como la guía de “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica temprana”, esta guía aporta recomendaciones para el médico de primer nivel, para que este sea el canal de comunicación y pueda brindar una información confiable y de utilidad para mejorar la calidad de vida de las personas con ERC, entre algunas de ellas se recomienda asistir a grupos de autoayuda para lograr el empoderamiento del

paciente sobre su salud y modificar conductas de riesgo asociadas con la progresión del daño renal, entre otras recomendaciones para el médico de primer nivel se encuentran recomendaciones para el uso de ciertos medicamentos en el tratamiento de la ERC.

En general, estas guías revisan el diagnóstico y tratamiento de la ERC, además de dar evidencias y recomendaciones para tratamientos, que, aunque mantengan cierta esencia de las guías internacionales actuales denotan cierto rezago en las nuevas clasificaciones y recomendaciones de los expertos en nefrología.

Existen otras guías de menor relevancia para la atención en el primer nivel como son: “Manejo de accesos vasculares en hemodiálisis en adultos con insuficiencia renal crónica en segundo y tercer nivel de atención” y “Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica segundo y tercer nivel de atención”.

En cuanto a normas oficiales para la correcta atención de esta enfermedad, en México no existe una NORMA Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ERC, a diferencia de enfermedades como tuberculosis, por ejemplo, y el único documento que está relacionado es la “NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.”, que establece los requisitos mínimos que deberá reunir el personal de salud y los establecimientos médicos, para la realización de la hemodiálisis, así como los criterios científicos y tecnológicos obligatorios a que deberá sujetarse dicha aplicación, esta situación es de importancia ya que no existe una normativa para la correcta atención de esta enfermedad.

Además, otra ausencia importante es que no existe un Programa de Acción Específico para la ERC, en el cual se brinde información esencial para la sensibilización sobre esta importante enfermedad.

2.5. Epidemiología, factores de riesgo y daños a la salud

A nivel mundial, la enfermedad renal crónica es causante tan solo del 2.17% de total de las muertes al año y se estima que alrededor del 10% de la población mundial es afectada por la ERC.^{12,26}

En nuestro país, se atribuye el 9.02% del total de las muertes a la ERC en el año 2016 para todas las edades y ambos sexos, con un cambio anual del 4.26%; comparado con el año de 1990, en el cual, el 2.93% de las muertes para todas las edades fueron por ERC, sin embargo, su tasa de cambio anual era la misma para ese año (4.26%). Esto, a su vez comparado con el resto del mundo nos arroja que para el año 2016, las muertes por ERC corresponden al 2.17% del total de muertes, con una tasa de cambio de 1.32%. Analizando las cifras, en México la muerte por ERC es 4 veces más frecuente en comparación con el resto del mundo y su ritmo de crecimiento es casi 4 veces más rápido en nuestro país.¹²

En México, un gran número de los casos de las enfermedades no transmisibles (ENT) se encuentran en personas por arriba de los 50 años, debido a esto, la mayoría de los casos de ERC se presentan en personas que tengan más de 50 años. Analizando ambos sexos, para el año 2016, encontramos que en el rango de edad de 50 a 69 años el total de muertes por ERC asciende al 15.88% del total de muertes en mujeres y en hombres 12.12% de las muertes, con una tasa de cambio anual de 3.7% y 3.63% respectivamente, siendo este grupo de edad en el que más muertes se registran.¹²

En el año 1990 dentro de la categoría de ENT la ERC ocupaba el sexto lugar de muertes en hombres de 50 a 69 años con una tasa de 56.69 por 100,000 habitantes (54.21 – 59.43), para el año 2016, ascendió al tercer lugar con una tasa de 145.82 muertes por 100,000 habitantes (138.42 – 153.27) y un cambio del 157.22% en relación con los casos. En cuanto a la población femenina, en 1990 la ERC ocupaba el cuarto lugar con 50.19 muertes por 100,000 habitantes (48.25 – 52.19), en 2016 ocupa el primer lugar en el mismo rango de edad, con 131.27 muertes por cada

100,00 habitantes (125.33 – 136.88) con un cambio del 161.27% en los casos desde el año 1990 al 2016.¹²

Los factores de riesgo asociados a muerte por ERC en ambos sexos y todas las edades en México son principalmente metabólicos, se relaciona el 100% (9.02% del total de muertes) de los casos de muerte este factor. En las categorías específicas de factores metabólicos relacionados a muerte por ERC, el 7.12% de las muertes por ERC se relacionan a la glucosa elevada en ayunas, en menor proporción, la presión arterial sistólica elevada con 4.79% del total de muertes y el índice de masa corporal elevado con 3.92% del total de las muertes se relaciona a este factor de riesgo. En comparación con el resto del mundo, es importante remarcar que, en México, la glucosa elevada en ayunas se relaciona 4.97 veces más a muerte por enfermedad renal crónica que en el resto del mundo (7.12% y 1.43% respectivamente), en tanto que la hipertensión se relaciona 3.77 veces más a muerte en México que en el resto del mundo (4.79% y 1.27% respectivamente).¹²

Los AVISA son la suma de los años de vida sana perdidos por muerte prematura y los años vividos con discapacidad. En México el cambio porcentual en los años 1990-2013 para la ERC ascendió a 176%, siendo la enfermedad con mayor porcentaje de cambio, por encima de la diabetes con un 50% y la enfermedad isquémica con aproximadamente un 42%.¹³

Para el año 2016 la ERC en México causó el 5.49% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (del inglés *Discapacity Adjustment Lived Years* ó *DALY's*) para ambos sexos y todas las edades, con una tasa de cambio de 3.51%, en comparación con el resto del mundo (1.43% y 0.64% respectivamente), podemos concluir que en México existe 3.7 veces más la cantidad de años de vida saludables perdidos por la ERC, y que las personas que viven con discapacidad por esta enfermedad crecen 5.8 veces más rápido en comparación con el resto del mundo.¹²

En cuanto al riesgo atribuible a los diversos elementos que propician la ERC, los factores metabólicos son los que más peso tienen para desarrollar la ERC y generar

años de vida saludable perdidos con un 5.28% del total de los *DALY's*, factor que a nivel mundial también se coloca en el primer lugar de riesgo atribuible, sin embargo, con un 1.43% del total de *DALY's*. En México es 3.6 veces más alta la cantidad de años de vida saludable perdidos asociados a los factores metabólicos, esto para ambos sexos y todas las edades. Profundizando en los factores metabólicos, la glucosa elevada en ayunas representa el 4.22% (del total de los *DALY's*), la presión arterial sistólica elevada un 2.65% y el índice de masa corporal elevado un 2.22%, esto para todas las edades y ambos sexos; de estos factores es de recalcar que la glucosa elevada en ayunas, en México, es 5.4 veces más grande el riesgo atribuible a causar años de vida saludable perdidos, en comparación con el resto del mundo (4.22% y 0.78% respectivamente).¹²

Otra de las mediciones en salud es la muerte prematura, como años de vida perdidos por muerte prematura (*YLL's*). Analizando las principales causas de *YLL's* en México, en el año 1990 la ERC ocupaba el lugar 13, en el año 2016 ocupó el segundo lugar con un cambio porcentual de 167.63%, por encima de enfermedades como diabetes (37%) y enfermedades cerebrovasculares (35.6%). En el año 2015, en México la ERC registró un 7.66% de los *YLL's*, su tasa de cambio asciende al 3.79%, en comparación con el resto del mundo, la ERC acumuló el 1.62% del total de *YLL's*, con una tasa de cambio del 0.61%. Examinando las cantidades, en México los años perdidos por muerte prematura son 4.6 veces más que en el resto del mundo y su tasa de crecimiento es casi 7 veces más rápida (6.88).¹²

En relación a los factores asociados a años de vida perdidos por muerte prematura, nuevamente los factores metabólicos se relacionan en un 100% para México, específicamente la glucosa elevada en ayunas se relaciona con un 6.3% del total de *YLL's* en comparación con las cifras del resto del mundo (0.88%), la glucosa elevada en ayunas se asocia 7 veces más a muerte prematura en México y la hipertensión se relaciona casi 4 veces más a la muerte prematura en México que en el resto del mundo.¹²

A nivel estatal, dentro de las primeras causas de *DALY's*, las enfermedades crónico-degenerativas encabezan la lista de enfermedades, en particular la ERC se encuentra en el sexto lugar, con un incremento de 162% comparando los años 1990-2013, los datos anteriores se refieren para ambos sexos y todas las edades siendo la enfermedad que más se ha incrementado en este lapso.¹³

En cuanto a muerte prematura, se ha identificado la transición epidemiológica principalmente, siendo las enfermedades crónico-degenerativas las principales causas de muerte prematura en el estado, en específico, la ERC se coloca en el tercer puesto con un aumento del 230% entre los años 1990-2013, esto para la población general y ambos sexos.¹³

En San Luis Potosí, se observa una congruencia en los factores de riesgo atribuibles para desarrollar enfermedades que son antecesoras de la ERC tales como: glucosa elevada en ayunas, factores de comportamiento como la dieta y el índice de masa corporal elevado, principalmente¹³. La mortalidad causada por la ERC asciende a 190, 230, 220, 215 y 208 casos de defunción en los años 2013, 2013, 2014, 2015 y 2016 respectivamente, acorde a datos del INEGI, siendo la décimo segunda causa de mortalidad para el año contabilizado más reciente.²⁷

Cabe destacar que una muy pequeña parte de la población con diálisis genera un alto costo de inversión. Actualmente, la ERC supera el gasto generado por los programas de atención a cáncer de mama, cáncer cervicouterino y al del virus de inmunodeficiencia humana.^{27,28}

2.6. Perspectivas

Para comenzar a hablar de lo que son las perspectivas es importante mencionar que estas se constituyen de percepciones e interpretaciones de los sucesos vividos y su interacción con el entorno, por lo tanto, es un proceso social. Las perspectivas están conformadas por percepciones y autores como Arizpe y cols., Lazos y Paré definen las percepciones como la forma en que las personas conocen y entienden su entorno. Milton define las percepciones como un proceso en el que interviene la experiencia y las vivencias personales que producen conocimiento y aprendizaje sobre el entorno. En un segundo acercamiento a las percepciones, Arizpe & cols. y Lazos & Paré centran su análisis en que las percepciones son útiles en la asignación de significados.⁷

Lo que se produce entonces a través de la percepción no son representaciones del mundo sino habilidades para manejarse en él, lo que da cabida posteriormente a la posibilidad de explicar y describir las acciones discursivamente a uno mismo y a los otros, es decir, interpretar.⁷

Al hablar de perspectivas se incluye también la reestructuración a partir de la experiencia social o su interpretación por lo cual, las percepciones por si solas hicieran referencia solamente a los conocimientos adquiridos por la experiencia directa. Con lo mencionado en párrafos anteriores, se puede referir a las perspectivas como el conjunto de normas, supuestos y valores que resultan de la vivencia del entorno, y permiten comprenderlo y explicarlo.⁷

Por otro lado, las perspectivas tienen un componente cultural, sin embargo, no todo en la cultura se construye socialmente, los fenómenos que suceden dentro de la esfera individual cobran importancia y se torna más fácil comprender que existen diferentes visiones o vivencias del entorno dentro de un mismo grupo, en otras palabras, una pluralidad de perspectivas.⁷

2.7. Conceptos ordenadores

Primer nivel de atención. - Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es una organización de los recursos que resuelve las necesidades de la atención básicas y más frecuentes. Es el núcleo del sistema de salud del país y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad como, como consultorios, policlínicas, centros de salud. Este nivel de atención permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.^{29,30}

Segundo nivel de atención.- Se caracteriza por establecimientos como hospitales y prestación de servicios de especialidad y alta tecnología, como son medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, se estima que el 95% de los problemas de salud de la población se resuelven entre el primer y segundo nivel de atención.^{30,31}

Tercer nivel de atención.- Se reserva para la atención de problemas con baja prevalencia y patologías complejas y que requieren alta tecnología.³⁰

Sistema de referencia y contrarreferencia.- Para el funcionamiento de adecuado del sistema de salud se necesita un sistema de referencia y contrarreferencia, para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles y que permita la operatividad de cada uno de ellos acorde a las necesidades, teniendo en cuenta que la entrada del usuario al sistema de salud siempre será desde el primer nivel de atención.^{30,32}

Referencia.- Es un sinónimo de derivación, un procedimiento administrativo-asistencial, para la evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente el cual procede de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.^{30,32}

Contrarreferencia.- Proceso en el cual un establecimiento de salud de mayor capacidad de resolución de problemas de salud; es la respuesta del especialista dirigida al profesional del establecimiento de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Devuelve la responsabilidad del cuidado de salud del paciente al establecimiento de salud referente para su control y seguimiento necesario.^{30,32}

2.8. Antecedentes del objeto de estudio

Para explorar las perspectivas de los médicos de primer y segundo nivel de atención sobre la atención médica que se brinda a quienes padecen ERC, es conveniente referir la consulta documental de trabajos realizados que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio.

La enfermedad renal se encuentra en el día a día de los médicos de la atención primaria y los trastornos comunes relacionados con la ERC incluyen hipertensión, proteinuria, cálculos renales y, a pesar de su prevalencia, muchos médicos pueden no estar familiarizados con el diagnóstico y el tratamiento inicial de estos trastornos renales comunes. Los nefrólogos se han percatado de esta situación, por eso Paige y Nagami en su artículo *El top 10 de las cosas que un nefrólogo desea que un médico de atención primaria conozca* (del inglés *The Top 10 Things Nephrologists Wish Every Primary Care Physician Knew*) sugiere que la información basada en evidencias ayude a los médicos generales a evitar errores comunes en el reconocimiento y tratamiento de estos trastornos y facilitar la decisión de referir a sus pacientes con el nefrólogo.³³

Bowman, et al. utilizaron una encuesta donde se incluía un breve cuadro clínico y datos de laboratorio, donde se mostraba un aumento progresivo de la creatinina. Los investigadores no proporcionaron la tasa de filtrado glomerular esperada, pero si proporcionaron todas las variables necesarias para calcularla. Se les solicitó a los participantes que identificaran la presencia de ERC y su estadio, además de evaluar la necesidad de remisión a un especialista. El 59% de los médicos familiares fueron capaces de diagnosticar y categorizar adecuadamente al paciente con ERC en

comparación con los nefrólogos que mostraron un 97% de efectividad en el diagnóstico y categorización de la enfermedad.¹⁷

Por otro lado, las guías KDOQI recomiendan referir en el estadio 4; sin embargo, los médicos de atención primaria recomendaron la referencia en un 76% comparado con el 99% en las respuestas de los nefrólogos. Meyers, et al. reportó en un estudio donde se hizo una revisión de historiales médicos electrónicos y, aproximadamente 35% de los pacientes diabéticos mostró insuficiencia renal mediante el filtrado glomerular estimado. A pesar de esto, solo el 20% de los pacientes con nefropatía diabética tenía documentado tener algún estadio de ERC. Otros estudios señalan que aun en presencia de valores de laboratorio diagnósticos para la enfermedad la nefropatía diabética simplemente está infradiagnosticada. Estos estudios sugieren un elemento de conocimiento disminuido de la enfermedad renal crónica en la atención primaria. La prevalencia de referencia tardía varía en diferentes estudios, pero es comúnmente reportado que este entre un 20 a 40% de la población con ERC.¹⁷

Un importante obstáculo sistémico para mitigar el riesgo de progresión a enfermedad renal entre los enfermos de diabetes e hipertensión arterial y para el cuidado óptimo, es la falta de comunicación y coordinación entre los médicos de cabecera y nefrólogos. Haley, et al. publicó un trabajo donde la participación conjunta de los médicos de primer contacto y los nefrólogos mostró una mejoría en la identificación de la ERC, remisión a los nefrólogos y una comunicación efectiva entre los médicos de primer nivel de atención y los especialistas, además de una mayor conciencia de los factores de riesgo y la importancia de una derivación temprana. Se concluyó que el uso de herramientas adaptadas condujo a una mayor conciencia e identificación de ERC entre los médicos de atención primaria, aumento de la comunicación y cooperación entre los médicos de cabecera y los nefrólogos.³⁴

Clement, et al. exploraron las perspectivas de los médicos generales y médicos de tercer nivel de atención sobre los factores clave que influyen en la salud y cuidado de la diabetes y la enfermedad crónica. Un total de 65 médicos extraídos desde

ciudades diferentes de Australia participaron en grupos de discusión y entrevistas semi-estructuradas. Como resultado se obtuvo que tanto los médicos generales como el personal médico de tercer nivel hicieron hincapié en la importancia de la atención primaria, que la salud era una interacción entre el autocuidado del paciente y la atención brindada por el médico de primer contacto y con el apoyo del especialista de tercer nivel. Ambas partes coincidieron que el autocontrol de los pacientes, el acceso a la atención especializada y un enfoque preventivo son factores clave influyen en la salud y requieren mejoras.²⁰

Lee et al. condujeron una investigación donde se entrevistaron médicos en el primer nivel de atención, se optó por realizar la investigación en la población médica ya que son los que pueden percatarse de los problemas de mayor relevancia en primer nivel de atención y así continuar con la mejora continua de los servicios. En dicho estudio, la mayoría de los entrevistados concuerda en que la atención primaria tiene un papel importante el control de enfermedades crónicas, y que debe de priorizarse y redoblar los esfuerzos en este pilar fundamental del sistema de salud, además, se indagó sobre sus percepciones acerca de la desconfianza que tienen los pacientes en el primer nivel de atención en comparación con hospitales de segundo nivel, la mayoría señaló la falta de confianza en el personal y deficiencias de equipo como las principales causas de tener menos aceptación por los pacientes.³⁵

En otro ámbito, se solicitó su opinión sobre la referencia de pacientes hacia el hospital, a lo que señalaron que muchas de las veces no eran expertos en el tema y necesitaban atención especializada, señalaron también el hecho de querer evadir reclamos o riesgos, por último, también apuntaron el hecho de un equipamiento insuficiente para la atención médica. Este tipo de estudios tiene como resultado generar conciencia sobre la importancia de este nivel de atención para responder a la mayoría de las solicitudes de la población general.³⁵

Investigaciones señalan la percepción que tienen los médicos sobre la ERC y como lo viven sus pacientes tratados; la mayoría de los pacientes con enfermedad renal crónica permanecen en la negación de su diagnóstico y no quieren estar de acuerdo

con el tratamiento necesario para mejorar su condición. Médicos reportan que los pacientes no suelen cumplir con los regímenes de tratamiento recomendados debido a la falta de conocimientos, sentimientos de negación y el miedo, y con frecuencia utilizan la religiosidad como un mecanismo de supervivencia, muchas de las veces los médicos son conscientes de las barreras, pero pueden carecer de las herramientas y los recursos para superarlos.³⁶

Maimela et. al. indican que la medicina clásica está enfocada a proveer atención a pacientes y regresarlos a la comunidad, sin embargo, la carga de las condiciones crónicas sigue aumentando. Esto aunado a la falta de conocimientos sobre padecimientos crónicos tanto por parte del usuario como del médico tratante. Se espera que, como médicos de primer nivel, la frecuencia de las consultas con los enfermos crónicos provea la oportunidad de intercambiar información y mejores prácticas del autocuidado para el usuario.³⁷

Por otro lado, este estudio ha documentado que los médicos de primer contacto no cuentan con recursos ni materiales para realizar programas de educación, lo que se consideraría como un obstáculo para la atención. Otro de los puntos importantes es que los usuarios y sus cuidadores comienzan a creer en la “brujería” como causa o incluso la respuesta a su enfermedad, esto debido a la falta de conocimiento de su enfermedad, que podría verse afectada por la falta de interés del médico tratante y como se mencionó antes, la falta de recursos para emprender un programa de educación. Por otro lado, se ha encontrado que la falta de distribución de las guías de práctica clínica afecta el rendimiento y provoca lagunas en el conocimiento, trayendo consigo bajas tasas de referencia a atención especializada y no existe una integración de los servicios.³⁷

En México, se han realizado pocos estudios para detectar el nivel de conocimiento de los médicos en el primer nivel de atención, Pacheco-Domínguez realizó una evaluación en médicos de clínicas de primer nivel donde se evaluó conocimientos sobre diabetes, hipertensión y ERC, se realizó un muestreo aleatorio. Se encontró que de 149 médicos que participaron en el estudio, todos laboraban en unidades de

tipo urbano. Se encontraron médicos con años de titulación desde 1972 hasta 2009, siendo de mayor predominancia los años 2000 y 2007 (34%).¹⁸

Al evaluar el conocimiento de los médicos, se obtuvo un promedio de 53.7 con una calificación máxima de 90.1 y una mínima de 0. El 64% tuvo una calificación inferior a 6. Se observó que los médicos graduados entre los años 2000 a 2009 obtuvieron las calificaciones más altas, en comparación con los egresados entre los años 1972 a 1999. Se identificó que los médicos que fueron egresados antes del año 2000 trabajan en unidades de mayor tamaño. En este proyecto se estudió la calidad del diagnóstico médico debido a la prevalencia de enfermedades relacionadas con la ERC y está probablemente muy subestimada en el primer nivel de atención a pesar de ser uno de los principales problemas de salud pública. Es contradictorio que las unidades más grandes no cuenten con médicos actualizados; se esperaría que en estos lugares existieran mayores recursos de información.¹⁸

Existe una cantidad mínima de investigaciones que se interesen por las perspectivas de los médicos de primer nivel en nuestro país, sin embargo, un estudio realizado en tres ciudades de México donde se obtuvieron las perspectivas de los médicos tratantes de enfermedades crónicas, profundiza sobre la atención en el primer nivel, posibles causas de mal apego a los tratamientos por parte de los usuarios y motivos administrativos que afectan a la atención médica.³

Los médicos priorizan las manifestaciones emocionales, por encima de las orgánicas y el tratamiento, mientras tanto, los efectos laborales, familiares y sociales pasan desapercibidos. Además, para los médicos, los enfermos no siguen los tratamientos, se sienten desanimados ante la falta de medicamentos y las dietas inadecuadas. Otros médicos expresaron que mucha gente se vuelve indiferente, se acostumbra a su enfermedad y a vivir descontrolada. Para estos médicos, la causa de las enfermedades crónicas, particularmente de la diabetes e hipertensión, es hereditaria a lo que se añade la obesidad y el sedentarismo a las cuales la denominan como factores de riesgo. Por ello, los medicamentos, la dieta y el ejercicio siguen siendo las medidas más idóneas para su manejo.³

2.9. Análisis crítico del discurso

Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones. El análisis de datos cualitativos se caracteriza por su forma cíclica y circular, frente a la posición lineal que adopta el análisis de datos cuantitativos.³⁸

En salud, el uso del ACD es de utilidad para fenómenos sociales enmarcados en discursos políticos de salud, diagnósticos y tratamientos, conversaciones con usuarios de su enfermedad, registros hospitalarios, etc., donde el lenguaje y su accionar discursivo tiene connotaciones y protagonismo importante en la vida de las personas, ya sea como discurso de las enfermedades, dolor, tratamientos o muerte.³⁹

El discurso es una manera particular de hablar y comprender el mundo o un aspecto de este, da sentido a las experiencias desde una perspectiva particular. Para el ACD el discurso es una forma de practica social, la cual constituye el mundo social y el ACD es constituido por otras prácticas sociales, pero no solo contribuye a darle forma o remodelar las prácticas sociales, sino que las refleja.³⁹

El ACD estudia la interacción social que adopte formas lingüísticas, en otras palabras, interpreta el discurso; por lo general en aspectos de política y poder, que ameriten el uso del habla y la escritura como partes del lenguaje; estos a su vez serán moldeados por las situaciones sociales, por lo que los discursos tomarán forma en base a futuros escenarios del ámbito social. Debido a la importancia social del discurso, este plantea cuestiones de poder y pueden tener efectos ideológicos importantes en la población de cualquier índole⁴⁰. Lo característico del ACD es que tiene especial interés en los grupos dominados o minorías contra grupos de mayor poder.

El ACD proporciona métodos de estudio de las relaciones entre el mismo discurso y los desarrollos sociales y culturales en diferentes dominios sociales mediante

interpretación del habla y la escritura como una forma de practica social³⁹. Es una perspectiva que toma una posición más política y analiza el papel de los discursos en la reproducción de la dominación y abuso de poder como también su resistencia.

Fairclough menciona que el lenguaje es una parte del mundo social y destaca que el lenguaje se conecta con lo social por ser el dominio primario de la ideología⁴¹. van Dijk, postula como ideología las maneras de reproducir las relaciones de poder desiguales, construcciones no fundamentadas en la sociedad. Por lo tanto, el análisis crítico del discurso contribuye a la construcción de identidades sociales, relaciones sociales y sistemas de conocimiento y significado.⁴²

“El ACD es “crítico” debido a que apunta a revelar el rol de la práctica discursiva en la estabilidad del mundo social, incluyendo aquellas relaciones sociales que involucra poderes desiguales en la sociedad. Se enfoca en contribuir al cambio social buscando relaciones de poder más igualitarias en el ámbito de procesos de comunicación y en la sociedad vista de manera general”³⁹. Pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje como textos o conversación, la comunicación de creencias o conocimientos y la interacción en situaciones de índole social.^{39,43}

El ACD se muestra como referente idóneo para estudiar las instituciones sociales, y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas entre otros fenómenos.^{39,42,43}

De acuerdo con Fairclough y Wodak se pueden resumir algunos de los principios básicos del ACD:

- El ACD trata de problemas sociales.
- Las relaciones de poder son discursivas.
- El discurso constituye la sociedad y la cultura.
- El discurso hace un trabajo ideológico.
- El discurso es histórico.
- El enlace entre el texto y la sociedad es mediato

- El análisis del discurso es interpretativo y explicativo.
- El discurso es una forma de acción social.^{41,42,43}

El ACD es un proceso altamente interpretativo, por lo tanto, es necesario vigilar la coherencia entre los datos y los hallazgos del estudio entre quienes analizan los datos o corroborar con los mismos participantes.

CAPÍTULO III: OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer las perspectivas del personal médico en centros de salud urbanos y de segundo nivel sobre la atención médica que brindan a quienes padecen ERC en instituciones públicas de San Luis Potosí.

Objetivos específicos:

- Identificar las causas de la ERC percibidas por el personal médico de primer y segundo nivel de atención en salud.
- Identificar los obstáculos percibidos por el personal médico de primer y segundo nivel en la atención en salud para quienes padecen ERC.
- Describir las diferencias de las perspectivas del personal médico de primer y segundo nivel de atención en instituciones públicas sobre la atención que se brinda a quienes padecen ERC.
- Describir el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia y sus diferentes canales de comunicación entre los médicos de primer y segundo nivel de atención.

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio y diseño

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo, el cual consiste en la recolección de datos empíricos a través de diversas técnicas que sirvan para el entendimiento del objeto de estudio⁴⁴, con un nivel de alcance crítico-interpretativo, mediante un ACD.

4.2. Límites de tiempo y espacio

La investigación se llevó a cabo en el periodo comprendido del mes septiembre de 2017 a abril de 2018, en cuanto al lugar, se realizó en centros de salud urbanos en la capital del Estado, los cuales pertenecen a Servicios de Salud del San Luis Potosí (SSSLP), las cuales se pueden visualizar en la Tabla 2 a continuación.

Tabla 2. Centros de salud urbanos de la ciudad de San Luis Potosí, pertenecientes a SSSLP.

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD	MUNICIPIO	Número de médicos generales
C.S. 6 DE JUNIO	S.L.P.	5
C.S. SIMON DIAZ	S.L.P.	7
C.S. SAUCITO	S.L.P.	7
U.M.F. B. JACARANDAS	S.L.P.	8
C.S. JUAN H. SANCHEZ	S.L.P.	14
C.S. TERCERAS	S.L.P.	7
C.S. BOCAS	S.L.P.	3
C.S. V. POZOS	S.L.P.	2
C.S. 16 SEPTIEMBRE	S.L.P.	6
JARDINES DE MA. CECILIA	S.L.P.	3
C.S. ANAHUAC	S.L.P.	6
MAGUEYES	S.L.P.	2
C.S. SN ANTONIO	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	6
C.S. 1o. DE MAYO	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	2
C.S. 21 DE MARZO	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	6
C.S. U.P.A.	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	2
U.M.F. SOLEDAD	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	10
C.S VILLA DE CACTUS	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	4
UNEME JACARANDAS	S.L.P.	1
UNEME VILLA DE POZOS	DELEGACIÓN VILLA DE POZOS	1
UNEME SOLEDAD	SOLEDAD DE GRACIANO SANCHEZ	1

Fuente: Departamento de enseñanza y primer nivel, Jurisdicción 1.

Se seleccionaron estos centros de atención debido a que existe una gran afluencia de personas con enfermedades crónicas y hay una mayor posibilidad de que los médicos de primer nivel tengan contacto con personas que padezcan la ERC, entre ellas, enfermos renales. En otros centros de salud de menor afluencia, de igual manera, se buscaron las perspectivas de médicos para comprender de manera holística como se enfrentan a la ERC ya que las perspectivas de todos los actores en este nivel son de suma importancia, siempre y cuando cumplieran con los criterios de selección.

Para la selección de médicos de segundo nivel se buscó a nefrólogos en los hospitales de referencia de la capital del Estado y en unidades de hemodiálisis donde existiera un especialista en nefrología a cargo. También se acudió a nefrólogos que cumplieron con la función de porteros para que nos indicaran con quien dirigirnos o localizaran a otros informantes pertinentes para el estudio.

4.3. Selección de informantes

El presente trabajo de investigación planteó un muestreo por conveniencia de acuerdo con lo que señala Luborsky M. & Rubinstein R., que proponen utilizar este tipo de muestreo en estudios donde las poblaciones están predefinidas, el objetivo es permitir la exploración y descripción de las condiciones o significados que ocurren dentro de las condiciones del estudio, sin embargo, este no busca determinar prevalencia o la incidencia.⁴⁵

Se tomaron los siguientes criterios de selección:

- Personal médico del primer y segundo nivel de atención que labore en instituciones públicas del sector salud.
- Personal médico que haya tenido contacto con personas que hayan sido diagnosticadas y tratadas por ERC.
- Personal médico que actualmente brinde atención médica a personas con ERC.
- Personal médico que acepte participar y firme el consentimiento informado.

4.4. Técnicas de recolección de información

Se utilizaron las entrevistas semi-estructuradas y la observación participante para recolectar la información, estas actividades fueron realizadas por el investigador principal.

4.4.1. Entrevistas semi-estructuradas

La entrevista es una técnica de amplia aplicación en situaciones donde existen relaciones sociales. El investigador utiliza la entrevista como herramienta de conocimiento de la realidad social.⁴⁶

Las entrevistas semi-estructuradas implican encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.⁴⁴

Una entrevista se refiere específicamente a un modelo especializado de interacción verbal, iniciado para un propósito específico y focalizado sobre un área específica de contenidos. La entrevista es un modelo de interacción donde los roles interaccionales de entrevistador y del entrevistado están altamente especializados.⁴⁶

La entrevista semi-estructurada es abierta, no obstante, sigue un guion general y cubre una lista de temas específicos, pero existe una flexibilidad en cuanto a cómo y cuándo las preguntas pueden ser contestadas. El entrevistador puede sondear las respuestas, persiguiendo una línea de discusión abierta por el entrevistado, con esto, el diálogo puede seguir^{47,48}. La guía por seguir es muy importante al momento de necesitar datos cualitativos y estos necesiten ser analizados y comparados, con esto se fortalece la investigación.

Este tipo de entrevistas son altamente recomendadas cuando se trate con personas de alto nivel como burócratas o miembros de la élite en una comunidad, debido al poco tiempo que estas pueden brindar en una entrevista, esta cualidad de la entrevista semi-estructurada permite que el entrevistado tenga en cuenta que el

investigador se ha preparado adecuadamente y además que no se sienta manipulado por este.⁴⁷

4.4.2. Observación Participante

Marshall y Rossman definen la observación como la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado⁴⁹. Las observaciones facultan al observador a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una "fotografía escrita" de la situación en estudio.⁵⁰

La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Provee el contexto para desarrollar directrices de muestreo y guías de entrevistas⁵¹. Schensul, et al. definen la observación participante como: "el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día o las actividades de rutina de los participantes en el escenario del investigador".⁵²

Los métodos de observación son útiles a los investigadores en una variedad de formas. Proporcionan a los investigadores métodos para revisar expresiones no verbales de sentimientos, determinan quién interactúa con quién, permiten comprender cómo los participantes se comunican entre ellos, y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades⁵³. La observación participante permite a los investigadores verificar definiciones de los términos que los participantes usan en entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir porque el hacerlo sería impropio, descortés o insensible, y observar situaciones que los informantes han descrito en entrevistas, y de este modo advertirles sobre distorsiones o imprecisiones en la descripción proporcionada por estos informantes.⁵⁴

DeWalt, et al. creen que:

"la meta para el diseño de la investigación usando la observación participante como un método es desarrollar una comprensión holística de los fenómenos en estudio que sea tan objetiva y precisa como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones del método".⁵¹

Sugieren que la observación participante sea usada como una forma de incrementar la validez del estudio, como observaciones que puedan ayudar al investigador a tener una mejor comprensión del contexto y el fenómeno en estudio. La validez es mayor con el uso de estrategias adicionales usadas con la observación, tales como entrevistas, análisis de documentos o encuestas, cuestionarios u otros métodos más cuantitativos. La observación participante puede ser usada para ayudar a responder preguntas de investigación, para construir teoría, o para generar o probar hipótesis.⁵¹

La observación participante es un paso inicial en estudios etnográficos. Schensul, et al. listan las siguientes razones para usar observación participante en la investigación:

- Identificar y guiar relaciones con los informantes;
- ayudar al investigador a sentir cómo están organizadas y priorizadas las cosas, cómo se interrelaciona la gente, y cuáles son los parámetros culturales;
- mostrar al investigador lo que los miembros de la cultura estiman que es importante en cuanto a comportamientos, liderazgo, política, interacción social y tabúes;
- ayudar al investigador a ser conocido por los miembros de la cultura, y de esa manera facilitar el proceso de investigación; y
- proveer al investigador con una fuente de preguntas para ser trabajada con los participantes.⁵²

4.4.3. Notas de campo

Las notas de campo son observaciones puntuales obtenidas de forma inmediata mediante la observación, son registros realizados en un lenguaje cotidiano de fenómenos observados. Existen diversos tipos de notas de campo; a) metodológicas, b) descriptivas y c) teóricas.

Las metodológicas son aquellas que especifican asuntos de la colocación del equipo, posición del observador, acceso al lugar, forma de registrar la información y decisiones tomadas en el ciclo de indagación. Las notas de campo descriptivas son aquellas que describen, congelando un segmento de la realidad, situaciones que, dado el estudio de observación, requieren ser descritas con detalle, como citas textuales, incidentes, procesos, etcétera. Las notas de campo de tipo teórico o analítico se refieren a los enlaces de la teoría con los patrones observados y el análisis de las hipótesis que surgen de la indagación exploradas en otras situaciones.⁵⁵

Schensul, et al. comentan que las buenas notas de campo:

- Usan citas exactas cuando es posible;
- usan pseudónimos para proteger la confidencialidad;
- describen actividades en el orden en que ocurren;
- proporcionan descripciones sin inferir un significado
- incluyen información relevante de segundo plano para ubicar el evento;
- separan los propios pensamientos y suposiciones de lo que uno realmente observa; registran la fecha, hora, lugar y nombre del investigador en cada conjunto de notas.⁵²

4.5. Procedimientos

El protocolo fue sometido para aprobación por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública, posteriormente fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP obteniendo los números de registro GIX 18-2017 y CEIFE-2017-224 respectivamente, además se sometió al

comité de ética de los SSSLP obteniendo una respuesta favorable por parte de los consultores, se obtuvo el registro estatal SLP/016-2017. (Anexos 3, 4 y 5)

4.5.1. Contacto con médicos de primer nivel

Para tener el contacto con los médicos de primer nivel se realizó el primer acercamiento con el encargado de la unidad de salud para dar a conocer la investigación, sus objetivos y las implicaciones éticas que, posterior a esto se solicitaron datos para el contacto con los médicos, mediante la visita al lugar de trabajo, inicialmente se brindó la información correspondiente a la investigación; en qué consistía, cómo se iba a realizar, su importancia y cómo su participación era clave para su realización. Después de esto, se realizó la invitación a formar parte de este estudio y en algunas ocasiones inmediatamente después de realizar la invitación los médicos accedieron a realizar la entrevista.

Posterior al primer contacto, se dio a conocer el consentimiento informado si la persona accede a participar, en el que se explica el objetivo del estudio y se garantizó la confidencialidad de las entrevistas realizadas, en el mismo, se reiteró su opción de participar o no en el estudio y las opciones de salir del mismo, aun así, haya aceptado en un principio la participación y que esto no generaría consecuencias; si el médico aceptó participar se llevó a cabo la firma del consentimiento informado por el participante y el investigador. También se notificó de la oportunidad de leer y comentar los borradores de esta investigación, así como el trabajo final de esta investigación.

Partiendo de la disponibilidad de tiempo y disposición del personal médico participante, se programaron y posteriormente se realizaron las entrevistas, estas se realizaron dentro del centro de salud donde laboran los médicos. Se solicitó autorización para que pudiera ser grabada en audio digital, se procuró propiciar un ambiente de confianza y empatía para obtener la mayor cantidad de información.

Posterior a cada entrevista se realizó la transcripción completa, procurando no perder detalle e identificar la información obtenida, y así, hacer una valoración de la

estructura de la entrevista, mejorarla y programar una nueva visita en caso de ser necesario.

Durante la entrada al campo al primer nivel de atención se contactaron en total 18 médicos generales en los centros de salud Saucito, 6 de Junio, Juan H. Sánchez, Anáhuac y 21 de Marzo, de los cuales solamente 7 aceptaron participar en el estudio. Se encontraron obstáculos como; poca disponibilidad de los médicos, esto a pesar de contar con el permiso de la secretaría de salud para realizar la investigación, en numerosas ocasiones los médicos no se encontraban en su lugar de trabajo debido a que ellos hacían uso de “los pases de salida” con los cuales tenían la oportunidad de salir antes de su hora habitual de salida, por lo tanto, al momento de arribar al centro de salud para realizar la entrevista estos no se encontraban.

Otro de los obstáculos que tuvieron lugar fue que los médicos declinaban conceder la entrevista comentando que tenían que salir de su lugar de trabajo o tenían trabajo atrasado que debían de realizar, debido a esto, se optó por sugerir una reunión fuera de su lugar de trabajo, a lo cual declinaron decisivamente.

4.5.2. Contacto con médicos de segundo nivel

Se buscó a los médicos nefrólogos en los hospitales públicos de referencia, también se utilizaron a contactos o porteros para que estos fueran el enlace a otros especialistas, siempre y cuando cumplieran con los criterios de selección previamente señalados en este protocolo de investigación, esta estrategia se utilizó para optimizar tiempos en la investigación. En un principio se brindó toda la información correspondiente sobre la presente investigación, sus implicaciones y se invitó a formar parte del proyecto.

Si el médico de segundo nivel decidió participar se le dio a conocer el consentimiento informado en el cual se explicó a detalle las características y objetivos del estudio, además se garantizó la confidencialidad de sus datos.

Posteriormente se realizó la firma del consentimiento informado por el participante y el investigador.

Tomando en cuenta la disponibilidad de tiempo y disposición del médico participante, se programaron y posteriormente se realizaron las entrevistas, éstas se realizaron en el lugar de elección para el médico participante. Se solicitó autorización para que la entrevista pudiera ser grabada en audio digital, se procuró propiciar un ambiente de confianza y empatía para obtener la mayor cantidad de información. Asimismo, se utilizaron las notas de campo. Posterior a cada entrevista se realizó la transcripción completa, permitiendo comenzar a identificar la información obtenida, y así, hacer una revaloración de la estructura de la entrevista, mejorarla y programar una nueva visita.

Al igual que en la entrada al campo con los médicos de primer nivel, con los nefrólogos también se encontraron dificultades para realizar las entrevistas, se contactaron en total 12 médicos nefrólogos; al ser un grupo relativamente pequeño de médicos en la ciudad en numerosas ocasiones se vieron en la necesidad de cancelar las entrevistas que ya habían sido agendadas debido a la carga de trabajo.

Una situación que tomó lugar durante la invitación a los especialistas fue que en algunas ocasiones los médicos solicitaban una compensación económica para participar en el estudio, en algunas ocasiones la solicitud fue evidente, en otras se realizaron insinuaciones, aun después de que se aclaró en el consentimiento informado, que por participar no se tendría beneficio económico situación que diezmó el acercamiento y la obtención de información.

4.5. Análisis de datos

Se realizó un Análisis Crítico del Discurso (ACD) de acuerdo con la propuesta de Fairclough.

El ACD tiene como base la formulación de códigos y posteriormente la categorización en 3 esferas, a) la estructural; enfocada a la dinámica de los centros de salud, sus procesos, trámites, deficiencias y fortalezas, b) la relacional; que hace

mayor énfasis en las características de las relaciones del personal que brinda la atención entre los enfermos y otros profesionales que participan en la atención a la ERC, además de situaciones de conflictos, tensión e incluso alianzas generadas entre diferentes grupos y c) la ideacional; enfocada a la formación de conceptos, imágenes, creencias, valoraciones de los participantes sobre las personas o situaciones con las que el médico ha tenido contacto durante su práctica clínica frente a la ERC y sus experiencias con otro personal de salud.

4.6. Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegó a la Ley General de Salud de México en su Título Quinto, Capítulo Único, Art. 100 referente a la investigación en seres humanos, en sus apartados III y IV, la cual señala que podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone a riesgos, ni daños innecesarios al sujeto y que se deberá contar con su consentimiento informado por escrito⁵⁶. Lo anterior coincide con la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí en su Artículo 84, fracciones III y IV⁵⁷. Esta investigación respeta la dignidad, derechos y bienestar de los participantes. Además de guiarse por el principio ético de beneficencia y no maleficencia.

Del mismo modo, se consideraron los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁵⁸, primordialmente donde se indica que: “Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”. También se menciona que siempre debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad. Tomar toda clase de precauciones para resguardar la identidad de los individuos, la confidencialidad de la información y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

Es importante hacer mención de que uno de los compromisos del equipo de trabajo es difundir los hallazgos obtenidos con la finalidad de que se escuche la voz del personal de salud que brinda atención a personas que padecen ERC.

Según la Ley General de Salud, se puede considerar el presente como un estudio de riesgo mínimo, puesto que las técnicas de recolección de información no son invasivas, pues se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas, notas de campo y observación participante.

Al hacer el primer contacto con el informante se le dio a conocer el objetivo de la investigación y posteriormente se le invitó a participar, dándole a firmar un consentimiento informado, donde se explicó en un lenguaje claro y sencillo el objetivo del estudio, los alcances y los beneficios. Así mismo se aseguró el respeto a la persona salvaguardando la confidencialidad y anonimato de los participantes de la investigación que brindaron información, pues el audio generado de la entrevista será desechado posterior a su transcripción, validación y defensa de esta tesis.

Es importante mencionar que, al finalizar el estudio, se pretende dar a conocer a los participantes los resultados de la investigación.

Esta investigación no contiene conflictos de intereses por parte de los miembros del equipo de trabajo, como se hace mención en la carta de no conflicto de intereses, además de que no habrá retribuciones económicas, puesto que la investigación forma parte de un proyecto de investigación mayor que desarrolla el director y esta parte corresponde al trabajo de tesis de un alumno de Maestría.

En cuanto a derechos de autor, para el primer artículo derivado de la investigación, el tesista fungirá como autor principal, el director como autor correspondiente y codirectora de tesis como coautor. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que éstos tengan. Para las ponencias y demás medios de difusión de los resultados, los criterios de autoría serán igual a los ya mencionados.

CAPÍTULO V.- RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación están organizados en primer lugar por un apartado en el que se detalla la saturación de los datos obtenidos, los resultados del empleo de las técnicas etnográficas y sus principales funciones dentro de la investigación para la recolección de la información; cómo fueron empleadas y su finalidad en el estudio. Posteriormente se continúa con resultados finales de acuerdo con el nivel de atención en el que se desarrollan los participantes del estudio (primer y segundo nivel de atención) y en función del tipo de análisis que se llevó a cabo (ACD) desarrollando las esferas estructural, relacional e ideacional.

5.1. Saturación teórica de los datos

En un principio se buscó la saturación teórica, sin embargo, debido a las características de los informantes no se logró reunir los elementos necesarios para llegar a este tipo de saturación, ya que en el primer nivel de atención son personal de salud saturados de trabajo y difícilmente brindaban las entrevistas. En el caso de los médicos de segundo nivel de atención la situación fue similar, esto debido al reducido número de especialistas que brindan la atención en los centros de referencia; las agendas de estos son saturadas con su trabajo en instituciones públicas y sus actividades en el ámbito privado consumen la mayor parte de su tiempo, siendo de los puntos primordiales que interfirieron para lograr la saturación teórica. Debido a lo anterior, se buscó en el análisis la saturación temática y discursiva, asunto que fue posible alcanzar con el material recolectado.

5.2. Resultados de técnicas etnográficas

5.2.1. Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas fueron el principal material para la obtención de la información en el presente estudio, se analizó el discurso de los médicos redactando las principales ideas extraídas, además se extrajeron citas textuales que apoyaron a confirmar lo antes redactado en el apartado de resultados por niveles de atención y las respectivas esferas del ACD.

5.2.2. Observación participante

Mediante la observación participante se pudo analizar el comportamiento y el contexto en el que se desarrollan los médicos; qué tipo de relaciones se establecen con el personal administrativo y de salud en las instituciones, así como sus relaciones con las personas, además de las expresiones no verbales con el fin de replantear o formular nuevas preguntas para una mayor obtención de información.

5.2.3. Notas de campo

Esta herramienta fue de utilidad para realizar cambios sustanciales en la guía de entrevistas debido a que algunas preguntas realizadas generaban confusión, a su vez se utilizaron durante las entrevistas para disminuir la posibilidad de omitir información de utilidad y rescatar observaciones que se abordarían más adelante durante el transcurso de las entrevistas, debido a que en algunos discursos sobresalieron temas en los que fue necesario preguntar de manera más específica para mayor obtención de información, asimismo, fueron de utilidad para corroborar los discursos durante las entrevistas y triangular la información obtenida con otras técnicas.

5.3. Resultados del primer nivel de atención

En lo que se refiere a los participantes de primer nivel de atención, los entrevistados fueron 5 mujeres y 2 hombres, dando un total de 7 para este nivel. Las edades de los participantes oscilaron entre los 29 y los 57 años, con un rango de experiencia entre los 5 y los 30 años de servicio brindados a la secretaría de salud. Con esto se obtuvo diferentes discursos sobre la ERC e información valiosa para comprender mejor cómo ven la atención la enfermedad uno de los actores centrales. Se muestra partiendo desde la esfera estructural ya descrita antes, posteriormente se desarrollan las esferas relacional e ideacional.

5.3.1 Esfera estructural

Dentro de esta dimensión del ACD que alude a los elementos del contexto en el que se desarrollan los médicos se emiten diversos discursos dentro de los cuales se

crearon códigos con la información obtenida y se generaron las siguientes categorías; estructura y características de la atención médica, sobrecarga de trabajo, planeación, desabasto de medicamentos, capacitación a médicos de primer nivel y se desarrollan a continuación.

La atención en el primer nivel tiene una amplia demanda, por lo tanto, su estructura debe estar organizada acorde a las necesidades de la población, en la actualidad, los servicios de salud del estado están conformados por núcleos de atención, los cuales son atendidos por un médico general. Cada núcleo tiene determinado número de pacientes por cada médico que brinda atención. Cada día se expiden 20 fichas para brindar las consultas, éstas se reparten de acuerdo con el momento de llegada de los usuarios, lo anterior, de acuerdo con lo mencionado por los médicos, de estas fichas, la gran mayoría corresponde a consulta de seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas

5.3.1.1. Sobrecarga de trabajo

Debido a la estructura de la atención médica del primer nivel de atención, los médicos refieren en su discurso un volumen elevado de pacientes que deben atender día con día, además de que la atención es rutinaria debido a la papelería que se debe manejar con cada paciente, por ejemplo, notas o reportes, además de que esta papelería debe ser completada de manera manuscrita, lo que ocasiona fatiga laboral que en algunos casos repercute en su salud, en otras ocasiones interfiere en su desempeño laboral ocasionando descuidos en sus valoraciones o descuidos en el momento de estructurar la receta médica, uno de los médicos entrevistados menciona lo siguiente:

"...a veces estás tan cansadilla que a veces no se fija uno que el paciente ya tiene nefropatía, y que ya tiene a lo mejor varios meses que no le checamos la creatinina sérica, entonces ahí es ya cuando el paciente empieza a edematizarse..."

Este asunto toma tintes más serios o de mayores implicaciones, pues, en sus discursos llegan a señalar que esa sobrecarga de trabajo al momento de elaborar

reportes de algunas enfermedades ocasiona que el manejo sea diferente para evitar incrementar esa carga de trabajo, al grado que reconocen no reportar y tratar los casos como debieran. Así mismo reconocen verse limitados y terminar absorbidos por el sistema, uno de los entrevistados refiere lo siguiente:

“...con el volumen de pacientes, con la rutina que llevas del manejo de papelería, reportes, etcétera, te van domesticando al sistema de salud, por ejemplo, tú puedes tener un paciente con brucelosis, y si lo reportas, te metes en una bronca, porque tienes que hacer el estudio epidemiológico y tienes que darle seguimiento a tu paciente hasta que consigas el alta sanitaria, entonces muchas veces hay casos que no reportas o sabes lo que tienen pero les das un manejo un poquito diferente, lo mismo sucede a los pacientes diabéticos...”

Otro asunto que emerge en los discursos de los participantes tiene que ver con los tiempos dedicados a la capacitación, ya que en algunas ocasiones el personal de salud deja de lado las capacitaciones para no hacer esperar a los usuarios de los servicios de salud, dejando visibles aspectos de desorganización que pudieran tener efecto en la calidad de la atención médica brindada en el primer nivel, un médico de primer nivel refiere lo siguiente:

“...por ejemplo, llegaba alguien a capacitarte y dejaban las mismas 20 fichas, y ¿el tiempo que vas a tomar en capacitarte? y ¿la gente y quién lo va a ver? y ¿cómo le vamos a hacer? Si era un poco de coordinación, nada que no se pudiera solucionar. Había veces que por la gente no tomabas la capacitación y te ponías a dar la consulta por respeto a la gente...”

5.3.1.2. Desabasto de medicamento y planeación

Otro de los puntos importantes referidos por los entrevistados fue el desabasto de medicamentos y su repercusión en la atención médica que se brinda en el primer nivel de atención. Los participantes refieren que el desabasto es algo grave y no permite una práctica clínica adecuada, indican que en años recientes esta situación se ha intensificado y que los medicamentos que faltan son parte del cuadro básico y muchas de las veces no están disponibles, pudiendo ocasionar falta de apego al tratamiento y complicaciones que definitivamente son previsibles y prevenibles.

Se enfatiza principalmente en medicamentos como insulina y antihipertensivos que son medicamentos imprescindibles para la población mexicana debido a la prevalencia de enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, enfermedades que han sido directamente relacionadas con la ERC y que en muchos casos transita como una comorbilidad en quienes la padecen. Uno de los participantes manifestó lo siguiente:

“...este es el refri y tenemos insulinas, yo te quiero mostrar aquí que no hay insulinas, que nada más es ésta que es la rápida que tiene efecto de 6 horas y que no la podemos dar sola, generalmente ésta se maneja en hospital, pero si la manejamos nosotros mezclada con NPH, hacemos que el paciente compre la NPH y la apoyamos con la rápida, la que necesitamos es esta de esta (señalando glargina) ya no hay, necesitamos glargina o la NPH que esa ya nos las quitaron no nos las van a dar, tú puedes ver ahí las claves, ves los espacios, esos espacios vacíos, son claves que no...”

“...nosotros aquí, te tienes que regir por lo que es un cuadro básico, medicina basada en existencia, ya no en evidencias, sino en existencias...”

Otro punto importante señalado por los médicos es que no existe una correcta planeación para brindar el servicio de salud, refieren que se han abierto centros de salud nuevos para brindar más atención, sin embargo, estos se ven afectados por la misma escases de medicamento, personal saturado en la consulta, sobrecarga de trabajo e incluso la disminución año con año del presupuesto destinado a salud con el cual se solventa lo antes mencionado, por lo tanto, es imprescindible e imperativo una planeación rigurosa. En referencia a estos temas, dos de los participantes del primer nivel señalaron:

“...no estamos bien estructurados en el sistema de salud, porque abrieron muchos centros porque somos muchos, pero tampoco no se pueden contar con los insumos, por ejemplo, es como con el medicamento, hay veces que no hay ni paracetamol porque somos demasiados y no hay abasto...”

“...cada año nos bajan el presupuesto en salud, en educación, son esos pilares a lo que le da a todo en la torre, bajar el presupuesto implica menos medicamentos, menos personal, menos sistemas para poder apoyar...”

5.3.1.3. Capacitación a médicos de primer nivel

Las capacitaciones hoy en día forman una parte importante en la atención médica de cualquier institución, sin embargo, los participantes entrevistados refieren que tienen diversos problemas para capacitarse constantemente dentro de los cuales resaltan que estas no son uniformes debido a que los médicos utilizan distintas fuentes, por ejemplo, la plataforma "aprender.org", OMS u OPS e incluso utilizan guías de práctica clínica de otros países para el manejo de personas con ERC, además, las oportunidades varían dependiendo del turno en el que el médico labore, por último, las escasas oportunidades brindadas por parte de Secretaría de Salud específicamente sobre ERC, ya que refieren que son muy pocos los espacios que ofrecen para capacitarse y en algunas ocasiones el médico tiene que poner de su bolsillo para poder tener actualización en ciertas especialidades, ellos refieren que sí hace falta un programa de educación continua bien estructurado y presencial, algunos médicos de primer nivel refieren lo siguiente:

"...yo nunca he tenido, formal, nunca, ¡nunca!, he entrado, si, al síndrome de Turner, de mordidas de araña, de todo lo que quieras, ¿sí? pero de ERC no, y si se ha visto, pero como el apéndice de alguna otra conclusión (E: como de diabetes e hipertensión) si, alguna cosa de ese tipo sí..."

"...creo que también hay una falta de capacitación en el personal médico para hacer evaluación y seguimiento de esta ERC, en realidad ni es tan difícil, la sociedad española de nefrología te pone en internet las tablas, las fórmulas y todo para que las puedas realizar bien rápido..."

Como se ha visto en este apartado, en los discursos de los médicos de primer nivel predominan las deficiencias en los servicios de salud al brindar la atención a enfermos renales, la ausencia de planeación en las capacitaciones, disminución en los presupuestos, médicos saturados de trabajo y medicamentos insuficientes marcan las características de este nivel de atención. Todas estas situaciones de carácter estructural, deben ser atendidas si lo que se pretende es generar mejores condiciones de atención a una enfermedad que está rebasando los sistemas de

salud, incluso, los cambios estructurales deberán estar enfocados en la prevención de dicha enfermedad.

5.3.2. Esfera relacional

En esta dimensión se puso énfasis a las relaciones que se presentan entre los sujetos de estudio y otros diferentes actores que tenga repercusión en el día a día de los médicos de primer nivel, pudiendo ser las personas enfermas, otros médicos, otro personal de salud e incluso directivos; se enfoca en los conflictos, tensiones o alianzas formadas en el interior de las instituciones y que puedan tener efecto en la atención en salud de los usuarios del primer nivel. Se estructuraron las categorías; relación con los usuarios, relación con otros profesionales de la salud en su centro de salud y relaciones e interacción con el segundo nivel.

5.3.2.1. Relación con los usuarios

De acuerdo con el discurso de los participantes, la relación médico-paciente es una de las fortalezas del primer nivel de atención, en general señalan se busca generar un ambiente de confianza, empatizar con los usuarios e incluso ofrecer alternativas cuando no existe tal empatía y brindar la oportunidad de poder cambiar de médico para que la institución brinde una mejor atención en salud.

Además, los médicos dicen tratan de tomarse el tiempo para poder explicar de una manera clara y precisa la enfermedad que tiene el usuario o los posibles riesgos que tiene la persona para desarrollar alguna enfermedad crónica, ya que consideran de vital importancia el diálogo para que las personas enfermas comprendan su enfermedad, sin embargo, algunos participantes refieren que la estructura de la atención médica no les permite realizar esa actividad con tanta libertad, debido a la carga de trabajo, y como consecuencia atrasar la consulta, lo que en algunos casos genera inconformidad tanto en los usuarios y posteriormente en el personal de salud, principalmente los médicos, así lo refiere un médico entrevistado:

“...Pero hasta que tú no te sientas a explicarle a tomarte el tiempo para que ellos te entiendan, el problema que el sistema no te deja hacer eso, porque si te tomas el tiempo para explicarle ya te atrasaste con las 15 de

atrás, comienzas con el estrés y los malos humores y ya te empiezas a estresar, se ponen de malas afuera, te pones de malas tú...”

No obstante, los médicos de primer nivel comentan que los usuarios de los centros de salud, en su mayoría del Seguro Popular son personas de la tercera edad y además, de escasos recursos, situaciones que afectan en gran medida las relaciones debido a que el tratamiento muchas de las veces se observa incumplido por la falta de solvencia económica y asimismo dificulta considerablemente la comunicación e interacción, dejando la posibilidad a lagunas en cuanto a la comprensión de instrucciones sobre el tratamiento indicado.

Otro punto importante al que los médicos hacen referencia en sus discursos es que en algunas ocasiones las relaciones con los enfermos renales pueden llegar a desconfiar de los médicos de primer nivel de atención, refieren que puede deberse a que los usuarios pueden sentirse violentados después de dirigirse en varias ocasiones a varias unidades de salud en busca de atención. En otras ocasiones refieren que esto se presenta después de que las personas enfermas reciben una valoración por un médico especialista, después de esa situación se muestran escépticos frente a las indicaciones o recomendaciones del médico de primer nivel, principalmente debido a que se dejan las mismas indicaciones que el médico de primer nivel recomendó en un inicio, pero los usuarios lo ven como algo innecesario, comienzan a desconfiar y a desgastar la relación médico-paciente.

5.3.2.2. Relación con otros profesionales de la salud en su centro de salud

En gran medida, las relaciones de los médicos de primer nivel con otros médicos las consideran buenas, ellos señalan que tienen la confianza para buscarse el uno al otro en caso de cualquier duda para el tratamiento de alguna persona con ERC, asimismo, la estabilidad en las relaciones se traslada con otro personal, como lo es enfermería o nutrición según sea el caso, uno de los médicos de primer nivel señaló:

“...Yo consideraría que al menos aquí tenemos buena comunicación, si algún paciente se complica y hay otro doctor puedo ir a preguntarle sin ningún problema, en cuanto a las enfermeras igual, osea se les checa a los

pacientes los signos vitales y si yo le pido a la enfermera que se le haga algún procedimiento adicional se hace y hay la mayor disposición para hacerlo...”

5.3.2.3. Relaciones e interacción con el segundo nivel

La comunicación entre los diferentes niveles de atención es vital para el buen funcionamiento y una atención de calidad para el usuario, siendo esta categoría una de las partes centrales de la presente investigación, por un lado, los médicos de primer nivel comentan que es muy poca la interacción con los médicos de segundo nivel, algunos de ellos no refieren constantemente a los enfermos renales porque consideran tener la capacidad de manejarlos y controlarlos en el primer nivel de atención.

Además, consideran que las vías de comunicación institucionales, por ejemplo, el sistema de referencia y contrarreferencia es lento, poco claro y la retroalimentación es muy deficiente, por lo tanto, se suma a las condicionantes para mantener la atención y los tratamientos en el primer nivel de atención, además, los participantes de primer nivel comentan que la gran carga de trabajo puede ser una condicionante para que la comunicación carezca de profundidad.

Por otro lado, los participantes comentan que un trabajo en conjunto brindaría una mejor atención, reforzaría las decisiones correctas de los médicos de primer nivel y ayudaría a cambiar los manejos menos adecuados para los pacientes con ERC, algunos de ellos piensan que las tecnologías de la información podrían ayudar a facilitar ese trabajo en conjunto y mejorar la calidad de la atención y de vida de los enfermos renales, ya que por un lado evitarían traslados innecesarios o también evitar la saturación del segundo nivel con una correcta asesoría preventiva. Uno de los médicos participantes señala lo siguiente:

“...Tenemos muy poco contacto, entonces como tal yo no he tenido la oportunidad de platicar con un nefrólogo acerca de cómo está ahorita su carga de consultas, cómo está en cuanto a las referencias que se le dan, es decir, si ellos consideran que se está refiriendo pacientes de más, es

decir, pacientes que no se les debía referir o hay pacientes que si necesitan y no se les mandan, nos falta esa retroalimentación con ellos...”

Por último, en el tema de los traslados innecesarios, los médicos refieren que en muchas ocasiones ellos refieren a los enfermos renales, sin embargo, en la mayoría de esas referencias no reciben la atención, en esos casos los usuarios comentan a sus médicos que es mejor que no los refieran debido a que es cansado y no obtienen la atención deseada, no obstante, los médicos generales afirman que una retroalimentación activa por otros medios que no sea el sistema de referencia y contrarreferencia pudiera evitar esas referencias innecesarias y reforzar la confianza del enfermo renal y el medico de primer nivel, con esto, fomentar en el enfermo actitudes positivas en cuanto las recomendaciones que brinde su médico de primer nivel.

5.3.3. Esfera ideacional

La dimensión ideacional del ACD se refiere a las ideas, creencias o percepciones acerca de personas o situaciones, estas imágenes generadas por las experiencias directas en su lugar de trabajo en algún momento pudieran tener repercusiones en la atención médica brindada y por tanto es necesario analizar el discurso de los participantes. Se generaron las categorías; ideas sobre los usuarios de servicios de salud, causas de la ERC, ideas de la atención médica y del sistema de salud mexicano.

5.3.3.1. Las causas de la ERC según los médicos de primer nivel

Las causas que detonan la aparición de la ERC han sido descritas en numerosos artículos y libros, sin embargo, es importante tener en cuenta que, en el estado de San Luis Potosí, ha tenido un gran incremento en los últimos años. Los médicos atribuyen que la ERC en el estado está ligada a una esperanza de vida mayor que en años anteriores, esto provoca que la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial vaya en aumento y la ERC surja como complicación de estas. Continuando con las enfermedades crónicas, los participantes consideran que los

nuevos casos de diabetes son cada vez más frecuentes y estos contribuyen al desarrollo de la ERC. Por otro lado, ellos mencionan que la ERC siempre ha existido, empero, actualmente existe una mayor conciencia y por ende se puede captar con mayor frecuencia. Algunos médicos mencionaron:

“...Obviamente va muy de la mano con los padecimientos crónico-degenerativos, ¿no?, tenemos un cambio que cada vez va siendo más notorio en nuestra pirámide poblacional, entonces nuestra población está envejeciendo; por lo tanto, se espera que vaya habiendo más padecimientos crónico-degenerativos, por otro lado, los estilos de vida a los que estamos acostumbrados pues no nos han ayudado en nada...”

“...a la prevalencia de diabetes, (E: es el principal factor...) yo creo que sí, definitivamente...”

Una situación que resalta en el discurso de los participantes es que una de las situaciones que suscita el incremento de la ERC en los últimos tiempos es la introducción de los alimentos industrializados, ellos refieren que las grandes cadenas de comida rápida y los supermercados llegan a modificar los alimentos de manera genética o utilizando sustancias químicas que alteren el sabor de los alimentos o sus propiedades y que de alguna forma se incrementa el consumo provocando daños a la salud.

Por último, pero no menos importante, una de las causas que la mayoría de los médicos de primer nivel enunció fue el abuso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) principalmente diclofenaco y metamizol, indican que la población en general está “mal acostumbrada” a automedicarse, pudiendo poner en riesgo su integridad física, mencionan lo siguiente:

“...otra cosa que es muy importante recalcar es de repente el acceso que la gente tiene a los medicamentos, la gente está muy acostumbrada a automedicarse, y lo hacen sin saber qué consecuencias puede tener, entonces por el ejemplo: el uso crónico de AINES está bien documentado que se relaciona con problemas de la insuficiencia renal, pues es un claro ejemplo de que la gente usa mal los medicamentos...”

5.3.3.2. Ideas sobre los usuarios de servicios de salud

Las ideas o imágenes que tienen los médicos sobre los usuarios de los servicios de salud pueden marcar la pauta del discurso e incluso del comportamiento durante la atención médica. Al analizar el discurso de los participantes, se evidencia la idea que ellos tienen sobre la población que atienden.

Señalan que a las personas enfermas le cuesta mucho trabajo tomar decisiones buenas en materia de salud, tienden a la negación de la enfermedad actual, además de que a la población usuaria tiene una falta de cultura del autocuidado, también mencionan que la población mexicana no está preparada para hacer ejercicio y llevar una vida saludable, además de una baja percepción de los riesgos potenciales a los que están expuestos los usuarios y por lo tanto el que ocurra un evento detonante, por ejemplo, algún internamiento que ponga en peligro la vida del enfermo, puede ser el parteaguas en el tomar o no decisiones acertadas en salud.

Los médicos comentan que incluso la escolaridad puede influir en la comprensión de las indicaciones, ya que en algunas ocasiones se les repiten más de una vez y muchas de las veces se tiene que adaptar el discurso para que los enfermos comprendan las instrucciones, por último, consideran que la confianza es una de las cosas más difíciles de alcanzar con los usuarios, ya que algunas de las veces el diagnóstico de la ERC es en una etapa avanzada, un participante comentó lo siguiente:

“...en lo social, es lo cultural, la gente no tiene una cultura de autocuidado, o como mucha gente me ha dicho en la consulta, la gente me dice: “No me quiero hacer los laboratorios porque sé que estoy mal ¿entonces para que me los hago?” es así de fácil...”

En el discurso médico, la responsabilidad de una buena atención médica y una buena evolución de la ERC en su mayor parte recae en lo que hace y deja de hacer el enfermo renal, sin embargo, existen diferentes vertientes que afectan la conducta y decisiones de las personas, por tanto, una educación a las personas que padecen la ERC por parte del médico tratante es indispensable.

5.3.3.3. Ideas de impotencia y fatalidad

Dentro de los discursos de los médicos de primer nivel surgen ideas relacionadas con la impotencia al tratar enfermos renales, esa impotencia se ve relacionada en aspectos como son; conocimientos insuficientes para tratar las complicaciones de la ERC, no tener los elementos adecuados para el tratamiento farmacológico y en general que el sistema de salud no puede brindar todo lo necesario para su correcta atención, referencias al segundo nivel que son tardadas y que cuando al fin reciben la atención no se les brinda algo diferente, por otro lado, el tener a personas con ERC de muy corta edad e incluso que estas decidan no tratarse en el siguiente nivel de atención, un médico de primer nivel comentó:

“...pues es una falla en el proceso de atención, para mí eso es lo más frustrante, que es un paciente que cuántos años tuvo que haber pasado, por cuántos médicos, cuántas áreas de salud tuvieron intervención en él, ¡y todas fracasaron! ¡todas fracasaron! Porque el paciente ya trae ERC, fracasaron por negligentes, por omiso, por falta de insumos, por desconocimiento o a lo mejor tenías todo eso, pero el paciente nunca tuvo la sensibilidad o nunca tuvo esa responsabilidad de su atención en salud, eso te habla de un fracaso en un sistema de salud...”

Como consecuencia de lo antes descrito, los médicos se ven inmiscuidos en ideas de fatalidad y que en muchas ocasiones piensan que ya no hay más por hacer en beneficio de los enfermos renales, después de haber pasado por varios servicios y niveles de atención.

5.3.3.4. Ideas sobre programas de asistencia social

Los participantes mencionan que la atención en salud en primer nivel no es del todo mala, los buenos recursos humanos en salud y la infraestructura con la que se cuenta se ve opacada por la falta de insumos y medicamentos, no obstante, al momento de indagar sobre el asistencialismo existente en el sistema de salud mexicano como lo es PROSPERA, refieren que este tipo de programas no son efectivos y que propician la búsqueda del engaño para obtener beneficios económicos; por otro lado, con el incremento de ERC en los últimos años perciben el

fracaso del sistema de salud nacional, estas situaciones se ejemplifican a continuación:

“...aunque yo muchos años estuve contratada por PROSPERA, ¡híjole no! deberían de quitar ese programa que no sirve para nada realmente, hay muchos pacientes que no lo necesitan, pero están acostumbrados a mentir para conseguir las cosas...”

Los médicos, en su discurso, señalan que las personas que reciben estos apoyos muchas de las veces no los destinan a su salud, ellos enuncian que en algunas ocasiones a los enfermos no les interesan los medicamentos para tratar su enfermedad y solamente asisten para recibir la compensación económica que les da el programa, incluso refieren que al momento de tratar de informarlos e insistirles sobre su salud los enfermos se molestan con el médico tratante, un médico de primer nivel apuntó lo siguiente:

“...tengo un núcleo de PROSPERA, en ese les dan un apoyo económico para que acudan a las consultas, si no acuden es falta y eso les genera un descuento en su pago y hasta eso se enojan, no lo hacían por salud, algunos lo hacen por economía...”

“...en el programa de prospera, la parte que les pagan de salud o el apoyo que les dan es para eso, para salud, y la gente está acostumbrada a mejor usarlos en otras cosas...”

Además, los médicos señalan que programas como PROSPERA, no aplican solamente para la población más vulnerable, comenta que, efectivamente la mayoría de la población usuaria es de escasos recursos, sin embargo, comentan que hacen uso personas como profesionistas o en algunos casos de personas con posgrados.

En este apartado, se puede apreciar como las ideas que permean en quienes son los encargados de brindar atención primaria, apunta a que las causas de esta enfermedad por un lado tienen que ver con aspectos biológicos y de edad, lo que incrementa la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas que terminan en ERC, así como en malas prácticas de los propios enfermos. Es notoria la ausencia

de otros temas como la falta de cobertura o acceso o la pobreza y otras condiciones que también han sido asociadas al incremento de la ERC en nuestro país.

5.4. Segundo nivel de atención

En lo que se refiere a los participantes del segundo nivel de atención, los especialistas en nefrología, los entrevistados fueron 6 hombres, las edades de los participantes oscilan entre los 36 y los 57 años y con un rango de experiencia entre los 5 y los 20 años de servicio en su campo de especialidad, con esto se obtuvo diferentes discursos sobre la ERC. La organización de este apartado es similar al de los médicos de primer nivel de atención.

5.4.1. Esfera estructural

5.4.1.1. Prevención para la ERC

Una tendencia clara en los discursos de estos médicos es que la prevención se ha incrementado y ha tomado un rol importante en el accionar de los servicios de salud, ellos observan mejoras en la atención en salud, refieren que se empiezan a realizar acciones en cuanto a la prevención contra enfermedades antecesoras de la ERC como son diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad principalmente, acciones, que conforme con los discursos debían haberse realizado hace algún tiempo, y que, a pesar de la sobrecarga de trabajo se han implementado en tiempos recientes, haciendo énfasis en que ya es común ver campañas, incluso, que los médicos tienen más presente a la ERC como complicación de la diabetes mellitus e hipertensión principalmente, a continuación, se muestra el discurso de dos especialistas:

“...ya es común ver campañas del Seguro Social o de la Secretaría de Salud, donde está alertando a la gente sobre el cuidado de peso, sobre el cuidado de la propia diabetes, sobre el cuidado de los hábitos de alimentación que eso a la larga, lo que da es mayor descontrol en la diabetes y a la larga sea enfermedad renal crónica...”

“...estamos empezando a hacer ya un poquito más de prevención o de poder actuar y dar tratamiento oportuno y al menos retrasar la evolución de enfermedad renal crónica en cuestión de atención...”

Es importante rescatar que, además de la prevención los nefrólogos mencionan que también ya se está realizando una mayor detección de este problema de salud, los médicos que trabajan en instituciones públicas como lo es IMSS e ISSSTE enfatizan en que a los médicos de primer y segundo nivel en formación se les capacita de forma importante para tener siempre en mente a la ERC en personas con alto riesgo, mencionan que la academia de estas instituciones fomenta la mejoría continua del personal con altos estándares de calidad, esto, de acuerdo a lo mencionado por los participantes.

5.4.1.2. Sobrecarga de trabajo y saturación de los servicios de salud

Más médicos especialistas se han incorporado a brindar atención en instituciones públicas y los números se han incrementado en todo el país, empero, no a la velocidad que sería la ideal para contener la gran cantidad de enfermos renales que se están apareciendo, esto, señalado por uno de los participantes, sin embargo, en el segundo nivel, de forma similar a lo que se ha descrito en el primer nivel de atención, los nefrólogos refieren que existe una sobrecarga laboral, la cual está conformada por diferentes vertientes.

En el discurso de los médicos especialistas, se detectaron como detonantes de esta situación el reducido número de nefrólogos destinados para la demanda que tienen los servicios de salud. Algunos de ellos mencionan que la cantidad de personas con ERC con la que estos actores en salud llegan a tener interacción tanto en consulta externa, hospitalización y urgencias asciende frecuentemente a los 30 usuarios valorados al día por cada médico.

Asimismo, los especialistas comentan que una de las situaciones que se presenta por la poca cantidad de médicos nefrólogos en el estado de San Luis Potosí y en el país es que la atención a personas con ERC es brindada por médicos internistas o en algunos otros casos por algunos urólogos, lo último generado probablemente por el poco conocimiento de la población sobre la existencia de los nefrólogos, en los siguientes fragmentos se rescata lo antes mencionado:

“...aquí en el hospital donde yo trabajo, del seguro (IMSS), son alrededor de 220 pacientes (con ERC), pero si la pregunta fuera encaminada en más o menos cuantos pacientes ve un médico del seguro social al día entre consulta y hospitalizados, por médico, debe de andar viendo unos 30 pacientes por día entre consulta y hospitalización...”

“...hay pocos nefrólogos en el país, que yo creo que somos insuficientes en número y desafortunadamente recae la atención muchas veces en médicos no especialistas, digamos, en internistas que no tienen tanta práctica en la especialidad y médicos generales y esto, pues hace un decremento en la buena atención del paciente...”

Al momento en que la atención en salud se percibe diezmada por la sobrecarga de trabajo, los nefrólogos señalan que el tiempo en la atención al enfermo renal es vital, principalmente para poder explicar al enfermo su situación y el contexto en el que se encuentra envuelto, además de hacer énfasis en la educación al paciente, la cual es primordial para una buena evolución de la ERC, asimismo, mencionan algunas diferencias entre el ámbito privado y público, un especialista en nefrología menciona lo siguiente:

“...hay pocos nefrólogos, que tienes que ver... ...20 pacientes en la consulta o 15, más los hospitalizados y les das las recomendaciones, que es totalmente diferente aquí (ámbito privado) que tienes todo el tiempo necesario y les explicas, les enseñas hasta un video de cómo es la diálisis peritoneal, de cómo es la hemodiálisis y todo, un ejemplo de un paciente que va a empezar su situación le dices: “tienes diálisis peritoneal es esto, es esto”, o pasarles un video y ya no es lo mismo imaginarte, a ver, entonces, los otros hospitales (públicos) pues no hacen eso. A lo mejor en cuestión de tiempos pues esta reducido y no das todo lo que debería de saber el paciente...”

Aunado a esto, la saturación de los servicios de salud es evidente, mencionan que los tiempos de espera son largos, no solamente para la consulta médica, sino también para las sesiones de hemodiálisis principalmente, esto se traduce en complicaciones para los usuarios en su salud y el tratamiento deja de ser el adecuado, un médico especialista en nefrología menciona lo siguiente:

“...yo creo que las unidades de gobierno, las unidades de hemodiálisis están sobre saturadas por tanto paciente y esto igual pues cae en que el tratamiento no es totalmente ideal, hacen esperar mucho tiempo al

paciente, lo citan y dicen: “voy a conectar a tantos pacientes y los que no pues que se esperen y que regresen después” y eso va dando lugar a que se complique más el paciente, indudablemente las unidades de hemodiálisis privadas, bueno pues hay la atención es más personal es particularizada se respetan los tiempos y bueno pudiera aproximarse un poco más a lo ideal...”

5.4.1.3. Desabasto de recursos en salud

Una situación frecuente en los servicios públicos de salud es el desabasto de recursos de salud, sin embargo, los participantes del estudio desempeñan su actividad profesional tanto en el ambiente público como en el privado; en el ámbito privado, el desabasto de medicamentos no fue de los principales temas abordados por los participantes, en cambio, en temas como sobrecarga de trabajo en su consulta privada sí estuvieron presentes en su discurso ya que el número de personas que valoran es elevado, no obstante, los médicos que sí se desenvuelven en el ámbito público hacen énfasis en la falta de recursos para el diagnóstico oportuno, tratamiento con hemodiálisis debido a la falta de máquinas, además de medicamentos como eritropoyetina, uno de los especialistas en nefrología señaló:

“...En el ISSSTE Hospital General solo tenemos una máquina para urgencias, pero incluso he tenido problemas porque en ocasiones quieren meter 5 pacientes y a lo mejor los 5 con urgencia son hospitalizados y luego llega alguien de urgencias peor y pues hay que meterlos...”

Aunado a esto, un médico nefrólogo de institución pública menciona que la falta de personal es importante, refiere que en su unidad no existen plazas de nefrología y desempeña su función como médico internista, a pesar de esto, el desempeña esa actividad como algo “extra” a sus funciones, situación que es delicada, ya que de acuerdo con la norma oficial los centros de hemodiálisis deben ser atendidos de tiempo completo por un nefrólogo, no obstante, en la plantilla del hospital no existe, situación que debe ser revisada y atendida.

5.4.1.4. Acceso a los servicios de salud

Se ha descrito que el sistema de salud mexicano es fragmentado, con subsistemas y que tiene diferentes niveles de atención, esto, en muchas ocasiones dificulta el acceso a los servicios de salud en niveles superiores al primer nivel. Los nefrólogos, al encontrarse en el siguiente nivel de atención y al percibir que los enfermos renales tardan muchos meses en llegar hasta esa instancia, los médicos de segundo nivel dirigen su discurso hacia los obstáculos administrativos que llegan a enfrentarse los usuarios y que muchas veces estos interfieren en la evolución de los usuarios de los servicios de salud, haciéndoles perder tiempo valioso y algunas veces ocasionando la pérdida del interés por parte del usuario, un médico de segundo nivel en nefrología expresó lo siguiente:

“...yo creo que hay buenos médicos en los hospitales de gobierno, pero lo difícil es llegar a ellos, yo creo que si en un momento dado llega el familiar o el paciente a pedir su cita pues se encuentra con el obstáculo de la trabajadora social o del médico de primer nivel y le da citas muy largas, que, el enfermo, o no se espera o se cansa y recurre a otros médicos particulares que a veces tampoco estudiaron...”

Aunado a los obstáculos administrativos también se suman las referencias tardías de los médicos generales, la saturación de los servicios y las actitudes de los enfermos renales en cuanto a su enfermedad pueden ser las causas de un inadecuado acceso a los servicios de salud.

En este apartado se hacen notorios los discursos en referencia a que el segundo nivel de atención también tiene una saturación de los servicios de salud, aunado a falta de recursos en salud para brindar, en este caso, hemodiálisis como alternativa terapéutica, además resaltan los diversos obstáculos administrativos para poder recibir atención médica por un nefrólogo.

5.4.2. Esfera relacional

5.4.2.1. Interacción con médicos de primer y segundo nivel de atención

Las interacciones entre el personal médico son una parte fundamental de la atención para el enfermo renal, especialmente entre el primer nivel de atención con el segundo nivel, sin embargo, se han encontrado algunas deficiencias de colaboración, incluso entre los mismos médicos de segundo nivel y de diferentes especialidades, tales como medicina interna, urología, entre otras.

Señalan que la interacción con el primer nivel es pobre, debido al sistema de comunicación existente; el sistema de referencia y contrarreferencia, al igual que los médicos de primer nivel, señalan que es tardada, poco clara y al ser de forma indirecta el seguimiento a las personas con ERC no es el correcto, porque en la mayoría de las veces, las hojas de contrarreferencia no llegan a su destinatario final, el médico de primer nivel, por último refieren que otros especialistas como urología o medicina interna si realizan el contacto por vía telemedicina y desconocen el por qué ellos no usan ese medio para la comunicación más personal.

Los nefrólogos apuntan a que una comunicación más personalizada ya sea por teléfono o la telemedicina daría resultados interesantes para la evolución de los enfermos renales, además, cabe aclarar, que los nefrólogos están conscientes de esta situación y remarcan su total interés para que se abran ese tipo de canales de comunicación. Asimismo, existen algunos médicos que abogan que la comunicación a través de notas médicas no debe perderse y que es una de las principales herramientas que tienen los médicos para comunicarse uno con otro, pero aclaran que esto debe de hacerse bajo ciertos estándares de calidad que muchas veces por el tiempo es imposible lograr, por lo anterior, uno de los participantes del segundo nivel mencionó:

“...Trabajar con conjunto, sí, porque muchas cosas son difíciles de entender o de a lo mejor si estas en el círculo vicioso de que también ser médico general de primer contacto con 25 pacientes que tienen que ver en su turno si le toca el 23 un paciente joven 40 años y es hipertenso a pues hipertensión primaria y se va a su casa, a lo mejor está cansado o ya se le

paso o no busco, pero también si no lo saben pues no saben que tiene que buscarle, ahí es el problema...

En cuanto a las relaciones entre médicos especialistas, algunos de los entrevistados mencionan que las intervenciones de médicos no nefrólogos muchas de las veces no son las adecuadas, aluden a que otros especialistas se adjudican el tratamiento de un enfermo renal y en ocasiones los refieren cuando el estado de la persona es muy complicado, generando un desagrado importante de parte de los nefrólogos, esta situación ocurre en el medio privado exclusivamente, un especialista apunta lo siguiente:

“...lo que pasa es que muchos de los médicos desgraciadamente aquí luchamos con muchos, con internistas, con endocrinólogos... ...yo sé que a nivel público como el Seguro Social o el ISSSTE o Salubridad los detectan y los mandan directamente con el nefrólogo, pero aquí mucha gente a manera privada me ha tocado ver que hay empiezan a tener daño renal y los mandan hasta cuando ya la enfermedad está muy avanzada...”

5.4.2.2. Relación con las personas con ERC que reciben atención

Según el discurso de los nefrólogos, existe una buena relación con los usuarios de los servicios de salud, tanto públicos como privados, sin embargo, mencionan que una de las claves de su éxito para el tratamiento y comunicación con las personas con ERC es la amplia disponibilidad de tiempo con la que cuentan en el ámbito privado, siendo la piedra angular en el tratamiento y seguimiento de la ERC ya que pueden explicarles a profundidad su enfermedad, consecuencias, tratamientos disponibles, cambios en los hábitos o estilos de vida. Incluso señalan es más probable llegar a un punto donde la parte afectiva emocional pueda lograr el convencimiento de las personas con ERC para un cambio positivo, en este ámbito un nefrólogo señala:

“...con todos los años que tengo de dedicarme en esto pues si me doy cuenta que entre más tiempo le dedique a un enfermo para convencerlo de que se tiene que tomar la medicina, cuidar la alimentación, pues creo que yo puedo decir que a los pacientes que veo les va bastante mejor, y no es por lo que yo haga sino porque precisamente lo que hacen los pacientes,

porque les insisto mucho en que el apego al tratamiento es una piedra fundamental en la evolución de su enfermedad...”

Sin embargo, refieren que las relaciones con los enfermos renales son hasta cierto punto complicadas, refieren que la comunicación no es fluida y que por ese motivo deben dedicar gran tiempo en la consulta privada, además de las dificultades en la comunicación ellos refieren que es difícil llevar un buen control debido a que las personas con enfermedad renal llegan a esas instancias porque son descuidadas con su salud, ya que buscan la atención médica cuando ya es demasiado tarde, dejando poco margen de acción para el médico tratante. No obstante, indican que en el ámbito público el escaso tiempo que se tiene para brindar la atención no es una condicionante para una buena o mala atención en salud y que va más relacionado con la actitud del médico al momento de realizar su consulta y que este aproveche al máximo el tiempo disponible para una atención de calidad.

5.4.3. Esfera ideacional

5.4.3.1. Causas de la ERC y aumento de incidencia

En los últimos años la ERC ha tenido un crecimiento acelerado, por lo tanto, indagar sobre las causas en voz de estos especialistas es importante para comprender más a fondo la enfermedad a través de los expertos y conocer a qué se enfrentan día a día.

Los nefrólogos mencionan, de manera muy similar a los médicos de primer nivel, que la creciente incidencia de la ERC se ve favorecida por los altos índices de diabetes mellitus e hipertensión, situaciones que, de acuerdo con lo mencionado por los participantes, se presentan más puesto que la esperanza de vida es aún mayor, por lo tanto, se incrementan los casos prevalentes y la incidencia de estas dos enfermedades, un médico señaló puntualmente:

“...Las causas más frecuentes de insuficiencia renal crónica en San Luis Potosí y digamos en el mundo, es la diabetes mellitus, la diabetes mellitus tipo dos es la causa más frecuente...”

“...la diabetes que es la primera causa de insuficiencia renal pues el paciente sobrevive más tiempo y le da tiempo a llegar a presentar todas las complicaciones como es problema en la retina, problema en corazón, problema en los riñones, y por eso es que vemos más insuficiencia renal por que el diabético pues vive más y por otro lado el ser humano actualmente vive más...”

A diferencia de lo que los médicos de primer nivel mencionan, algunos nefrólogos comentan que los AINE's si son desencadenantes de la ERC en algunas personas y algunos otros mencionan que los casos no son representativos para pensar que es causada por AINE's y que pueden interferir otros factores. Otro de los puntos frecuentemente mencionados por los médicos de segundo nivel es que la ERC se ha incrementado por el consumo de alimentos altamente industrializados; el consumo de bebidas azucaradas se ha elevado considerablemente y los alimentos llegan a tener sustancias que disminuyen la saciedad aumentando el consumo de los alimentos procesados, uno de los participantes señala lo siguiente:

“...el cambio de estilo de alimentación que se volteó hacia el mercado, la adicción de comida chatarra que aporta calorías con poco beneficio, bebidas endulzadas y la decisión de la gente de que "no quiero cambiar lo que me gusta hacer" entre eso la consecuencia es una epidemia de diabetes...”

5.4.3.2. Ideas sobre la población con ERC

Las imágenes generadas en la población medica estudiada son resultado de la interacción en repetidas ocasiones durante varios años, de esa experiencia se rescata el discurso de estos actores en salud, los cuales declaran que las personas que padecen ERC la obtienen como resultado de múltiples descuidos en su salud con enfermedades como diabetes e hipertensión que producen la ERC principalmente, al igual como lo mencionan los médicos de primer nivel ellos señalan que la población en general no tiene la capacidad de tomar decisiones saludables en salud, que no hay una cultura del autocuidado, para realizarse algún chequeo general, debido a que la población cree que por el simple hecho de consumir los medicamentos prescritos es suficiente para controlar adecuadamente su

enfermedad, situación importante porque consideran necesario fomentar una cultura de prevención, donde no se tome como tratamiento solamente los fármacos y se implementen alternativas como nutrición y ejercicio, un participante señaló lo siguiente:

“...la gente funciona bajo la creencia de que el tratamiento son las pastillas, porque así le conviene creer, ¿verdad?, para no tener que cambiar su estilo de vida...”

Otra idea sobre las personas que tienen la ERC es que en su mayoría son personas de escasos recursos, de bajo nivel socioeconómico y, por ende, complica los tratamientos. Aunado a esto mencionan que la población afectada en gran medida son las personas económicamente activas y no solamente mayor como generalmente se piensa provocando un impacto terrible en la economía nacional, sin embargo, reconocen que también existe una parte que le toca al sistema de salud, que hasta hace pocos años busca la prevención y diagnóstico oportuno.

Por otro lado, comentan que existe mucha ignorancia en las personas que tienen ERC y por eso llegan a complicarse en muchas ocasiones, por ejemplo, un especialista comenta que las personas utilizan la herbolaria a la par con los fármacos y la hemodiálisis, situación que puede ser de alto riesgo ya que no se sabe con claridad si algunas plantas pueden ser nefrotóxicas, otro problema al que se enfrentan es a que los enfermos renales no conocen bien los tratamientos como diálisis y hemodiálisis, por lo tanto, le temen a estos y se llega a prolongar aún más el tiempo sin terapia sustitutiva renal, a continuación, se rescata lo siguiente:

*“...hay de trasfondo un mucho de ignorancia yo me tardo bastante en las consultas, habitualmente en las consultas yo me tardo una hora porque les explico que repercusiones tiene el tratarse la enfermedad y el no tratarla...
...la gente sigue todavía creyendo en terapias alternativas, en cosas mágicas y eso pues también es difícil ¿no?...”*

5.4.3.3. Impotencia al brindar la atención

De igual manera como sucedió con los médicos generales, en la población de segundo nivel, existen ideas relacionadas a la impotencia en el tratamiento de los enfermos renales, esas ideas de impotencia se ven reflejadas en situaciones como; enfermos renales muy jóvenes, que por su enfermedad afecta la dinámica familiar o también que la situación socioeconómica que disminuya la posibilidad de acceder a un trasplante, por otro lado, complicaciones que afecten otros órganos o sistemas. Además, como otro factor se agrega que los enfermos renales no están de acuerdo por temor o desconocimiento de los métodos de tratamiento como la diálisis peritoneal o la hemodiálisis, por lo cual, en muchas ocasiones no acceden a que se les realicen y por último aspectos que involucran la conducta de los enfermos renales como es el caso de la educación a, ya que refieren que es difícil generar un cambio de hábitos, en relación con estas situaciones los médicos comentaron:

“...Lo más difícil en mi opinión es la gente joven que por un sin fin de circunstancias, algunas medicas otras sociales dejan avanzar la enfermedad al grado de que hay complicaciones cardiovasculares que hacen que el paciente tenga un mal pronóstico y que hagan que fallezcan a edades temprana...”

“...me parece a mí que es lo más difícil, enseñar a vivir al paciente con su padecimiento...”

A diferencia de los médicos generales los nefrólogos enfocaron sus ideas de impotencia a aspectos más biológicos, como complicaciones de otros órganos o aparatos y en menor medida a situaciones no biológicas como falta de acatamiento de indicaciones, no obstante, en sus discursos no se detectaron ideas sobre fatalidad, esta situación puede ser generada al manejo constante con enfermos renales, que tengan basto conocimiento acerca de la ERC o que perciban que sus pacientes están más controlados debido a que cuentan con tratamientos como diálisis, hemodiálisis e incluso fármacos a demanda.

5.4.3.4. Ideas sobre médicos de primer nivel y la atención médica

Un discurso frecuente en la población médica de segundo nivel en referencia a los médicos generales, es que ofrecen una atención deficiente; algunos mencionan que los médicos no están preparados para manejar correctamente la ERC en sus inicios y que realizan las referencias de forma tardía e incluso refieren que no son del todo honestos en sus conocimientos y prefieren manejar al paciente en vez de referirlo en el tiempo adecuado, comentan que probablemente la capacitación institucional no es la adecuada y que durante la universidad, la carrera de medicina carece de una formación de nefrología; en este rubro, un médico comenta que incluso en algunas universidades la materia de nefrología aún no se encuentra en los planes curriculares; uno de los especialistas participantes señaló lo siguiente:

“...considero que no es lo adecuado (atención en el primer nivel) porque hay ocasiones en que el médico no es tan honesto no es tan sincero y no es tan, cómo te dijera, pues honesto en cuanto a sus conocimientos médicos sus alcances, sus limitaciones y pues creen saber y creen poder tratar al paciente y lo único que hacen es retener hacer perder tiempo al paciente y gastarlo depletarlo en forma económica y los manda al nefrólogo ya en forma tardía...”

Otra de las circunstancias percibidas por los participantes fue que en el primer nivel la atención se ofrece de forma rápida y de mala calidad, debido al tiempo asignado a cada persona en consulta y por lo tanto no puede haber una interacción dirigida a la educación del paciente en tan poco tiempo, además, comentan que los médicos generales en la actualidad tienen poca credibilidad, uno de los nefrólogos apunta que la medicina practicada en el primer nivel de atención es reactiva, que solamente se enfocan a curar o disminuir los síntomas sin encontrar la causa de fondo de estos, situación que muy probablemente tenga relación con la poca credibilidad, desprestigio, y, por ende, desconfianza de los enfermos renales hacia los médicos generales de instituciones públicas y otros centros privados. En referencia a lo antes mencionado, uno de los participantes señaló:

“...personalmente tengo muchos pacientes que llegan: - “es que me hinché, fui con médico general, me dio antibiótico y mejoré y otra vez me volví a hinchar”, entonces ahí ya pasó algo... ...Ahí creo que está el error o el detalle de los médicos generales...”

“...han llegado casos donde dicen: “solo me hinche me dieron tratamiento y me sentí bien”, pero nunca identificaron por qué...”

En contraste con lo antes mencionado, puntualmente, uno de los médicos entrevistados señala que el sistema y la organización del primer nivel de atención es la que limita al médico, se rescata un fragmento de lo antes mencionado:

“...el médico familiar no es que no sepa, sino que no tiene los recursos que le permitan atender lo que tal vez sí sabría atender, entonces ¿qué limita al médico de primer nivel? la organización que lo contrata y que le define unas circunstancias, un entorno, - “tu trabajo consistirá en esto, no pidas más porque no estas autorizado para más”...”

En el apartado ideacional se mostraron situaciones importantes, dentro de las cuales se habló de las causas más frecuentes de ERC, que al igual que los médicos de primer nivel, tienen causas biológicas y relacionadas con edades avanzadas usuarios, situaciones que se relacionan directamente con la prevalencia e incidencia diabetes e hipertensión, enfermedades relacionadas con la ERC; principalmente estas enfermedades tienen lugar en el comportamiento no adecuado de los enfermos. Sin embargo, también se hace referencia a las malas prácticas de los médicos de primer nivel, con referencias tardías y conocimientos insuficientes para la enfermedad, además de que la atención en el primer nivel es reactiva.

CAPÍTULO VI.- DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue conocer las perspectivas del personal médico de primer nivel en centros de salud urbanos y de médicos de segundo nivel en diversas instituciones públicas de salud sobre la atención médica a personas que padecen ERC en San Luis Potosí, empleando metodologías cualitativas.

Dentro de los discursos, se encontraron diferentes factores que modifican la atención médica a enfermos renales en los dos niveles de atención explorados, los médicos entrevistados refieren deficiencias en las tres esferas del ACD.

En la esfera estructural, la sobrecarga de trabajo es una realidad en los servicios de salud en el ámbito público, los médicos de primer nivel comentan que la atención en el primer nivel está sobrecargada, se enfrentan a tiempos reducidos que dificultan una buena atención médica, a su vez, enuncian que existen múltiples formatos que hay que llenar, con la misma información en cada uno de ellos, lo que provoca fatiga, trabajo repetitivo y estos factores pueden provocar fallas en la atención; como son diagnósticos erróneos, tratamientos o indicaciones equivocadas debido al cansancio. Además, refieren que el pago por los servicios prestados no es lo adecuado para la carga laboral.

Vest et al., reporta algo similar en su estudio, en el cual refiere que la cantidad de recursos, el tiempo del personal necesarios para realizar la atención médica en el servicio público y una percepción económica inadecuada puede generar una participación poco activa en el personal médico. A esto se suma la introducción de las tecnologías en la atención médica, en su estudio los médicos refieren que es cansado ya que manejan muchos datos.⁵⁹

Sin embargo, en contraste con los médicos de nuestro estudio, tanto el primer y segundo nivel enfatizan en que las tecnologías pueden propiciar una mejor atención y menor fatiga; ellos proponen el uso de una historia clínica electrónica y formatos electrónicos para que el llenado fuese más cómodo y rápido, no obstante, una investigación posterior a su implementación sería de utilidad para corroborar dicha

hipótesis, que se apegaría a lo referido en la Función Esencial de la Salud Pública (FESP) número 1; desarrollo de la tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública.

Continuando con este capítulo, otro de los puntos estructurales importantes y que contrastan con el estudio de Vest et al., es el desabasto de medicamentos y consumibles debido a que el presupuesto en salud es menor año con año y que esta situación sí interfiere en brindar una buena atención médica. Mencionan que los medicamentos del cuadro básico, que se supone deben estar cubiertos siempre, no lo están, lo anterior difiere de los objetivos planteados por el Seguro Popular; disminuir el gasto de bolsillo, preservar la salud de las familias afiliadas.

Hernández & Mercado mencionan 3 principales razones por la cuales los usuarios no utilizan medicamentos a) porque el centro de salud no dispone de ellos; b) porque el SP cubre parcialmente sus costos, o c) porque los excluyen, al considerarlos de mala calidad⁶⁰. En el presente estudio principalmente se refiere la no disponibilidad de estos, por otro lado, la OCDE menciona que el número de recetas médicas prescritas que no se surtieron por completo debido a la falta de inventario se ubicó en 33% en el Seguro Popular, mostrando congruencia con lo reportado en el presente estudio.⁶¹

De acuerdo con los determinantes sociales en salud (DSS), estas situaciones de sobrecarga laboral, saturación de servicios de salud y desabasto de medicamentos puede ser influenciada por la transición epidemiológica, el crecimiento urbano y la migración hacia las grandes ciudades, que de forma inevitable afecta la calidad de los servicios de salud, hablando específicamente de los DSS de tipo estructurales; la posición social se coloca como parte fundamental ya que se ha relacionado de una manera favorable que el percibir ingresos más altos e incluso una mejor educación con un mejor estado de salud.

Por otro lado, la capacitación sobre ERC en el primer nivel de atención es una parte fundamental para un buen servicio, los médicos de primer nivel mencionan que estas capacitaciones son en su mayoría inadecuadas, no son uniformes, ya que dejan por fuera a personal de salud dependiendo del turno en que se lleve a cabo esas capacitaciones, algunos mencionan que la ERC se ve como un apéndice de enfermedades como DM e hipertensión.

De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles (OMENT), en la sección de capacitación a personal de salud en temas de enfermedades crónicas, en el estado de San Luis Potosí aparece, ya capacitado, un total de 90 médicos generales (98.1% del personal), sin embargo, solamente se encuentra registrada la información de 4 centros de salud los cuales son; 21 de Marzo, San Antonio, Villa de Cactus y la UMF de Soledad, situación que deja fuera a centros importantes como son el CS Juan H. Sánchez, Anáhuac y Saucito⁶². Es importante resaltar que se deja a una gran población de médicos fuera de la estadística, que es imprescindible para cuestiones estadísticas sobre la calidad en la atención médica.

Lo antes mencionado, puede tener repercusiones tanto en un diagnóstico oportuno, referencia tardía al segundo nivel, además de una falta de confianza en el médico para el manejo de las personas con ERC en el primer nivel de atención. Vest et al., refiere que la incertidumbre sobre las pautas sobre ERC, el diagnóstico y el tratamiento es resultado de falta de educación continua en ERC, además de un cambio constante en las guías de práctica, por lo tanto, algunos médicos refieren que es difícil saber que guía deben de seguir⁵⁹. En suma, las capacitaciones deben tener un programa o calendarización que sea incluyente con todo el personal de salud.

Lo antes mencionado referente a la esfera estructural, puede verse influenciado por un determinante social de la salud intermedio: el sistema de salud, el cual no responde a las necesidades de la población; de difícil acceso y cobertura parcial de

los problemas de salud, probablemente debido a su organización en diferentes subsistemas, que limitan la atención en salud a determinados grupos de personas.

Además del sistema de salud, estas situaciones pueden deberse una vez más a la transición epidemiológica, la migración y el crecimiento urbano, además de una mala administración de los recursos; la OCDE refiere en su diagnóstico del sistema de salud mexicano un alto gasto administrativo, el más alto de todos los países que conforman esta organización; por lo tanto, una política de austeridad es necesaria para una mayor disponibilidad de los recursos aunado a una planeación estratégica correcta y enfocada a los principales problemas de salud que son precursores de la ERC.

Dentro de las situaciones alusivas a la esfera relacional, la interacción y colaboración entre el primer y segundo nivel de atención es primordial para una atención de calidad en los servicios de salud, específicamente para la ERC, Haley et al. menciona que el trabajo conjunto entre médicos de primer nivel y los nefrólogos aporta mejoría en la identificación, referencia de la ERC a los nefrólogos, esto, por ende, aportaría una mejor calidad de la atención. Por otro lado, Tonkin-Crine et al. refiere que los médicos de primer nivel en Inglaterra conocen al equipo de unidad renal y todos han tenido contacto con ella, además de que la comunicación fue sencilla y en algunos casos los médicos de primer nivel habían recibido capacitación específica por la unidad renal de su región.⁶³

Sin embargo, en contraste con lo antes mencionado, los participantes del primer nivel refieren no tener contacto alguno con los nefrólogos y mucho menos conocer a los médicos a los cuales refieren a los enfermos renales, además, los canales de comunicación no son los adecuados y la retroalimentación es escasa, con lo cual genera sensaciones de falta de claridad en su rol y responsabilidades, muy similar a lo encontrado por Tam-Tham et al. y Greer et al.^{64,65}; esta situación en nuestro medio puede deberse a la falta de nefrólogos en San Luis Potosí, reduciendo las oportunidades de retroalimentación.

Esta situación que ha sido señalada por la OCDE, que refiere que el número de médicos generales por habitantes es inferior a lo recomendado, en México se tienen 2.2 médicos practicantes por cada 1,000 habitantes, la OCDE recomienda 3.2 por cada 1,000 habitantes, a esto se suma que también el número de nefrólogos es limitado para las necesidades actuales de la enfermedad. Para el año 2016 se estimó que existen alrededor de 1,190 nefrólogos en el país de acuerdo con cifras del Consejo Mexicano de Nefrología y de estos el 77.8% son médicos certificados y el porcentaje restante están pendientes de renovación, no obstante, las necesidades revelan que debería haber al menos 3,000 especialistas.^{61,66}

Concisamente, el sistema de comunicación es un factor que toma relevancia; indirecto, no genera participación de forma activa, es tardado, dependiente del interés personal de cada médico; los médicos entrevistados están abiertos al trabajo conjunto y a la crítica constructiva para aprender y brindar mejor atención en salud pero que ésta será difícil debido a la cantidad reducida de los recursos humanos en salud y el sistema de comunicación existente. Con base en lo anterior el mejoramiento del entorno físico de trabajo es indispensable para la mejoría de la calidad en la atención médica a enfermos renales, asimismo, una reorganización de las redes sociales que fomente la cohesión social entre estos dos grupos puede generar beneficios palpables a mediano plazo.

En la esfera ideacional, uno de los aspectos relevantes en el estudio fue el énfasis de las causas de la ERC, los participantes tienen una visión principalmente biomédica de la etiología de la enfermedad, comentan que las enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas diabetes mellitus e hipertensión son la principal causa de la ERC, otro de los puntos que refieren son el abuso de medicamentos, principalmente AINE's, los estilos de vida, el cambio de roles familiares, la falta de cultura de autocuidado y una percepción de los riesgos muy baja, muy similar a lo encontrado en el estudio de Mercado & Hernández y Greer, et al..^{3,67}

Las ideas sobre los usuarios de servicios de salud son variadas en la población médica, Vest et al. refiere que una de las dificultades más importantes a la hora de

tratar a una persona con ERC es su falta de compromiso, apego al tratamiento y la motivación, de la misma forma lo refiere Greer, et al.^{59,67}. En el presente estudio los médicos generales y especialistas mencionan además de la falta de compromiso en el tratamiento, cuestiones como falta de cultura del autocuidado, baja percepción de riesgos e incluso que la escolaridad y la falta de comprensión de la información pueden influir en el apego, tal como lo mencionan Kazley, et al., Mercado & Hernández y Meuleman, et al.^{3,36,68}

No obstante, es significativo aludir que a diferencia de lo que mencionan estos autores, según los médicos entrevistados en este estudio, los usuarios tienen creencias de que con solo tomar el medicamento podrán controlar su enfermedad y para no cambiar su estilo de vida, por lo tanto, es importante mencionar que las actitudes tomadas por los usuarios o personas que tienen ERC pueden ser influenciadas por el estado de ánimo, el estatus socioeconómico, el acceso a los servicios de salud y medicamentos, la confianza que se tenga con el médico de primer nivel y la etapa en la que se encuentra la enfermedad, situaciones que pudieran olvidarse durante la práctica clínica.

Uno de los temas principales con un trasfondo multifactorial es la referencia tardía al nefrólogo desde el primer nivel de atención, algunos de los médicos de segundo nivel entrevistados refirieron que en muchas de las ocasiones los médicos de primer nivel carecen de los conocimientos necesarios para informar correctamente a los enfermos renales, tratarlos o según sea su caso, referirlos, Fischer, Alkhodalir y Greer et al. en sus investigaciones reportan situaciones similares.^{67,69,70,71}

Lo anterior puede corresponder a los pocos programas formales que existen de capacitación al personal de salud, aunado al poco presupuesto, que no se puede destinar a la capacitación y, por ende, los médicos buscan alternativas que no todos los médicos adoptan, situación que Alkhodalir hace énfasis, en que los sistemas públicos de salud deben mejorar la atención para evitar retardos en la referencia o que los enfermos renales sean enviados para asesorías innecesarias.

Los médicos generales refieren que el sistema de salud tiene diversos obstáculos administrativos para llegar con el nefrólogo y también se suma la poca cantidad de personal de nefrología disponible en el país, en general esta temática surge de un sistema de salud poco eficiente, donde las tecnologías de la información pueden solventar algunas debilidades como es el llenado de papelería repetitiva, agilizar procesos administrativos, usar la telemedicina para disminuir los tiempos en que las personas que padecen la enfermedad renal sean atendidos.

Por otro lado, la construcción de infraestructura son oportunidades de mejora para que los médicos tengan espacios de calidad para su práctica clínica, una menor carga de trabajo, esto tal como lo señalan Fischer y Navaneethan,^{69,72} ya que retomando una vez más lo indicado por la OCDE en su estudio sobre el sistema de salud mexicano que refiere que México muestra la mayor razón de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes, lo que sugiere que el sector privado es una parte importante de todo el sistema de salud⁶¹. Lo anterior debe estar relacionado a una mayor generación de recursos humanos en salud que dominen las competencias clínicas para atender de forma correcta la demanda de la población actual.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las perspectivas de los médicos de primer y segundo nivel de atención permitieron identificar que la atención brindada a los enfermos renales no es la más adecuada. Asimismo, existen diferencias importantes en las perspectivas de los médicos dependiendo del nivel de atención en el que ellos se desempeñen siendo frecuentes las temáticas de capacidad del personal para tratar la ERC, situación de los usuarios y su enfermedad, situación de los servicios de salud, entre otros. Lo anterior puede dar la pauta para atender las principales deficiencias del sistema de salud mexicano.

En cuanto a las causas de la ERC percibidas por el personal médico sus perspectivas permitieron concretar que la ERC se debe principalmente a enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente diabetes mellitus e hipertensión, por lo anterior, las políticas públicas en salud actuales para las enfermedades crónicas no transmisibles deben ser revisadas; se necesita una reforma urgente para brindar una atención preventiva y primaria renovada.

En cuanto a los obstáculos identificados en las perspectivas de los médicos de ambos niveles de atención; la sobrecarga de trabajo, el desabasto de recursos en salud e infraestructura son escenarios a los que diariamente se enfrentan los médicos de primer y segundo nivel de atención; lo anterior se relaciona a su vez con programas inadecuados de capacitación continua para la ERC, por lo tanto, es imprescindible un programa de capacitación continua para la ERC, presencial, con horarios flexibles, gratuito y que no interfiera con la práctica clínica del médico de primer nivel, acompañado de un programa de austeridad y planeación estratégica enfocada a la prevención y creación de espacios saludables es imprescindible para generar una mayor cohesión social hacia una valoración colectiva de la salud.

De acuerdo con las perspectivas de los médicos, el sistema de referencia y contrarreferencia es deficiente, lo caracterizan como un sistema lento e impersonal, sin embargo, se recomienda hacer uso de las tecnologías de información para mitigar las deficiencias de este canal de comunicación, además de poder disminuir la saturación de servicios en el segundo nivel de atención. Aunado a esto, la

generación de recursos humanos en salud en conjunto con la creación de espacios hospitalarios es indispensable para una buena atención para la ERC.

La comunidad médica es de difícil acceso y poca disponibilidad de tiempo, con usos y costumbres muy arraigados y exclusivos; se deben considerar estas situaciones especiales para otras investigaciones con personal médico.

Las investigaciones que buscan las perspectivas permiten conocer más a fondo las realidades, por lo tanto, es necesario continuar con proyectos de estas características que incluyan a otros actores en salud para continuar con la generación de información de utilidad en la toma de decisiones en salud.

Limitaciones del estudio: El acceso a los médicos de primer y segundo nivel es de alta dificultad, debido a su saturada agenda de trabajo.

CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS

1. Jha V, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382:260–272.
2. Durán-Arenas, et al. Costos directos de la hemodiálisis en unidades públicas y privadas/Direct cost analysis of hemodialysis units. *Salud Pública México*. 2011; 53:516–524.
3. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra LE. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2178–86.
4. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. OMS; 2008 [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
5. United States Renal Data System. 2010 Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States [Internet]. USRDS; 2010 [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: https://www.usrds.org/2010/pdf/v2_12.pdf?zoom_highlight=mexico#search=%22mexico%22
6. International Society of Nephrology. Kidney Disease Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
7. Durand L. De las percepciones a las perspectivas ambientales. Una reflexión teórica sobre la antropología y la temática ambiental. *Nueva antropología*. 2008; 21:75–87.

8. Couser W, et al. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int.* 2011; 80(12):1258–1270.
9. World Kidney Day. Chronic Kidney Disease: What is Chronic Kidney Disease? [Internet]. WKD; 2014 [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>
10. Hill N, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE.* 2016; 11(7):e0158765.
11. González-Bedat M, et al. Burden of disease: Prevalence and incidence of ESRD in Latin America. *Clin Nephrol.* 2015; 83(7):3-6.
12. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD CompareDataVisualization. [Internet]. 2016 [Consultado 12 Feb 2016]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation, Instituto Nacional de Salud Pública. Estudio de carga global de la enfermedad 1990-2013, México. [Internet]. Seattle, University of Washington; 2012 [Consultado 12 Dic 2016]. Disponible en:
[https://www.dropbox.com/sh/5q7ltsaqxsxja3m/AAB4wsfKofkzir1TZabf0AIYa/2.%20M%C3%A9xico%20-%20Resultados%20Estatales%20y%20Nacional%20\(Espa%C3%B1ol\)?dl=0&preview=factsheet+SLP+ESP-2+DIC-3.pdf](https://www.dropbox.com/sh/5q7ltsaqxsxja3m/AAB4wsfKofkzir1TZabf0AIYa/2.%20M%C3%A9xico%20-%20Resultados%20Estatales%20y%20Nacional%20(Espa%C3%B1ol)?dl=0&preview=factsheet+SLP+ESP-2+DIC-3.pdf)
14. De la Rosa, P. En incremento enfermedades renales [Internet]. San Luis Potosí: Plano Informativo; 08/04/2016 [Consultado 1 Dic 2017]. Disponible en: <http://planoinformativo.com/nota/id/452976/noticia/en-incremento-enfermedades-renales.html>

15. Vargas K. Crece insuficiencia renal crónica 25%; San Luis Potosí; Diario Exprés; 03/10/2015 [Consultado Dic 1 2017]. Disponible en: http://www.elexpres.com/2015/nota.php?story_id=91435
16. Pan American Health Organization. La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas [Internet]. PAHO; 2011 [Consultado 13 Sep 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=14371&Itemid=270&lang=en
17. Bowman BT, Kleiner A, Bolton WK. Co-management of Diabetic Kidney Disease by the Primary Care Provider and Nephrologist. *Med Clin N Am.* 2013; 97:157–173.
18. Pacheco-Domínguez RL, et al. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. *Salud Publica Mex.* 2011; 53(4):499-505.
19. Haley WE, et al. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physician's association toolkit. *Am J Kidney Dis.* 2015; 65(1):67-79.
20. Clement L, et al. Primary and tertiary health professionals' views on the health-care of patients with co-morbid diabetes and chronic kidney disease - a qualitative study. 2016; 18;17(1): 50.
21. Mercado M, Gastaldo D, Calderón L. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: Una antología iberoamericana. 1era ed. Guadalajara, Jalisco. Universidad de Guadalajara Coordinación Editorial; 2002. 620 p.
22. Gorostidi, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2014; 34(3):302-316.

23. Venado A, Moreno J. Insuficiencia Renal Crónica [Internet]. 1era ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009 [Consultado 28 Nov 2016]. 31 p. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/02_feb_2k9.pdf
24. Arora P., et al. Chronic Kidney Disease: Practice Essentials, Pathophysiology, Etiology [Internet]. Medscape; 2017 [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/238798-overview>
25. National Kidney Foundation, Inc. Clinical Practice Guidelines K/DOQI For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification [Internet]. 2002 [Consultado 7 Oct 2017]. Disponible en: https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
26. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedad crónica del riñón [Internet]. OMS; s/f [Consultado 10 Nov 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=349&Itemid=40937&lang=es
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido [Internet]. México: INEGI; s/f [Consultado 10 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>
28. Méndez-Durán, et al. Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. Dial Traspl. 2014; 35(4):148–156.

29. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. OMS. 2017 [Consultado 1 Oct 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
30. Vignolo J, et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011; 33(1):7–11.
31. García G, et al. Niveles y Estrategias de Prevención. Benia W Temas Salud Pública. 2008; 1:19–26.
32. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Sistema de Referencia - Contrarreferencia [Internet]. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales. 2016 [Consultado 1 Nov 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf
33. Paige N, Nagami G. The Top 10 Things Nephrologists Wish Every Primary Care Physician Knew. Mayo Clin Proc. 2009; 84(2):180–186.
34. Haley WE, et al. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physician's association toolkit. Am J Kidney Dis. 2015; 65(1):67–69.
35. Lee JY, et al. General internists' perspectives regarding primary care and currently related issues in Korea. J Korean Med Sci. 2015; 30(5):523–532.
36. Kazley AS, et al. Health care provider perception of chronic kidney disease: knowledge and behavior among African American patients. BMC Nephrol. 2014; 15:112.
37. Maimela E, et al. The perceptions and perspectives of patients and health care providers on chronic diseases management in rural South Africa: A qualitative

study Health systems and services in low and middle-income settings. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15(1):143.

38. Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *SOCIOTAM.* 2005; 15:133–154.
39. Jørgensen MW, Phillips LJ. *Discourse Analysis as Theory and Method* [Internet]. 1era ed. Inglaterra: SAGE Publications; 2002. [Consultado 6 Ene 2017]. 240 p. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=vsx6l8_sKUcC
40. van Dijk T. El discurso como interacción social. *Estudios sobre el discurso II: Una introducción multidisciplinaria.* Barcelona: Gedisa 2001; 460 p.
41. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm Univ.* 2013; 10:50–57.
42. van Dijk T. *Estudios del discurso: introducción multidisciplinaria.* Barcelona: Gedisa; 2000; 460 p.
43. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76:423–436.
44. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* España: Paidós; 1987; 244 p.
45. Luborsky M, Rubinstein R. Sampling in Qualitative Research: Rationale, Issues, and Methods. *Res Aging.* 1995; 17(1):89–113.
46. Mella O. *Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación: Orientaciones Teórico-Metodológicas y Técnicas de investigación.* Primus; 2003 260 p.

47. Bernard HR. Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches [Internet]. 4ta ed. Reino Unido: AltaMira Press; 2011. [Consultado 10 Ene 2017] 812 p. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books?id=WhKYqATAySwC>
48. Edwards R, Holland J. What is Qualitative Interviewing? [Internet]. 1era ed. Reino Unido. Bloomsbury Academic; 2013 [Consultado 19 Ene 2017]. (The “What is?” Research Methods Series). Disponible en: http://eprints.ncrm.ac.uk/3276/1/complete_proofs.pdf
49. Rossman GB, Marshall C. Designing qualitative research. Estados Unidos de América: Sage Publications Inc.; 1989. 352 p.
50. Erlandson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD. Doing naturalistic inquiry: A guide to methods. Estados Unidos de América: Sage Publications Inc.; 1993. 224 p.
51. DeWalt KM, DeWalt BR. Participant observation: a guide for fieldworkers. Estados Unidos de América: Altamira Press; 2002. 296 p.
52. Schensul SL, Schensul JJ, LeCompte M. Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires (Book 2 en Ethnographer’s Toolkit). Estados Unidos de América: Altamira Press; 1999. 344 p.
53. Schmuck R. Practical action research for change. Estados Unidos de América: IRI/Skylight Training and Publishing.; 1997. 192 p.
54. Rossman GB, Marshall C. Designing qualitative research. Sage Publications Inc. Estados Unidos de América; 1995. 352 p.
55. McKernan J. Investigación-acción y currículum. España: Morata; 1999. 312 p.

56. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 16 de diciembre de 2016 [Consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf
57. H. Congreso del Estado de San Luis Potosí, Instituciones de Investigaciones Legislativas. Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí [Internet]. 15 de marzo de 2017 [Consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.stjslp.gob.mx/transp/cont/marco%20juridico/pdf-zip/leyes/LSESLP/LSESLP.pdf>
58. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013 [Consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
59. Vest B, et al. Chronic kidney disease guideline implementation in primary care: A qualitative report from the TRANSLATE CKD study. *J Am Board Fam Med.* 2015; 28(5):624–631.
60. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra LE. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. *Salud pública mex.* 2013; 55(2):179–84.
61. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016 [Internet]. 2016. [Consultado 04 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264265523-es>
62. Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles. [Internet]. Tablero de Control de Enfermedades Crónicas - Capacitación al personal de salud. s/f [Consultado 5 Jul 2018]. Disponible en: <http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/>

63. Tonkin-Crine S, et al. GPS' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: A qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2015; 65(636):469–477.
64. Tam-Tham H, et al. Primary care physicians' perceived barriers, facilitators and strategies to enhance conservative care for older adults with chronic kidney disease: A qualitative descriptive study. *Nephrol Dial Transplant.* 2016; 31(11):1864–1870.
65. Greer RC, et al. Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. *BMC Nephrol* [Internet]. 2015 [Consultado 5 Jul 2018]; 16:37. Disponible en:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.459615050&lang=es&site=eds-live>
66. Tamayo J, Lastiri H. La enfermedad renal crónica en México: Hacia una política nacional para enfrentarla [Internet]. Intersistemas S.A. de C.V; 2016 [Consultado 5 Jul 2018]. Disponible en:
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
67. Greer RC, et al. Challenges perceived by primary care providers to educating patients about chronic kidney disease. *J Ren Care.* 2012; 38(4):174–81.
68. Meuleman Y, et al. Perceived Barriers and Support Strategies for Reducing Sodium Intake in Patients with Chronic Kidney Disease: A Qualitative Study. *Int J Behav Med.* 2015;(4):530.
69. Fischer MJ, et al. Interventions to Reduce Late Referrals to Nephrologists. *Am J Nephrol.* 2011;33(1):60–69.

70. Alkhodair AA. Satisfaction Level Among Nephrologists towards Chronic Kidney Disease Patients Referred from Primary Health Care System. 2018; 70:1801–1807.
71. Greer RC, et al. Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. BMC Nephrology. 2015; 16:37.
72. Navaneethan SD, et al. A systematic review of patient and health system characteristics associated with late referral in chronic kidney disease. BMC Nephrol. 2008; 9:1.

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES



Por medio de la presente manifestamos que en la investigación “La atención médica a enfermos renales desde las perspectivas de médicos de primer y segundo nivel de atención en instituciones de sector salud de San Luis Potosí” NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para llevar a cabo esta investigación, desde el diseño del proyecto hasta la publicación de los resultados. Este proyecto forma parte de un proyecto mayor que desarrolla el director sobre la enfermedad renal crónica y su atención.

En cualquier circunstancia serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, que para esta investigación le son conferidos al responsable de la investigación, como autor principal para el primer artículo: el médico cirujano Carlos Roberto Vásquez Zapata como autor correspondiente al Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y a la Dra. Yesica Rangel como coautora. Los cuales se comprometen a cumplir y actuar conforme a los principios de ética profesional que establece el Código de Ética; considerando como principios generales la legalidad, honradez, lealtad, eficiencia e imparcialidad. De igual manera se respetará la obligación ética de difundir los resultados de la investigación mediante una publicación, además de ser responsables de la integridad y exactitud de los informes, aunque estos resulten negativos.

Se acuerda que los gastos del proyecto serán compartidos entre el alumno y su director, en una relación 50% el alumno y 50% el director, dado que el proyecto forma parte de un trabajo mayor, mismo que cuenta con financiamiento. Será responsabilidad de ambos autores cubrir los gastos que se generen para los efectos de la difusión de los resultados en cualquier modalidad.

Después de haber leído y comprendido lo señalado, manifestamos nuestro acuerdo y absoluta comodidad.

Med. Cir. Carlos Roberto Vásquez Zapata _____

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra _____

Dra. Yesica Yolanda Rangel _____

San Luis Potosí, S. L. P., mayo de 2017

Anexo 2



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería y Nutrición
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



LA ATENCIÓN MÉDICA A ENFERMOS RENALES.

LA PERSPECTIVA DE MÉDICOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Dr.(a):

Yo Carlos Roberto Vásquez Zapata, médico cirujano de profesión estoy llevando a cabo un proyecto de investigación. El objetivo general es Conocer las perspectivas del personal médico en centros de salud urbanos y de segundo nivel sobre la atención médica a quienes padecen ERC en instituciones públicas de San Luis Potosí, empleando metodologías cualitativas. El estudio se está realizando en centros de salud urbanos en la capital del estado.

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haré algunas preguntas acerca de cuál es su perspectiva en cuanto a la atención médica a personas con enfermedad renal crónica. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 40 minutos. Lo entrevistaremos en su lugar de trabajo o cualquier lugar que asegure su comodidad y seguridad, en el horario de más conveniencia para usted, se solicitará su autorización para grabación de audio digital de la entrevista.

Las entrevistas y todo el proceso de investigación serán realizadas por personal capacitado.

Página 1/2

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para generar conocimiento y proporcionar herramientas para la toma de decisiones en materia de salud.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no se utilizará para otro propósito. Usted será identificado(a) con un folio y no con su nombre y los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos.

Riesgos Potenciales: Los riesgos que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla y no tendrá repercusión de ningún tipo.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento sin consecuencia de ningún tipo.

Números Para Contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto y sus derechos como participante, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: Carlos Roberto Vásquez Zapata al siguiente número de teléfono celular: (812) 000-82-45 o al teléfono fijo: (444) 817-77-79 a cualquier hora del día.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaré una copia de este documento.

Consentimiento para su participación en el estudio

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____

Fecha:

Firma: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Página 2/2

Anexo 3

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ ACADÉMICO MSP



UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

Mayo 25, 2017.

CARLOS ROBERTO VASQUEZ ZAPATA
ALUMNO DE LA MAESTRIA ES SALUD PÚBLICA
GENERACION 2016-2018
PRESENTE.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 24 de mayo del presente año, se registró y aprobó su protocolo de tesis denominado "LA ATENCION MEDICA A ENFERMOS RENALES. LA PERSPECTIVA DE MEDICOS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN INSTITUCIONES PUBLICAS DE SECTOR SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ". Con clave GIX 18-2017.

No obstante se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Tesis II, por lo que se le solicita acudir con las Dras. Verónica Gallegos García y Ma. del Carmen Pérez Rodríguez.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

Integrantes del CA-MSP

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores

Dra. Verónica Gallegos García

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

Dr. Darío Gaytán Hernández

Dra. Paola Algara Suarez

MSP. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales

FIRMA



FACULTAD DE
ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 826 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Archivo Posgrado
DRA YYPF/rpm


Anexo 4

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

CARTA DE APROBACIÓN CEIFE




UASLP
Universidad Autónoma
de San Luis Potosí

**EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN
INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.**

Título del proyecto: La atención médica a enfermos renales. La perspectiva de médicos de primer y segundo nivel de atención en Instituciones públicas del sector salud de San Luis Potosí.

Responsable: Carlos Roberto Vásquez Zapata

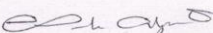
Fecha: 12 de junio de 2017


Crterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el titulo del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
4. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
5. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
6. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
7. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
8. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
9. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			
10. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			
11. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación. (patente)			X	
12. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Se le otorga registro: **CEIFE-2017-224**

Se solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este comité ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de seis meses.

Atentamente


COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA


**FACULTAD DE
ENFERMERÍA
Y NUTRICIÓN**

Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria • CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. (444) 926 2300
Ext. Recepción 5010 y 5011
Administración 5063
Posgrado 5071
www.uaslp.mx

Anexo 5



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería y Nutrición
OFICIO DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA
SERVICIOS DE SALUD SLP



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS		JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1	
SERVICIOS DE SALUD SLP		FECHA:	
ADMINISTRACIÓN	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD		
EPIDEMIOLOGÍA	SALUD REPRODUCTIVA		
ATENCIÓN PRIMARIA	EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD		
DEL ESTABLECIMIENTO	SISTEMAS E INFORMACIÓN EN SALUD		
SAN LUIS POTOSÍ	COEPRIS		
ABESCK JURÍDICO	Preparar propuesta	Archivo	
Pará su conocimiento	Informarme	Antecedentes	Agendar
URGENTE	San Luis Potosí, S.L. DOCUMENTARIOS 01 DIC. 2017		

M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO
 DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 AV. NIÑO ARTILLERO No. 130
 ZONA UNIVERSITARIA
 CIUDAD.

DIRECCIÓN: DE ATENCIÓN MÉDICA
 DEPARTAMENTO: EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850
 COL. LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78380
 NÚMERO DE OFICIO: 031029
 EXPEDIENTE: 16S.2

ASUNTO: Evaluación de protocolo registro estatal SLP/016-2017.

04 DIC. 2017
 SECCIÓN DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA Y

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITESE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO

Hago de su conocimiento, que con fecha 17 de octubre del 2017, en sesión ordinaria el Comité de Ética en Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

"Perspectivas de médicos de primer y segundo nivel de atención, en Instituciones públicas del Sector Salud de San Luis Potosí."	MC. Carlos Roberto Vásquez Zapata.
"Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí"	
REGISTRO ESTATAL SLP/016-2017	

Siendo el dictamen por consenso: **OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE**

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

Como parte de los compromisos adquiridos, el Investigador titular se obliga a entregar con periodicidad los avances y en su momento el informe final de la Investigación al Comité de Ética en Investigación en Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
 SUFRAGIO EFECTIVO / NO REELECCIÓN
 LA DIRECTORA GENERAL

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ.

C.c.p. Dr. Juan Hernández Martínez.- Subdirector de Primer Nivel de Atención.- Edificio de la Facultad de Enfermería y Nutrición
 C.c.p. Dra. Flor Lillian Estrada Martínez.- Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 1.- Calzada de Guadalupe No. 5850, Ciudad.

ML/GRJA/COV

2017 "Un siglo de las Constituciones"

Anexo 6



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES (FIRMADA)



Anexo 2



Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES



Por medio de la presente manifestamos que en la investigación "La atención médica a enfermos renales. La perspectiva de médicos de primer y segundo nivel de atención en instituciones públicas del sector salud de San Luis Potosí" NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para llevar a cabo esta investigación, desde el diseño del proyecto hasta la publicación de los resultados. Este proyecto forma parte de un proyecto mayor que desarrolla el director sobre la enfermedad renal crónica y su atención.

En cualquier circunstancia serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, que para esta investigación le son conferidos al responsable de la investigación, como autor principal para el primer artículo: el médico cirujano Carlos Roberto Vásquez Zapata como autor correspondiente al Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y a la Dra. Yesica Rangel como coautora. Los cuales se comprometen a cumplir y actuar conforme a los principios de ética profesional que establece el Código de Ética; considerando como principios generales la legalidad, honradez, lealtad, eficiencia e imparcialidad. De igual manera se respetará la obligación ética de difundir los resultados de la investigación mediante una publicación, además de ser responsables de la integridad y exactitud de los informes, aunque estos resulten negativos.

Se acuerda que los gastos del proyecto serán compartidos entre el alumno y su director, en una relación 50% el alumno y 50% el director, dado que el proyecto forma parte de un trabajo mayor, mismo que cuenta con financiamiento. Será responsabilidad de ambos autores cubrir los gastos que se generen para los efectos de la difusión de los resultados en cualquier modalidad.

Después de haber leído y comprendido lo señalado, manifestamos nuestro acuerdo y absoluta comodidad.

Med. Cir. Carlos Roberto Vásquez Zapata _____

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra _____

Dra. Yesica Yolanda Rangel _____

San Luis Potosí, S. L. P., 06 junio de 2017

Anexo 7

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición



GUÍA DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS DE PRIMER NIVEL



1. ¿Tiende a tratar con muchas personas con enfermedades crónicas? ¿Y qué tipo de enfermedades?
2. ¿Representa alguna dificultad para usted tratar con personas que tengan enfermedades crónicas? ¿Qué tipos de dificultades presenta?
3. ¿Cuál o cuáles son las causas de esta enfermedad?
4. ¿Usted a qué cree que se deba que la ERC vaya en un rápido aumento?
5. ¿Cómo considera usted la atención que se brinda a personas con ERC en el primer nivel de atención? ¿Por qué la considera de esa forma?
6. ¿Qué elementos cree usted que son los necesarios para brindar una buena atención en salud en el primer nivel para personas con ERC? ¿Por qué?
7. ¿Qué es lo más difícil para usted al brindar atención a personas que tengan ERC? ¿Por qué?
8. ¿Qué tan frecuente tiene que realizar la referencia con un especialista en ERC para poder tratar a las personas? ¿Usted a que cree que se deba la frecuencia (alta o baja) de referencia a especialista? (infraestructura, conocimiento, ideología del médico y persona con ERC).
9. ¿Cómo es la retroalimentación mediante la contrarreferencia que tiene con los médicos de segundo nivel?
10. ¿Qué me puede comentar sobre el trabajo que realizan los médicos del siguiente nivel de atención?
11. ¿Qué beneficios considera que puede aportar el poder trabajar en conjunto con un especialista mejoraría la atención que se brinda en el primer nivel de atención?
12. ¿Qué cambiaría usted en cuanto a la atención que se brinda en las diferentes instituciones de salud?

Anexo 8

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición



GUÍA DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS DE SEGUNDO NIVEL



1. ¿Tiende a tratar con muchas personas con enfermedades crónicas? ¿Y qué tipo de enfermedades?
2. ¿Representa alguna dificultad para usted tratar con personas que tengan enfermedades crónicas? ¿Por qué?
3. ¿Me puede comentar qué es lo que sabe de la ERC?
4. ¿Cuál o cuáles son las causas de esta enfermedad?
5. ¿Usted a qué cree que se deba que la ERC vaya en un rápido aumento?
6. ¿Cómo considera usted la atención brindada a personas con ERC en el segundo nivel? ¿Por qué la considera de esa forma?
7. ¿Cree usted que cuenta con elementos suficientes para brindar seguridad y efectividad en el tratamiento y en la atención a las personas con ERC? ¿Por qué?
8. ¿Qué es lo más difícil para usted al brindar atención a personas que tengan ERC? ¿Por qué?
9. ¿Qué me puede comentar acerca del trabajo que realizan los médicos de primer nivel de atención?
10. ¿Qué beneficios considera que puede aportar para la población el poder trabajar en conjunto con un médico de primer nivel?
11. ¿En qué piensa usted que mejoraría o en su caso, afectaría de manera negativa la atención que se brinda en el primer nivel de atención con este tipo de trabajos en conjunto?
12. ¿Qué cambiaría usted en cuanto a la atención que se brinda en las diferentes instituciones de salud?

Anexo 9

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Enfermería y Nutrición

TABLA DE CÓDIGOS



Tabla de codificación		
Grupo de códigos	Código	Definición
<u>Esfera Estructural:</u>		Se refiere a los elementos del contexto al que aluden los grupos entrevistados
	Esistsalud	Estructura sanitaria, sistema de salud o políticas de salud.
	Eacceso	Acceso a terapia de ERC y atención médica.
	Erechummed	Recursos humanos: disponibilidad, formación, carencias, etc.
	Ereconom	Recursos económicos recursos disponibles, gastos, ingresos., tanto de enfermos, institución, familias, prof. salud, etc.
	Etemporalidad	Temporalidad de los procesos. Ejemplo, horarios y días del tratamiento, duración de consulta
	Eprevención	Referencias sobre la prevención realizada en primer nivel
	Ecambiotratamiento	Referencias a cambios en el tratamiento o modificaciones por falta de insumos o medicamentos
	Einfraest	Infraestructura disponible: camas, medicamentos, insumos, consumibles

Tabla de codificación (continuación)

	Eorg/advo	Cualquier referencia hacia lo organizativo o administrativo de los servicios de atención médica
	Ecapacit	Referencias sobre las capacitaciones que reciben o no el personal médico de primer nivel
	Esitlaboral	Situación laboral de los trabajadores de la salud, condiciones laborales
	Efatigalaboral	Carga de trabajo y efectos de esta en el trabajador
	Epractclininadecuada	Condiciones laborales que provocan una mala práctica de la medicina
Grupo de códigos	Código	Definición
<u>Esfera Relacional</u>		Alude a las relaciones, tensiones, conflictos o alianzas al interior y entre los distintos grupos.
	Rmed1-pac	Relación médico primer nivel y paciente enfermo renal
	Rmed1-med2	Relación médico primer nivel y nefrólogo
	Rmed1-otros	Relación médico primer nivel y otro personal de salud
	Rtrabconj	Se refiere al trabajo conjunto que realizan médicos de primer entre sí o con algún otro personal de salud y el trabajo conjunto de médicos de primer nivel y segundo nivel de atención y sus posibles efectos positivos en la atención
	Rempatía	Situaciones donde el médico crea empatía al brindar la atención médica

Tabla de codificación (continuación)

	Rdisposición	Hace referencia a las situaciones en donde existe tanto una buena o mala disposición del personal de salud para la consulta de dudas sobre alguna persona enferma
	Rcomunicación	Referencias a formas de comunicación y estrategias utilizadas para esta.
	Rcoord	Referencias a la coordinación entre comunicación retroalimentación entre primer y segundo nivel
	Rtiempdism	Hace referencia al tiempo, suficiente o insuficiente que existe entre consultas para explicar al paciente con detalle las indicaciones y estrategias de tratamiento, también aplica para comunicación con otro personal de salud
	Rdirectivos	Referencias a las relaciones con los directivos o personal de más alto rango
<u>Esfera Ideacional:</u>	Codificación	Se refiere a las ideas, creencias, valoraciones, percepciones, de los participantes sobre:
	Idomesticación	Imágenes sobre el sistema de salud y el efecto de domesticación sobre el medico de primer nivel
	Irutinario	Imágenes generadas por el trabajo rutinario y que repercuten en el estado de ánimo y desempeño del médico de primer nivel
	Iprofsalud	Imágenes sobre los profesionales de la salud, u otros profesionales

Tabla de codificación (continuación)

IAINE's	Ideas sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos y su relación con la ERC
Ifrustración	Referencias a la frustración debida al sistema de salud, actitud de pacientes, relaciones con otros profesionales o directivos
Ipercepriesgo	Imágenes generadas sobre la baja percepción de riesgos que tienen los pacientes en cuanto a su enfermedad
Idesinterés	Imágenes creadas sobre los pacientes que no muestran interés en la atención médica
Iescasosrec	Percepciones sobre los escasos recursos de los usuarios para comprar medicamentos o llevar a cabo las indicaciones
Iautocuidado	Imágenes sobre el autocuidado que tienen los pacientes sobre su enfermedad
Icultura	Imágenes sobre como la cultura afecta en el apego a tratamiento y la atención médica en general
Ieventodetonante	Eventos que ayudan a apegarse al tratamiento o tomar actitudes saludables en la población
Iescolaridad	Referencia a la escolaridad detectada en los usuarios de servicios de salud
Irolfam	Influencia de los roles de familia con el incremento de las enfermedades crónicas, incluyendo ERC

Tabla de codificación (continuación)

Grupo de códigos	Código	Definición
	lprevDM	Imágenes sobre la prevalencia de diabetes mellitus y su relación con el incremento de la ERC
	linciDM	Imágenes sobre la incidencia de diabetes mellitus y su relación con el incremento de la ERC
	Eautomedicación	Uso de medicamentos sin prescripción médica
	lconscmed	Referencia a la concientización del médico para la detección de la ERC
	lcausas	Referencias a las posibles causas de la ERC en la población de SLP
	lbiomed	Imágenes de que predominan los aspectos biomédicos en la aparición e incremento de la ERC en la población de SLP
	lenfcron	Referencias a que las enfermedades crónicas son parte fundamental de la aparición de la ERC
	lpirámidepob	Imágenes referentes a que el envejecimiento poblacional influye en la aparición de la ERC
	labusomed	Imágenes sobre el abuso de medicamentos y su relación con la ERC
	limportanciaERC	Referencia a la importancia de la ERC como problema de salud pública
	llineamiento	Referencia a la carencia de planes de acción específicos o lineamientos disponibles para la ERC