



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA

MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TORNO
A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD
RENAL CRÓNICA: CASO ESTADO DE MÉXICO,
ORIENTE.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

P R E S E N T A:

L. N. LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ GAMUNDI

COMITÉ TUTORIAL

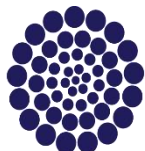
DIRECTOR DE TESIS:

DR. DONOVAN CASAS PATIÑO

CODIRECTORES:

DRA. ALEJANDRA RODRÍGUEZ TORRES

MTRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MAYA MARTÍNEZ



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Amecameca, Estado de México 2020

AGRADECIMIENTO AL CONACYT.



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Me permito expresar mi completo agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por su invaluable apoyo al concederme la oportunidad de cursar mis estudios de posgrado en la Maestría en Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México, becado dentro del Programa Nacional de Posgrados de Calidad.

INDICE.

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| 1.1 Justificación | 8 |
| 1.2 Objetivos | 8 |
| 1.2.1 Objetivo general | 8 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 9 |
| 1.3 Hipótesis | 9 |
| 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 10 |
| 2.1 Marco conceptual..... | 10 |
| 2.1.1 Determinantes sociales de la salud..... | 10 |
| 2.1.1.1 Definiendo a los determinantes sociales de la salud..... | 11 |
| 2.1.1.1.1 Determinantes sociales de la salud por la CDSS..... | 12 |
| 2.1.1.1.2 Determinantes sociales de la salud por Tamayo et al y Ávila | 12 |
| 2.1.1.2 Componentes de los Determinantes sociales de la salud..... | 12 |
| 2.1.2 Enfermedad renal crónica..... | 14 |
| 2.1.2.1 Clasificación de la enfermedad renal crónica..... | 14 |
| 2.1.2.2 Comorbilidades de la enfermedad renal crónica..... | 15 |
| 2.1.2.2.1 Hiperglucemia..... | 15 |
| 2.1.2.2.2 Hipertensión arterial sistémica..... | 15 |
| 2.1.2.2.3 Dislipidemia..... | 15 |
| 2.1.2.3 Terapia de reemplazo renal | 15 |
| 2.1.2.3.1 Diálisis peritoneal..... | 16 |
| 2.1.2.3.2 Hemodiálisis..... | 16 |
| 2.1.2.4 Etiología..... | 16 |
| 2.1.2.5 Epidemiología..... | 17 |
| 2.1.2.5.1 Panorama mundial..... | 17 |
| 2.1.2.5.2 Panorama en México..... | 17 |
| 2.1.3 Atención (clínica, familiar y social)..... | 19 |
| 2.1.3.1 Atención y/o Cuidado | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 2.1.3.2 Atención Clínica....., | 20 |
| 2.1.3.3 Atención Familiar..... | 20 |
| 2.1.3.4 Atención Social..... | 21 |
| 2.2 Marco teórico..... | 22 |
| 2.2.1 Construcción del marco teórico | 22 |
| 2.2.2 Teorías representativas de los determinantes sociales de la salud..... | 24 |
| 2.2.2.1 Teoría de los campos de la salud..... | 24 |
| 2.2.2.2 Teoría de dahlgren y whitehead..... | 24 |
| 2.2.2.3 Teoría de la comisión sobre determinantes sociales de la salud..... | 25 |
| 2.3 Estado del Arte | 27 |
| 2.3.1 Acercamiento..... | 27 |
| 2.3.2 Método..... | 27 |
| 2.3.3 Categoría de análisis: atención (familiar, clínica y social)..... | 28 |
| 2.3.3.1 Ámbito internacional..... | 28 |
| 2.3.3.2 Ámbito nacional..... | 30 |
| 2.3.3.3 Cierre..... | 31 |
| 2.3.4 Categoría de análisis: determinantes sociales de la salud..... | 31 |
| 2.3.4.1 Ámbito internacional..... | 32 |
| 2.3.4.2 Ámbito nacional..... | 35 |
| 2.3.4.3 Cierre..... | 39 |
| 2.3.5 Categoría de análisis: Enfermedad Renal Crónica..... | 39 |
| 2.3.5.1 Ámbito internacional..... | 39 |
| 2.3.5.2 Ámbito nacional..... | 41 |
| 2.3.5.3 Ámbito local..... | 44 |
| 2.3.5.4 Cierre..... | 44 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 45 |
| 3.1 Diseño del estudio | 45 |
| 3.2 Sistema de categorías..... | 45 |
| 3.3 Universo de trabajo y muestra | 45 |
| 3.4 Límites de tiempo y espacio | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.1 Límite de tiempo..... | 46 |
| 3.4.2 Límite de espacio | 46 |
| 3.5 Criterios de selección..... | 46 |
| 3.5.1 Criterios de inclusión..... | 46 |
| 3.5.2 Criterios de exclusión..... | 46 |
| 3.5.3 Criterios de eliminación..... | 47 |
| 3.6 Métodos, técnicas y procedimientos..... | 47 |
| 3.6.1 Primer etapa: revisión documental..... | 47 |
| 3.6.2 Segunda etapa: diseño y validación del instrumento de investigación..... | 47 |
| 3.6.3 Tercer etapa: trabajo de campo y análisis | 47 |
| 3.7 Instrumento de investigación | 50 |
| 4. RESULTADOS | 51 |
| 4.1 Productos de la investigación..... | 51 |
| 4.1.1 Primer Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud Educación para la Salud | 51 |
| 4.1.2 Décimo Octavo Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública..... | 51 |
| 4.1.3 Primer Simposio Salud Intercultural..... | 51 |
| 4.1.4 Quinto Coloquio Nacional de Investigación en Representaciones Sociales ... | 52 |
| 4.1.5 Artículo “Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La experiencia en México” | 52 |
| 4.1.6 Libro “Determinantes Sociales de la Salud de la Enfermedad Renal Crónica | 52 |
| 4.2 Resultados descriptivos..... | 52 |
| 4.2.1 Género y grupo etario..... | 52 |
| 4.2.2 Estado civil..... | 53 |
| 4.2.3 Escolaridad..... | 53 |
| 4.2.4 Ocupación y situación laboral..... | 54 |
| 4.2.5 Etiología de la Enfermedad Renal Crónica..... | 56 |
| 4.2.6 Terapia de reemplazo renal | 56 |
| 4.2.7 Categorización de los Determinantes Sociales de la Salud presentes en la Atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica..... | 57 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3 Resultados cualitativos: la objetiva subjetividad | 57 |
| 4.3.1 Categoría de análisis enfermedad renal crónica (identidad)..... | 59 |
| 4.3.2 Categorías de análisis atención y determinantes sociales de la salud..... | 60 |
| 4.3.2.1 Educación..... | 61 |
| 4.3.2.2 Ingreso..... | 61 |
| 4.3.2.3 Políticas públicas..... | 62 |
| 4.3.2.4 Cultura..... | 63 |
| 4.3.2.5 Sistema de salud..... | 64 |
| 4.3.2.6 Género..... | 65 |
| 4.3.2.7 Resultados no publicados | 65 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 66 |
| 5.1 Análisis cualitativo de resultados | 66 |
| 5.1.1 Identidad..... | 66 |
| 5.1.2 Educación..... | 69 |
| 5.1.3 Ingreso..... | 70 |
| 5.1.4 Políticas públicas..... | 73 |
| 5.1.5 Cultura..... | 74 |
| 5.1.6 Sistema de salud..... | 74 |
| 5.1.7 Género..... | 75 |
| 5.2 Análisis teórico..... | 76 |
| 5.3 Análisis para detectar similitud o plagio..... | 77 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 78 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 82 |
| ANEXOS..... | 92 |

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1. Componentes de los determinantes sociales de la salud..... | 9 |
| Tabla 2. Clasificación de la ERC de acuerdo a la TFG y daño renal | 10 |
| Tabla 3. Enfermedad Renal Crónica muerte por todas las causas..... | 14 |
| Tabla 4. Enfermedad que origina la ERC (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica) | 15 |
| Tabla 5. Género y grupo etario de los participantes..... | 53 |
| Tabla 6. Estado civil de los participantes | 53 |
| Tabla 7. Escolaridad de los participantes..... | 54 |
| Tabla 8. Ocupación y situación laboral de los participantes..... | 55 |
| Tabla 9. Causas de la Enfermedad Renal Crónica | 56 |
| Tabla 10. Terapia de Reemplazo Renal recibida | 56 |
| Tabla 11. Discursiva general por categoría de análisis..... | 58 |
| Tabla 12. Discursos CA Enfermedad Renal Crónica (identidad)..... | 59 |
| Tabla 13. Discursos CA determinantes sociales de la salud (educación)..... | 61 |
| Tabla 14. Discursos CA determinantes sociales de la salud (ingreso)..... | 62 |
| Tabla 15. Discursos CA determinantes sociales de la salud (políticas públicas)..... | 63 |
| Tabla 16. Discursos CA determinantes sociales de la salud (cultura)..... | 63 |
| Tabla 17. Discursos CA determinantes sociales de la salud (sistema de salud)..... | 64 |
| Tabla 18. Discursos CA determinantes sociales de la salud (género)..... | 65 |
| Tabla 19. Ingreso y gasto de los hogares en México | 71 |
| Tabla 20. Género del cuidador en los entornos familiar y social..... | 77 |
| Figura 1. Forma definitiva del marco conceptual de CSDH..... | 21 |
| Figura 2. Forma definitiva del marco conceptual de CSDH..... | 22 |
| Figura 3. Algoritmo de método, técnica y procedimientos..... | 49 |
| Figura 4. Categorización de los determinantes sociales de la salud..... | 57 |
| Figura 5. Corpus de los discursos ERC (identidad)..... | 68 |

INTRODUCCIÓN.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un cruento padecer, que demanda una permanente atención, en este sentido la realidad social del paciente renal denota, una enfermedad que además de ser una condición clínica determinada por la reducción en el filtrado glomerular que afecta a la eliminación de los productos azoados del organismo, también representa una condición que mantiene al paciente renal, inmerso en un permanente contexto de dependencia tanto física como psicológica y social; al respecto datos del (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018) ubican a la ERC dentro de las 10 primeras causas de muerte en México.

En el contexto mundial, estudios señalan que la ERC registró de 1990 al 2015 un incremento en su tasa de mortalidad del 108% mientras en el ámbito nacional, se identificó a la Diabetes Mellitus (DM) como la principal causa de esta enfermedad, de forma tal que, durante dicho período, la mortalidad por nefropatía diabética avanzó del 19º lugar al 3º estas cifras representan un incremento del 670% (Torres-Toledano, Granados-García y López-Ocaña, 2017).

Lo anterior coloca a la ERC como un grave problema de salud cuya magnitud recientemente hemos comenzado a vislumbrar, por lo cual resulta inconcebible que hasta el día de hoy México no cuente con un completo y veraz registro nacional, que proporcione datos precisos sobre este padecimiento y las personas que lo sufren (Tamayo y Lastiri, 2016).

Es importante señalar que, si bien es cierto, la etiología y las complicaciones de la ERC responden en gran parte a condiciones de carácter biológico, también es cierto que las actuales condiciones sociales del país, han generado un escenario en salud permeado por la inequidad y la injusticia social, circunstancias que potencializan el proceso patogénico.

Al respecto la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008) en el informe sobre la salud en el mundo indica: “muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad”.

Es así que con la finalidad de enfrentar de manera puntual y precisa a las inequidades sociales en salud presentes en todo el orbe, la OMS instituyó en el año 2005 a la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La condición y calidad de vida de quienes padecen ERC y cuya convalecencia pareciera limitarles al permanente enclaustramiento domiciliario, el cual solo abandonan por el constante ir y venir de consultas y estancias hospitalarias en busca de la adecuada atención que como en casi toda ECNT se limita al manejo biomédico y que muchas de las veces no soluciona a la patología ni a sus comorbilidades, contribuye a que este colectivo permanezca inmerso en un contexto de dependencia, que no solo afecta al paciente, sino también a quienes integran sus entornos como es su familia, amigos, vecinos y colegas de trabajo.

Aquí en esta realidad social, es donde se intercambian bienes emocionales, culturales, materiales, educación, estilos de vida, etc., generándose una compleja y multifactorial esfera de condiciones que con su diaria observancia van determinando la salud y la vida misma del paciente renal hablamos de los DSS. Respecto a la magnitud de la ERC el SIL (2016) establece que datos de la OMS y de la OPS señalaron que esta nefropatía afectaba al 10% de la población mundial.

Por otra parte, en México las estadísticas refieren un escenario epidemiológico donde aproximadamente 12 millones de mexicanos presentan algún grado de daño renal, siendo las entidades federativas con mayor cantidad de pacientes con ERC Jalisco, Estado de México Oriente y el Distrito Federal Sur (Méndez-Durán et al., 2016).

Cifras que denotan el alarmante estado de la ERC y su drástica tendencia al incremento a partir de sus principales comorbilidades como son la DM, HAS y las dislipidemias, patologías de elevada prevalencia en México, lo anterior coloca a la enfermedad renal como una patología emergente de cronicidad perpetua sumada a otras patologías de fondo, condición muchas veces la vuelve invisible para el sistema de salud.

Cabe mencionar que la atención del paciente renal es orientada desde diversos protocolos regidos por un manejo estrictamente biomédico el cual, también debería incluir un abordaje desde la perspectiva social en este sentido el informe la atención primaria de salud, más necesaria que nunca señala:

“Muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumplirá varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad” (OMS, 2008).

Incluir a la perspectiva social en el manejo de la atención, permitirá conocer la realidad social que viven diariamente quienes padecen ERC, evidenciando la magnitud y los estragos que genera asimismo otorga un mayor entendimiento del proceso renal, los DSS permiten explorar a esta patología desde diversos niveles estructurales y funcionales, develando así los complejos nudos de esta patología en el México actual donde el estresante ritmo de vida regido por un sistema socioeconómico que demanda un alto grado de productividad, la cual priva sobre la propia salud de las personas y que a su vez genera disparidad de las condiciones sociales con efectos adversos en la salud y enfermedad de las personas.

En este sentido López et al. (2008) indicaron:

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera”.

Todo lo anterior nos lleva a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud con mayor presencia en el entorno de la atención familiar, clínica y social de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en la zona Oriente del Estado de México?

1.1 Justificación.

A partir de las prevalecientes condiciones sociales de México, el escenario en salud refleja una enorme inequidad, desde el derecho a salud inscrito en la Carta Magna en su artículo 4º hasta la accesibilidad en salud, pasando por clínicas y hospitales permeados por políticas tanto preventivas como curativas, donde se acumulan los múltiples factores que condicionan a una vida infame a quien padece Enfermedad Renal Crónica.

Los negativos efectos generados a raíz de la inadecuada atención recibida son fácilmente palpables y obedecen incluso a los efectos generados por los DSS en la plural esfera de atención del paciente nefropata.

Al respecto el SIL (2016) indica "... de no enfrentar sistémicamente esta situación, seguiremos permitiendo que las personas de entre 20 y 44 años que presenten daño renal tengan el mismo riesgo de muerte que una persona de 75 años..." por tanto, de seguir ignorando la importancia de los DSS, continuarán presentándose rezagos en la atención del paciente renal impidiéndole alcanzar una vida digna y de calidad.

Esta investigación permitirá conocer la forma cómo los DSS influyen en los ámbitos de la atención del paciente renal; lo que podría abrir senderos para establecer medidas que mejoren la atención familiar, clínica y social; resulta imperativo señalar que, con la finalidad de cumplir los objetivos establecidos en la presente investigación, se ha decidido analizar únicamente a los DSS (estructurales): cultura, educación, género, ingreso, políticas públicas y sistema de salud.

1.2 Objetivos.

1.2.1 Objetivo general.

Analizar a los determinantes sociales de la salud presentes en el entorno de la atención familiar, clínica y social del paciente con Enfermedad Renal Crónica en la Zona Oriente del Estado de México.

1.2.2 Objetivos específicos.

- Describir la Enfermedad Renal Crónica a través de los pacientes.
- Categorizar a los determinantes sociales de la salud presentes en los diferentes entornos de la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica.
- Interpretar a los determinantes sociales de la salud con mayor presencia en la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica.

1.3 Hipótesis.

Los determinantes sociales de la salud como son la cultura, educación, género, ingreso, políticas públicas y sistema de salud, se encuentran presentes en el ámbito de la atención familiar, clínica y social que reciben los pacientes con enfermedad renal crónica.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

2.1 Marco conceptual.

2.1.1 Determinantes sociales de la salud.

Aun cuando pudiera decirse que los DSS son una teoría reciente, en virtud de que surgieron durante la década de los setentas del siglo XX diversas investigaciones han establecido una evidente similitud tanto ideológica como operacional, entre esta teoría y vetustos modelos teóricos sociales que en su respectiva época fueron garantes del sentido biológico y social del individuo, es decir señalaron los efectos adversos generados en la salud del ser humano a consecuencia del entorno social, estas teorías se remontan a hace más de 300 años en el continente Europeo. Sobre lo anterior López, Escudero y Carmona (2008) indican que el debate de los DSS establecido recientemente por la OMS, en el cual se analizan las condiciones de la salud en el orbe no es nuevo, dichos postulados en salud parten de los planteamientos de la medicina social establecidos en la Europa del Siglo XIX y mismos que postulan que la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad, en donde la mencionada relación debería ser motivo de investigación.

En este sentido, López (2008) presentan la aportación de diferentes intelectuales y científicos quienes entre los siglos XVIII y XXI han coincidido en la necesidad de analizar la patogénesis desde una perspectiva social y no solo biomédica, aportaciones que a continuación serán presentadas en orden cronológico:

Durante el siglo XVIII René Villermé considerado uno de los fundadores de la medicina social transformó los fríos números de la bioestadística de mortalidad y natalidad a una realidad plagada de desigualdades socio-económica ante la enfermedad y la muerte, asimismo analizó el mecanismo de actuación de las causas sociales de las enfermedades. Por su parte Rudolf Virchow investigó una epidemia de tifus, concluyendo que sus principales causas eran factores sociales y económicos también publicó la revista Reforma Medica cuya línea de investigación señalaba que la salud humana reviste un carácter social por tanto, la patogénesis debe analizar las condiciones sociales y económicas.

Asimismo Edwin Chadwick encabezó estudios médico-sociales, señalando la importancia de los factores sociales como causa de las enfermedades y la necesidad de analizarlos científicamente.

Con respecto al siglo XIX Vergara (2007) indica que a partir del nacimiento del socialismo y los postulados de Virchow y Pasteur a favor de que la perspectiva biologicista se debería empezar a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad; generando que hacia finales del mencionado siglo, se vislumbrara un cambio en la concepción biológica de la salud hacia un concepto de salud como factor de desarrollo, donde lo biológico está relacionado con las condiciones sociales que rodean la vida del ser humano.

En el siglo XX Alfred Grotjann señaló que la higiene pública no debe limitarse al análisis de fenómenos físicos, químicos y biológicos, sino que debe aprovechar a las ciencias sociales para estudiar las repercusiones de las condiciones económicas, culturales y del ambiente social en que los hombres nacen, viven, trabajan, disfrutan, se reproducen y mueren. Ludwig Teleky indicó que la medicina social, debe investigar la influencia de las condiciones sociales y laborales en el estado de salud (López, 2008) de igual forma surgieron los postulados teóricos de Marc Lalonde, Hubert Laframboise, Dahlgren y Whitehead.

Sin embargo, no fue sino hasta el presente siglo XXI cuando la OMS con la finalidad de enfrentar de manera puntual y precisa a las inequidades sociales en salud presentes en todo el orbe, instituyó bajo la dirección de Michael Marmot a la CDSS con cuya entrada en vigor oficializó el reconocimiento, donde la influencia de diversas condiciones de orden social resultaban determinantes en la causa de la mala salud y la enfermedad.

2.1.1.1 Definiendo a los determinantes sociales de la salud.

Para definir a los DSS, primero es necesario establecer el carácter biopsicosocial del ser humano es decir como aquel ente conformado por lo biológico, la psique y lo social, envuelto por un complejo constructo donde todo acto de su vida observa y se rige a través de relaciones tanto objetivas como subjetivas, tal como López et al. (2008) indican “la dimensión material se manifiesta orgánica, biológica y socialmente, la dimensión subjetiva contempla la interpretación de la forma como viven y enfrentan los procesos vitales, a partir de la intersubjetividad colectiva”.

2.1.1.1.1 DSS por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

En México, el Programa de Acción Específico Promoción de la Salud y Determinantes Sociales de la (Secretaría de Salud [SS], 2013 - 2018), emplea para referirse a los DSS la definición establecida por la CDSS y que a la letra dice: “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”.

La comisión en comento, refiere que tales circunstancias resultan de la inequitativa repartición del dinero, el poder, los recursos en todo nivel (mundial, nacional y local) y de las políticas adoptadas; tales condiciones de inequidad se traducen en grandes diferencias en materia de salud entre las naciones de primer mundo y las que están en vías de desarrollo.

2.1.1.1.2 Determinantes sociales de la salud por Tamayo et al. Y Ávila.

Por su parte Tamayo, Besoain y Rebolledo (2017) definen a los DSS como: “las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas, condición de salud, y nivel de inclusión social” de igual forma estos autores indican el gran progreso generado en la equidad en salud, a partir de vincular a los DSS con el diseño de políticas públicas; señalando que en este modelo, cada factor es importante por sí mismo, están interrelacionados, actúan en distintos niveles, son acumulativos y son causales o protectores; y concluyen que los DSS reflejan el estado de la salud; el cual resulta tanto de los comportamientos individuales y contextos sociales como del impacto de los servicios de salud y de las características genético – biológicas.

En este mismo ámbito conceptual Ávila (2009) define a los DSS como “el conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades”.

2.1.1.2 Componentes de los determinantes sociales de la salud.

La (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012) en la Salud en las Américas edición 2012 analizó a los DSS, estableciendo como sus componentes básicos a la situación socioeconómica y política, asimismo señaló a los determinantes estructurales e intermedios (ver Tabla 1 Componentes de los determinantes sociales de la salud).

I.- Contexto socioeconómico y político.

Conjunto de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social con poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y por tanto en las oportunidades de salud de la gente, incluye: Mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales.

II.- Determinantes estructurales.

Aquellos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente, configurando la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud.

III.- Determinantes intermedios.

Aquellos distribuidos según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a exposición y vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud siendo:

Las circunstancias materiales.

Las circunstancias psicosociales.

Los factores conductuales y biológicos.

La cohesión social.

El sistema de salud.

Posición social mejores ingresos, educación y ocupación tiene relación favorable con la salud.

Género asignar recursos y beneficios, según el sexo crea asimetrías sistemáticas al acceso de protección social fundamental.

Raza y etnia la discriminación, la exclusión racial y étnica afectan toda esfera de oportunidad a lo largo de la vida, incluida la salud.

Educación el acceso universal a educación presenta diferencias entre zonas urbana, rural y etnias, la educación determina oportunidades de empleo, ingresos y participación en programas de protección social y servicios de salud.

Empleo el aumento de la población en edad laboral y la urbanización repercutió en la economía, el trabajo se concentró al sector de servicios y el informal que emplea grupos más necesitados, limitándoles acceso a protección social, planes de salud y jubilación, además predispone a la mala salud pues la inseguridad laboral afecta la salud.

Circunstancias materiales como la calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

Circunstancias psicosociales factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

Factores conductuales y biológicos nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

Cohesión social la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

Sistema de salud exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo, acceso a servicios y programas de salud para mediar consecuencias de enfermedades para la vida de las personas.

Adaptado de la Salud de las Américas de la OPS (2012).

No basta con señalar los efectos de los DSS al estado de salud también deben considerarse los mecanismos por los cuales las políticas redistributivas o la falta de ellas, configuran los propios DSS como son: la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como los valores culturales y sociales (OPS, 2012).

2.1.2 Enfermedad Renal Crónica (ERC).

La guía de práctica clínica IMSS-335-09 prevención, diagnóstico y tratamiento de la ERC del (Consejo de Salubridad General [CSG], 2009) define a esta patología como “la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtración glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73m² o presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario) de forma persistente durante al menos 3 meses”.

2.1.2.1 Clasificación de la ERC de acuerdo a la TFG y daño renal.

Tabla 2. Clasificación de la ERC de acuerdo a la TFG y daño renal.

| Estadio | Descripción | TFG (mL/min/1.73m ²) | Plan de Acción |
|----------|--|---------------------------------------|--|
| | Incremento del riesgo. | ≥ 90 (Con factores de riesgo) | Escrutinio y reducción de factores de riesgo para ERC. |
| 1 | Daño renal con tasa de filtrado glomerular normal. | ≥ 90 | Diagnóstico y tratamiento; tratamiento de morbilidad asociada; intervenciones para retardar la progresión; reducción de factores de riesgo para ECV. |
| 2 | Daño renal con tasa de filtrado glomerular levemente disminuida. | 60 – 89 | Estimación y retraso de la progresión. |
| 3 | Moderada disminución de la tasa de filtrado Glomerular. | 30-59 | Evaluación y tratamiento de complicaciones. |
| 4 | Severa disminución de la tasa de filtrado glomerular. | 15-29 | Preparar para terapia de reemplazo renal. |
| 5 | Enfermedad renal terminal. | < 15 (o diálisis) | Terapia de reemplazo renal (si hay uremia). |

Fuente: (CSG, 2009).

La Tabla 2 indica los diferentes estadios del daño renal, estableciendo al estadio 5 como Enfermedad Renal Terminal (ERT) a partir de la cual es necesario recibir Terapia de Reemplazo Renal (TRR) mediante Diálisis Peritoneal (DP), Hemodiálisis (HD) y Trasplante Renal (TR).

2.1.2.2 Comorbilidades de la ERC.

El CSG (2009) establece como comorbilidades de la ERC a las siguientes patologías:

2.1.2.2.1 Hiperglucemia.

La DM tipo 2 es la primera causa de ERC en México, provocando el 55% de los casos, es decir la hiperglucemia contribuye en el daño renal, controlar la glucemia disminuirá el riesgo de padecer además de Nefropatía, Enfermedad Cardiovascular (ECV) y Neuropatía autonómica entre otras afecciones a la salud. En pacientes con ERC y DM es recomendable mantener la HbA en niveles $\leq 7\%$ la Glucemia capilar preprandial en 90 -130 mg/dl y postprandial (1-2 horas) <180 mg/dl.

2.1.2.2.2 Hipertensión Arterial Sistémica (HAS).

La HAS no solo es factor de riesgo de cardiovascular, también afecta órganos blanco como el riñón, quienes padecen ERC tienen de 5 a 500 veces más riesgo de ECV, aquí la necesidad de controlar la tensión arterial, lo ideal es mantenerla en <130/80 mmHg esto contribuye a retrasar la progresión del daño renal.

2.1.2.2.3 Dislipidemia.

La dislipidemia tiene alta relación con el daño renal, las estadísticas revelan una prevalencia del 18 – 20 % de ECV en estadios tempranos, pero al progresar a IRCT llega 40 - 75%, generando un alto riesgo de muerte prematura por ECV; es común que los pacientes con ERC presenten altos niveles de Lipoproteínas VLDL, LDL, TGD y un bajo nivel de Lipoproteínas HDL.

2.1.2.3 Terapia de reemplazo renal.

La Guía de Práctica Clínica IMSS - 727 – 14 Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica (Consejo de Salubridad General [CSG], 2014) define a la Terapia de Reemplazo Renal como el “recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal”.

2.1.2.3.1 Diálisis peritoneal.

“método dialítico que usa a la membrana peritoneal como filtro natural semipermeable (...) mediante la instilación de solución de diálisis a través de catéter dentro de la cavidad peritoneal. Permite la depuración de solutos acumulados en la sangre como urea, creatinina, potasio, fosfato y agua hacia la solución infundida que luego se elimina (dializado). La membrana peritoneal actúa como filtro natural que regula el intercambio de agua y de solutos entre sus capilares intersticiales y el líquido de diálisis” (Rodota y Castro, 2003).

2.1.2.3.2 Hemodiálisis.

El CSG (2014) define a la hemodiálisis como el “método sustitutivo de la función renal que emplea una membrana dialítica externa sintética y un circuito sanguíneo extracorpóreo para llevar a cabo el procedimiento dialítico. Por su parte Rodota y Castro (2003) señalan que es un proceso de filtración de la sangre que elimina el exceso de líquido y metabolitos procedimiento llevado a cabo por medio de un catéter colocado en una vena mayor o a través de una fístula arteriovenosa.

2.1.2.4 Etiología.

El CSG (2014) señala que las causas que generan ERC se agrupan en enfermedades vasculares, glomerulares, túbulos intersticiales y uropatía obstructiva, enfatizando que la etiología de mayor frecuencia en México es la DM responsable del 50% de casos de enfermedad renal, seguida por la HAS y glomerulonefritis. En este sentido el (Sistema de Información Legislativa de la Secretaría de Gobernación [SIL], 2016) en la iniciativa de reforma del artículo 159 de la Ley General de Salud refiere que en México más del 70% de casos de ERC en personas mayores de 20 años inician con alguna Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) o en la coexistencia de dos o más de estas; por su parte Méndez, Méndez, Tapia, Muñoz y Aguilar (2009) indican que:

“la enfermedad renal crónica es la resultante de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que estacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, (...) Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados...”.

2.1.2.5 Epidemiología.

2.1.2.5.1 Panorama mundial.

Para entender la epidemiología de esta enfermedad, es necesario observar el actual panorama mundial donde las condiciones sociales y económicas han llevado a la población a la imperante necesidad de adoptar con mayor frecuencia una serie de cambios en el estilo de vida, hábitos poco o nada saludables, situación que sin duda ha contribuido en el incremento de las ECNT propias del mundo moderno, como es la ERC patología de vertiginosos y nocivos efectos en el estado de salud.

Al respecto se puede mencionar que los datos relacionados con la epidemiología de la ERC resultan de la información aportada por diversos organismos como la Sociedad Internacional de Nefrología y la OMS los cuales consideran que la ERC “es resultado de un deficiente tratamiento de la diabetes y de algunas enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial (...) se considera una pandemia que afecta, aproximadamente, al 10% de la población adulta en diferentes partes del mundo” (Ávila-Saldivar, Conchillos-Olivares, Rojas-Baéz, Ordoñez-Cruz y Ramírez-Flores, 2013).

Por su parte el Global Burden Disease (GDB) o Enfoque de la Carga de la Enfermedad comparó de 1990 al 2015 la progresión de la ERC, indicando que en el orbe en 1990 se registró un promedio de 592 921 muertes, mientras que para el 2013 esta cifra aumento a 1 234 931 lo que representó un incremento del 108.28 % (Torres-Toledano et al., 2017).

2.1.2.5.2 Panorama en México.

Actualmente México cursa un grave problema de salud generado por la elevada prevalencia de la Obesidad, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica que como se ha señalado, son parte primordial en la génesis de la ERC, patología que ha sido poco entendida, atendida pero sobretodo subestimada; es así que el SIL (2016) en su momento, estableció que cerca de 9.6 millones de mexicanos padecían algún estadio de ERC, de los cuales, 140 mil requerían TRR pero solo la mitad de ellos podría atenderse en el Sector Salud.

También señala la existencia de reportes en los cuales se estableció que hasta 45% de los pacientes diabéticos y 27% de los pacientes hipertensos desarrollaran nefropatía en alguna etapa de su vida asimismo señalaron que, durante el periodo de su investigación, la HD le costaba anualmente al estado mexicano \$159,000 monto que se incrementa a \$168,000 en el sector privado; la referida iniciativa continua señalando que en nuestro país no se cuenta con registro alguno sobre los pacientes nefropatas y donde el perentorio progreso a los estadios 4 y 5 han creado una realidad social en la cual se carece de mecanismos que garanticen el funcionamiento de un programa de atención de salud renal, de igual forma señala que la aplicación de la TRR ha rebasado la capacidad de atención hospitalaria, lo que ha llevado a la subrogación de servicios privados careciéndose así de un control en la calidad de los mismos.

Asimismo Torres-Toledano et al. (2017) establecen que durante los últimos años, la ERC ha impactado de manera importante al ámbito de la salud, generando una importante progresión en México, donde las cifras subnacionales indican que:

“San Luis Potosí, Aguascalientes y Baja California se reportaron como las entidades con menor número de muertes por ERC en el 2013. Mientras que la Ciudad de México, Veracruz, Puebla, Guerrero y Morelos se sitúan como los 5 estados con mayor número de muertes” (Torres-Toledano et al., 2017).

Tabla 3. Enfermedad Renal Crónica muerte por todas las causas.

| En el año 1990. | En el año 2015. |
|---|------------------------|
| Lugar ocupado: Undécimo | Lugar ocupado: Tercero |
| Porcentaje: 2.84 % | Porcentaje: 9 % |
| Tasa: 14.77 / 100 000 | Tasa: 49.02 / 100 000 |
| Porcentaje de Incremento en 25 años: 231.94 % | |

Adaptado de Torres-Toledano et al. (2017).

Tabla 4. Enfermedad que origina la ERC (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica).

| En el Año 1990. | En el Año 2015. |
|--|------------------------------------|
| Prevalencia de la DM – HAS: 2.32 % | Prevalencia de la DM – HAS: 6.57 % |
| ERC por DM (Lugar): Décimo Noveno | ERC por DM (Lugar): Tercero |
| Tasa: 6.68 / 100 000 | Tasa: 34.7 / 100 000 |
| Porcentaje de Incremento ERC por DM (25 años): 419.34 % | |
| ERC por HAS (Lugar): Vigésimo | ERC por HAS (Lugar): Décimo |
| Tasa: 6.56 / 100 000 | Tasa: 11.98 / 100 000 |
| Tasa: 6.68 / 100 000 | Tasa: 34.7 / 100 000 |
| Porcentaje de Incremento ERC por HAS (25 años): 82.77 % | |

Adaptado de Torres et al. (2017).

2.1.3. Atención (clínica, familiar y social).

2.1.3.1 Atención y/o cuidado.

El Diccionario de la Real Academia Española en su edición del tricentenario del 2019, define al término Atención como: “la acción de atender” concepto que al ser aplicado en los ámbitos del cuidado clínico, familiar y social infiere el bienestar que se produce en el paciente, sin embargo es imperativo señalar que la atención del paciente renal, demanda en sus diferentes, una atención especializada y permanente.

En este contexto Benjumea (2004) establece que los cuidados o la atención no es una actividad exclusiva de los profesionales, se cuida por humanidad esto es lo que le brinda el componente de no profesional; Por su parte y en este mismo sentido Ramos y Jarillo (2014) indican:

“Los cuidados, en su forma más habitual, son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma y para otros, con el fin de mantener un funcionamiento satisfactorio de la persona que los recibe. (...) cuidar de otros en cualquier etapa de la vida implica una interacción humana de carácter interpersonal, intencional y único que sucede en un contexto sociocultural; su objetivo es garantizar la sobrevivencia social y física de las personas en condición de dependencia”

2.1.3.2 Atención clínica.

Benjumea (2004) refiere que esta atención es proporcionada por personal experto, instruido profesionalmente en diversas áreas de la salud, su entendimiento requiere conocer el concepto y contexto de la Atención Primaria de la Salud (APS) como parte del sistema nacional de salud e integrante del núcleo principal de desarrollo social y económico global de la comunidad.

En este sentido Rodríguez (2005) indicó que la APS fue definida en 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en Alma-Atá (Kazajstán) como:

“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad”.

Atención que normalmente es recibida en instalaciones médicas, sin embargo, en ocasiones y generado por alguna urgencia médica puede también ser recibida de manera eventual en algún otro espacio físico; en este entorno de la atención del paciente renal, los cuidados son tan variados y complejos como la etiología misma de la ERC, de manera general abarca a los servicios de: Medicina Interna, Nefrología, Nutrición, Clínica de Hemodiálisis y Diálisis entre otros.

2.1.3.3 Atención familiar.

Al respecto Benjumea (2004) refiere que esta atención la proporcionan familiares, amigos o vecinos, no es remunerada y es llamada informal; asimismo Ramos y Jarillo (2014) indican “el cuidado informal es, por tanto, una práctica social en la que se establece una relación de carácter humano que involucra el intercambio de experiencias y subjetividades propias de sus actores”.

Para el efecto, en esta investigación a la atención familiar se ha definido como la atención recibida por casi toda persona que cursa por algún proceso patológico, recibida generalmente en el entorno del hogar sin embargo en algunos casos puede migrar a los espacios clínicos, donde se aplica como una actividad básica en apoyo de la atención proporcionada por los profesionales de la salud.

De igual forma Benjumea (2004) señala que los cuidados proporcionados en este tipo de atención son variados y van desde actividades básicas hasta aquellas de cierta complejidad como son:

- La preparación de alimentos.
- Apoyo en la ingesta y toma de medicamentos.
- Actividades relacionadas a su higiene personal, el aseo de sus enseres y vestido.
- Acompañamiento (Físico y Moral) a las constantes consultas médicas y sesiones de TRR.
- Asistencia para realizar cualquier actividad que le demande algún grado de esfuerzo físico.
- Aplicación del tratamiento de diálisis nocturna en casa.

La referida atención, es de vital importancia para el paciente en virtud de que no solo consiste en aplicar las indicaciones de un tratamiento médico en casa, es así que “cuidar no es por tanto la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por el médico” (Benjumea, 2004), sino que también llega a generar en los pacientes un sentimiento de seguridad, tranquilidad y bienestar.

Es importante señalar que esta atención representa una forma para estrechar los vínculos afectivos, situación que beneficia al paciente no solo física sino emocionalmente señalándose que: “incluso es común que se considere el cuidado familiar mejor que el profesional por la intimidad afectiva de la relación” (Benjumea, 2004).

2.1.3.4 Atención social.

Se pretende definir el término atención social más allá de una acepción etimológica es decir, referir en la praxis, los efectos de su adecuada aplicación en los diferentes entornos sociales donde el paciente con ERC vive y convive como es el hogar, centros de trabajo y/o escolares, incluso aquellos centros o grupos de apoyo o convivencia donde pudiera estar integrado; con este fin se muestran conceptos que contextualizan a la atención social, como son los términos asistir “acto de socorrer, favorecer en caso de necesidad (...) la ayuda es un ejercicio desligado de la idea de lucro, se asocia con fines de tipo humanitario y actos de solidaridad” y asistencia social que refiere “toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida” ambos conceptos referidos por Blázquez (2017).

El diccionario de trabajo social (DTS) a partir de Ezequiel Ander-Egg define a la acción social como “todo esfuerzo consciente, organizado y dirigido individual o colectivo, que de modo expreso tiene por finalidad actuar sobre el medio social, para mantener una situación, mejorarla o transformarla” (DTS, 1986); esta investigación establece que la atención social puede ser inferida como todo acto reflexivo y desinteresado de apoyo que genera un sentimiento de acompañamiento solidario, ante cualquier necesidad explícita o implícita de aquellos individuos inmersos en una situación de desventaja social, misma que repercute en su estado de salud y enfermedad. Los efectos de la atención social en el paciente renal, son palpables en el ámbito laboral donde Julián, Molinuevo y Sánchez (2012) señalan que a pesar del carácter limitante de esta patología, el que estos pacientes continúen laborando, les genera amplios beneficios pues la actividad laboral les permite disfrutar tanto de una mayor estabilidad económica como de un mejor estado emocional, considerándose incluso al trabajo como un método terapéutico de rehabilitación sin embargo los investigadores en comento, establecen que el TRR llega a influir en su actividad laboral.

Aquí radica la importancia de que estos pacientes, reciban una atención libre de prejuicios y acciones discriminatorias, por parte de las personas con quienes interactúa en sus diferentes entornos sociales, pues les permitirá a estos pacientes realizar sus actividades con mayor certidumbre ante cualquier eventualidad propia de su patología, generando espacios confortables libres de estigmas, esto representa repercusiones benéficas en su salud física y emocional.

2.2 Marco teórico.

2.2.1 Construcción del marco teórico.

“La observación de la realidad –la naturaleza tal como existe– y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia. (...) Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ven necesariamente influenciadas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados paradigmas. (...) Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad” (Gomes, 2005).

Para el desarrollo de esta investigación, se emplearon como antecedente teórico, tanto al modelo de los campos de la salud como al modelo socioeconómico de la salud, sin embargo basó su anclaje epistemológico en la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud postulada por la CDSS.

Al respecto, Marmot (2017) refiere que por la relevancia del gradiente social en el estado de salud de los individuos, es necesario considerar estrategias que incluyan un manejo de las patologías, desde una perspectiva social, esto reduciría las desigualdades generando una consecuente mejoría.

En este sentido es necesario señalar que la atención así como la propia patogénesis de la ERC implica un complejo universo de múltiples condiciones causales, el cual no responde sólo a lo estipulado por la hegemónica perspectiva unicausal del modelo biomédico el cual refiere:

“Que los problemas de la salud son causados por factores biológicos que poca relación tienen con factores psicológicos y sociales en donde la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unicausales” (Cardozo y Rondón, 2014).

El enfoque biomédico denota una marcada falta de entendimiento sobre el origen multicausal de las patologías; por lo cual es necesario ampliar el entendimiento de la patogénesis, desde una perspectiva social al respecto se ha señalado:

“Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos, o biológicos, sino que también incluyan el ruido, (...) el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud” (Vergara, 2007).

2.2.2 Teorías representativas de los determinantes sociales de la salud.

2.2.2.1 Teoría de los campos de la salud.

Teoría postulada en 1974 por Marc Lalonde la cual refiere un trascendental cambio en la forma de atender la salud “(...) al impactar de manera conceptual y operativa sobre la manera de abordar y explicar los niveles de salud de las poblaciones” (Álvarez, García y Bonet, 2007).

Por su parte Caballero et al. (2012) señalan que con este fin se clasificó a los DSS a partir de cuatro grandes campos a saber:

- **Biología humana.** Incluye genética, crecimiento, desarrollo y envejecimiento.
- **Medio ambiente.** Abarca factores externos al cuerpo humano de los que se tiene poco control como la contaminación química del agua y el aire, el ruido, así como factores psicosociales y socioculturales nocivos.
- **Estilo de vida.** Comprende las decisiones tomadas respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto control como la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco.
- **Organización de los servicios de salud.** Responde a la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de atención de salud.

Al respecto cabe mencionar lo postulado por Hubert Laframboise quien de manera puntual señaló “La persuasión como instrumento para impactar sobre los factores relacionados con los estilos de vida; a la legislación para impactar sobre los factores relacionados con el ambiente; a la reorganización para impactar sobre los factores relacionados con la organización de los servicios de salud y al método científico para vulnerar, los factores relacionados con la biología humana” (Álvarez et al. 2007, p.5)

2.2.2.2 Teoría de Dahlgren y Whitehead.

Esta teoría fue postulada en 1991 por Dahlgren y Whitehead refiere la forma en la cual las desigualdades presentes en la salud de las personas, son clara consecuencia de la relación existente entre las diversas condiciones causales como son las de carácter general, las socioeconómicas, las culturales y las medioambientales.

Donde las inequidades en salud responden a interacciones determinantes entre un núcleo y cuatro diferentes niveles, lo que permite dilucidar los mecanismos para lograr cambios estructurales en las condiciones generales, mejorando las condiciones de vida y trabajo de los individuos a través de estrategias de salud pública, fortalecer el apoyo social y de la comunidad mediante el empoderamiento y la participación social así como el influir en los estilos de vida y las actitudes individuales a fin de promover la equidad social en salud (Cárdenas et al., 2017).

Figura 1. Forma definitiva del marco conceptual de CSDH.



Fuente: Keith (2012).

2.2.2.3 Teoría de la comisión sobre determinantes sociales la salud.

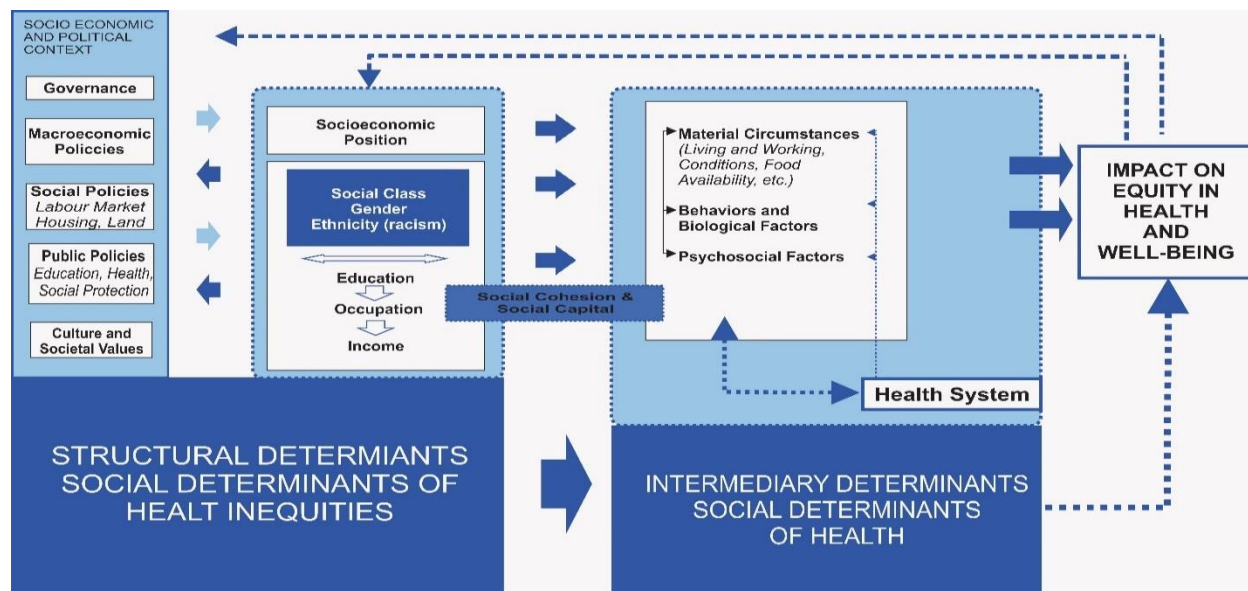
Esta investigación se sustentó desde la peana teórica de los DSS postulada por la CDSS en el 2008 esta comisión, fue instituida durante el año 2005, por la OMS con la finalidad de enfrentar las diversas inequidades sanitarias padecidas por la población en todo el mundo y la cual refiere que:

“Las inequidades sanitarias son consecuencia de un complejo sistema que actúa a escala mundial, nacional y local. El contexto mundial afecta al modo en que las sociedades prosperan (...) propiciando la aparición de diversas formas de posición social y jerarquía. El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad”.

En este sentido, es pertinente señalar lo estipulado por Caballero et al. (2012) quienes señalan que los DSS están constituidos por Determinantes Estructurales (DE) y Determinantes Intermedios (DI) donde los DE otorgan una escala de jerarquías que categoriza a los individuos, promoviendo así las desigualdades sociales; actualmente es necesario reconocer la importancia de otros determinantes como Género, Etnicidad y Sexualidad además de los tradicionales Educación e Ingresos.

Por su parte los DI emanan de los DE y a partir de las condiciones sociales específicas de cada persona, es decir sus muy particulares diferencias y vulnerabilidades tanto en lo que se refiere a condiciones de vida, trabajo, disponibilidad de alimentos y adopción de estilos de vida poco o nada saludables, desde los cuales se van generando condiciones adversas que impactan de manera directa al estado de salud y enfermedad de las personas; afectando de sobre manera a quienes viven en los estratos sociales más desfavorecidos o marginados.

Figura 2. Forma definitiva del marco conceptual de CSDH.



Fuente: Solar y Irwin (2010).

2.3 Estado del arte.

2.3.1 Acercamiento.

Las prevalecientes condiciones sociales de México reflejan un escenario en salud permeado por múltiples inequidades, debido a lo anterior esta investigación se ha centrado en el abordaje de la temática que muestra la relación existente entre los determinantes sociales de la salud y la atención que reciben en sus diferentes entornos las personas que padecen ERC, que aún y cuando estas desventajosas circunstancias, son fácilmente observables en la plural esfera de atención del paciente nefropata han sido poco atendidas; y de continuar ignorándolas los rezagos en la atención de estos pacientes aumentara día con día impidiéndoles alcanzar una vida digna y de calidad.

2.3.2 Método.

La información mostrada en el presente estado del conocimiento es la resultante de una exhaustiva revisión sistemática, realizada en distintos metabuscadores de peana científica tales como: Redalyc, Scielo, Medigraphic, Elsevier; de igual forma fueron consultados diversos sitios web oficiales, tanto de secretarías como dependencias de estado y de organismos internacionales, tal es el caso de la OMS y la OPS entre otros; la mencionada pesquisa de información, se realizó bajo las Categorías de Análisis (CA): atención (familiar, social y clínica), determinantes sociales de la salud y enfermedad renal crónica y se basó en el análisis de 150 artículos de carácter científico, cuyo contenido está relacionado con la temática en comento.

Literatura científica que después de un meticuloso escrutinio llevaron a la selección de 56 artículos representativos los cuales por una parte abordaron de manera amplia y adecuada a las desiguales condiciones de vida y salud establecidas a partir de los DSS (estructurales) como son la cultura, educación, género, ingreso, políticas públicas y sistema de salud; del mismo abarcó aspectos como la etiología, epidemiología y descripción de la ERC, así también aquellos que contextualizan la atención recibida por el paciente nefropata en sus diferentes entornos como son el familiar, el clínico y el social.

Es así que a partir de los mencionados artículos representativos, se fundamentó teórica y metodológicamente el constructo del mencionado estado del arte, es necesario señalar que la investigación abarcó el periodo comprendido del año 2003 al año 2018.

En este sentido cabe mencionar que del acervo revisado, el 50% abarcó investigaciones de los últimos 5 años, mientras un 36% está conformado por estudios realizados en los últimos 10 años y el 14% de las investigaciones restantes fueron efectuadas durante los últimos 16 años en este último periodo se encontraron artículos que por su antigüedad y contenido han sido consideradas como un claro referente de la temática investigada; por lo anterior, el incluirlos en el estado del conocimiento, representa una valiosa aportación a esta investigación; de igual forma la presente revisión permitió estudios realizados en diversos ámbitos de su procedencia como son el internacional, nacional y local.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el estado del conocimiento, con este fin se instauró un sistema cronológico con respecto a la fecha de publicación de la bibliografía iniciando por los más antiguos y concluyendo con los de reciente publicación, y a su vez se organizaron respecto a su ámbito de procedencia.

2.3.3 Categoría de análisis: atención (familiar, clínica y social).

En el ámbito internacional, las pesquisas de esta categoría de análisis abarcaron el periodo comprendido del 2007 al 2012, presentándose 8 artículos, por otra parte, en el ámbito nacional, la referida búsqueda de artículos se centró al año 2006 con 2 artículos, los cuales contribuyeron al desarrollo de la investigación, siendo estos los siguientes:

2.3.3.1 *Ámbito internacional.*

En Argentina, Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007) señalaron que el proceso salud enfermedad atención es una construcción individual y social donde el individuo de forma personal y subjetiva crea su padecimiento por lo que salud y enfermedad son condicionadas por su contexto cultural; en este proceso valores, representaciones, roles y expectativas tienen un significado particular, así en cada sociedad se determina la manera de recuperar la salud; sin embargo, a pesar de la evidencia sobre la importancia de la perspectiva social esta es escasamente abordada por el sistema de salud.

En España, López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal (2007) realizaron un estudio transversal aplicado a profesionales de la salud, pacientes en diálisis y cuidadores informales, indicando que él cuidar conlleva siempre tomar decisiones sobre la salud y el bienestar, mismas que se traducen en un conjunto de actividades tanto íntimas como personales, que al ser realizadas por la propia persona le otorga la categoría de autocuidado, la pérdida de esta autonomía implica cuidados de apoyo con lo cual se establece un sistema informal de cuidados realizados por familiares, amigos o vecinos en base a los lazos de parentesco, amistad o afectividad; estos cuidados informales no cuentan con una figura de reconocimiento institucional y por tanto carecen de remuneración económica; aun cuando son de suma importancia, señalan el decisivo papel de la mujer, pues ellas llevan la mayor participación generada en relación al cuidado informal de sus familiares y población en general, esta noble labor realizada por las cuidadoras, es poco reconocida y valorada.

Cervera, Hernández, Pereira y Sardiñas (2008) llevaron a cabo en la República de Cuba una investigación donde dejan ver la suprema categoría de la familia como una institución a la que le corresponde la función social de emisión de valores éticos que contribuyen de sobremanera al desarrollo psicosocial de sus integrantes, debido a que la reproducción de los diferentes valores éticos de las personas fortalecen a la sociedad.

En la República de Chile, Zúñiga et al. (2009) Aplicaron un estudio en 242 pacientes mayores de 18 años en hemodiálisis, señalaron que la calidad de vida relacionado con la salud, es cada vez más importante para determinar la calidad de los tratamientos; también indicaron que el carácter social de la calidad de vida está relacionado con la salud, definiéndola como un constructo basado en la percepción de la persona sobre la forma en cómo la enfermedad impacta a su calidad de vida.

En Canadá, Davison (2010) en su investigación “End - of - life care preferences an needs: Perceptions of pacientes with Chronic Kidney Disease” dejó de manifiesto que a pesar de los avances tecnológicos aplicados en la TRR mediante diálisis, la mortalidad en estos pacientes sigue siendo elevada, señalando que muchos pacientes nefropatas, mueren en la unidad de cuidados intensivos, carentes de cuidados paliativos y peor aún, es que poco se sabe de cómo mueren estos pacientes en relación a sus preferencias, gustos y necesidades para el ocaso de su vida.

En España, Catalán et al. (2011) en su estudio revelaron que a pesar de la alta prevalencia y las complicaciones de la ERC, la atención únicamente está encaminada a ralentizar su progresión con la finalidad de evitar que se llegue a la diálisis peritoneal, lo que sugiere que tal déficit de atención pudiera relacionarse con la ausencia de un adecuado protocolo para la atención primaria.

En la República Federativa de Brasil, Cunha et al. (2011) realizaron una investigación, donde puntualizaron la vital importancia del apoyo social en el paciente nefropata, pues contribuye a la calidad de vida y alivia en gran medida el sufrimiento causado por el carácter de dependencia que esta patología impone a quien la padece. Asimismo, los autores señalan que la diálisis peritoneal es una excelente opción para incrementar la expectativa de vida de los pacientes renales.

Herrera, Flórez, Romero y Montalvo (2012) efectuaron en Colombia una investigación, señalando que la ERC genera incertidumbre, desgaste físico, dependencia y cambios en el estilo de vida, con repercusiones personales y sociales y de no contar con un adecuado apoyo social, estos pacientes no alcanzarán la adecuada readaptación a la crisis circunstancial que viven, aquí la importancia del apoyo informal el cual también representa un ahorro para el estado.

2.3.3.2 Ámbito nacional.

Ruíz, Mercado y Perea (2006) en su investigación analizaron diversos programas dirigidos a la atención y manejo de las ECNT, señalando el escaso éxito alcanzado por estos programas sobre la satisfacción de los servicios y la esperanza de vida, sin embargo estos resultados solo contemplan la postura de los profesionales de la salud, dejando de lado los significados e interpretaciones de los demás actores sociales participantes en estos procesos como son los pacientes.

Azcarate-García, Ocampo-Barrio y Quiroz-Pérez (2006) realizaron un estudio en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) observando el funcionamiento de las familias del paciente renal, concluyendo que las familias nucleares y extensas denotan mayor apoyo, cohesión, comunicación y expresión de afectos hacia sus pacientes; esto es atribuido al vínculo de los lazos consanguíneos, también señalaron que en estas familias, las alteraciones biológicas, psicológicas y sociales, modifican las jerarquías y roles familiares, debido a la centralidad otorgada al paciente.

2.3.3.3 Cierre.

Los artículos referidos en esta CA permitieron conocer puntos basales, tal es el caso de las aportaciones de Azcarate et al. (2006), López et al. (2007), Zúñiga et al. (2009) y Catalán et al. (2011) quienes contribuyeron al razonamiento, entendimiento y constructo del marco contextual respecto a la atención en los diferentes entornos; asimismo, resulta importante establecer que el curso propio de todo proceso patológico genera a las personas que los padecen condiciones de incapacidad tanto física como psicológica y social, tal es el caso de quienes padecen ERC, pacientes que a partir de determinados estadios presentan una marcada mengua en su estado de salud que disminuye su capacidad de autosuficiencia, en esta patología es evidente la necesidad de una adecuada atención tanto en calidad como en calidez.

Por tanto en el sentido de la asistencia que reciben las personas que presentan ERC o cualquier otra condición patológica, la atención debiese consistir en el conjunto integral de acciones realizadas en pro de la mejoría del estado de salud y que incluya no solo un manejo desde el orden biomédico, sino también desde una perspectiva del orden social; desafortunadamente la mayor parte de las veces, la atención es implementada a través de acciones terapéuticas del orden biomédico.

Es importante establecer que el mencionado manejo biomédico, es sumamente necesario para el tratamiento de todo paciente, sin embargo debería incluir el manejo desde una perspectiva social a través de acciones tendientes a entender y atender a quien adolece alguna enfermedad, permitiendo conocer tanto su estado de salud, como sus necesidades específicas en momentos aciagos a fin de influir en su calidad de vida; esta atención desde la perspectiva social, debe aplicarse en todo entorno donde el paciente renal vive y convive es decir el familiar, clínico y social.

2.3.4 Categoría de análisis: determinantes sociales de la salud.

En el ámbito internacional, las pesquisas de esta categoría abarcaron el periodo comprendido del 2003 al 2017, presentándose 16 artículos, por otra parte, en el ámbito nacional, la referida búsqueda de artículos abarcó del año 2008 al 2018 con 10 artículos, los cuales contribuyeron de enorme manera en el desarrollo de la investigación, siendo estos los siguientes:

2.3.4.1 Ámbito internacional.

Wilkinson y Marmot (2003) en su estudio “Los Determinantes Sociales de la Salud, los hechos probados” presentan el enfoque con que se aplicaban las políticas de salud, refiriendo que las mencionadas políticas se enfocan a la provisión y financiamiento de la atención médica, quedando los DSS relegados a mesas de debates académicos, sin embargo, hoy en día la visión y el manejo de las políticas en salud ha cambiado, reconociendo la importancia de las condiciones sociales y económicas por su influencia en la causa de las enfermedades, donde el acceso universal a la atención médica se constituye como un DSS.

En Colombia, Álvarez (2009) develó la tendencia de excluir a las condiciones sociales del proceso de salud enfermedad, aun cuando la evidencia demuestra una marcada influencia de las estructuras sociales en la salud, enfatizando que los responsables de tomar las decisiones relacionadas con las políticas de salud deben otorgar la debida importancia a estas estructuras; hasta ahora la atención otorgada a los DSS es paupérrima incluso los confunden con factores de riesgo; señala que el neoliberalismo beneficia al mercadeo de los servicios de salud, privilegiando así a los colectivos de mayores ingresos económicos, generando en los diferentes colectivos sociales, una atención médica inequitativa; aquí los DSS representan desigualdades en la distribución de los bienes sociales como son ingreso económico, falta de empleo, alimentación inadecuada, mala educación.

En los Estados Unidos de América, Bruce et al. (2009) efectuaron la investigación, “Social environmental stressors, psychological factors, and kidney disease” indicando que la ERC es claro ejemplo de las inequidades de salud en esa nación, donde han quedado debidamente establecidas las diferencias en la prevalencia de la enfermedad renal a partir de los estratos sociales, refiriendo además que los factores de riesgo biológico como la diabetes, hipertensión y obesidad no explican del todo la evada progresión de la ERC en las poblaciones de alto riesgo.

En Suiza, Solar y Irwin (2010) en su investigación establecieron que los efectos de los determinantes sociales en la salud de la población, y las desigualdades en salud, se generan por medio de largas cadenas causales de factores mediadores los cuales tienden a actuar interactuar entre sí, y agruparse entre los individuos que viven en condiciones desfavorecidas.

En Perú, Villar (2011) establece que a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, las acciones de prevención son las más activas para conseguir una vida sana y digna en los últimos años debido a la insatisfactoria salud de la población, el sistema de salud ha sufrido modificaciones importantes, donde el fortalecimiento de la atención integral de la salud en el nivel primario y la prestación de los servicios de salud en el primer nivel deben ocupar un lugar preponderante, pues permiten incrementar el nivel de salud de la población a un costo menor en comparación a los altos costos que genera la atención de la salud recuperativa.

En Colombia, Acero, Caro, Henao, Ruiz y Sánchez (2012) señalaron que desde 1974 con el informe Lalonde se presentó el primer modelo de DSS postulando que la patogénesis no solo respondía a la atención sanitaria sino también a la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida, donde el primer acercamiento con los DSS se remonta a 1978 durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata; sin embargo a pesar de los esfuerzos por dar a conocer la importancia de los DSS en el PSE estos fueron relegados por el desbordante auge neoliberal de finales del siglo XX dando prioridad al modelo de eficiencia, por ser el medio que más recursos económicos generaba, quedando relegada la atención médica y la equidad.

En Colombia, Mejía (2013) llevó a cabo un estudio estableciendo que los orígenes de los DSS van mucho más allá del año 1974, refiriendo que sus antecedentes se remontan a finales del siglo XVIII esto haciendo evidente el esfuerzo realizado por contrarrestar el grave deterioro en las condiciones de vida y salud en la población de aquella época.

En la República de Perú, Pamo - Reyna (2013) indicó que el saber popular es muy rico en creencias que son falsas o medias verdades, pero se mantienen porque son aceptadas sin mayor discusión señalando que la medicina tradicional está repleta de creencias sobre con el diagnóstico y el tratamiento; creencias populares que relacionadas con la salud forman parte de los determinantes socioculturales que generan las formas de actuar, expresar y entender la salud y la enfermedad, los médicos precisan comprender las prácticas, creencias culturales de sus pacientes, barreras del idioma y el nivel de educación; concluyendo que el médico actual enfrenta una serie de creencias populares sobre la salud y la enfermedad que el paciente trae como parte de su bagaje cultural, por lo que debe estar atento a que dichas creencias y las suyas, no afecten la relación médico – paciente.

En España, Palomino, Grande y Linares (2014) en su estudio señalan que el término salud es un concepto difícil de definir, debido a que no solo implica evitar a la enfermedad o afrontar el consecuente sufrimiento que genera, sino que también implica la aspiración de bienestar y felicidad; es ahí donde los investigadores establecen su vínculo e importancia social que favorece a la calidad de vida dejando de manifiesto que la salud no solo responden a un estricto paradigma biológico también es un proceso ceñido por circunstancias sociales y económicas.

En España, Bonilla (2014) en su investigación estableció que la ERC es un grave problema sanitario por su elevada incidencia y prevalencia, indicando que al manejar el propio paciente su tratamiento, dieta, medidas higiénicas, etc., puede reducir las complicaciones, por tanto la educación sanitaria beneficia al paciente renal en su autocuidado, logrando que ellos consigan una mejor aceptación de su enfermedad, y que lleven de mejor manera el tratamiento; contar con algún grado de escolaridad le permite al paciente entender las indicaciones de su tratamiento y aplicar diferentes técnicas terapéuticas, facilitando la toma de decisiones de su enfermedad y tratamiento.

En la Mancomunidad de Australia, Carey y Crammond (2015) en su estudio reiteran a los DSS como un problema vigente, palpable y reconocido mismo que demanda un adecuado manejo; asimismo establecieron la debida implicación de los DSS en el procesos salud enfermedad esto a la luz de diversas investigaciones realizadas desde la década de los 80's del siglo pasado específicamente desde la publicación del "Black Report" estudio que presentó una serie de recomendaciones sobre la necesidad de abordar a las desigualdades sociales, estableciendo la responsabilidad del estado en la atención de estas condiciones de inequidad, mediante estrategias que mitiguen los nocivos efectos causados a los colectivos sociales más afectados actuando en puntos clave como son la vivienda y la educación entre otros.

González, Álvarez-Dardet y López (2017) en su investigación realizada en España presentaron diversas condiciones de inequidad generadas a partir de los DSS entre las que destaca el Género como un determinante y eje transversal de la desigualdad por lo cual, establecen la necesidad reorientar las dinámicas de hombres y mujeres de forma específica en aquellos conflictos de poder / autoridad pues estos revisten una constante reproducción social.

En los Estados Unidos de América, Adler et al. (2016) llevaron a cabo una investigación, donde refieren los efectos de la conducta social y conductual sobre la salud, el desarrollo y la longevidad que presenta este país, refiriendo que sus políticas de salud ignoran en gran parte el manejo de la perspectiva social en esta problemática, generándose un mayor gasto per cápita en medicamentos y servicios de salud, indicando que abordar adecuadamente a los DSS disminuiría las condiciones de desigualdad en salud de la población.

En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Marmot (2017) realizó un estudio en el cual establece la importancia del gradiente social para la salud, y considera que aplicar estrategias que incluyan el manejo de las implicaciones sociales, generara una marcada reducción de las desigualdades sociales así como la supeditada mejoría de la salud; en su investigación abordó el papel de los profesionales de la salud, para lo cual capacitó a estos profesionales a fin de que contaran con una mayor perspectiva en su forma de ver al paciente, los resultados obtenidos revelaron datos alentadores estableciendo que los profesionales pueden hacer una gran diferencia en la causa de la equidad en salud.

García y Vélez (2017) en Colombia efectuaron un estudio descriptivo, haciendo evidente que los DSS se distribuyen dentro de un gradiente social; donde a medida que se descende en la escalera social, disminuyen las condiciones de vida y aumenta la prevalencia de las enfermedades de igual forma señalan que investigaciones previas han demostrado la existencia de mecanismos de interacción de los DSS con desenlaces biológicos; tal es el caso de las ECNT donde es claro que factores como el ingreso, la escolaridad, o el género influyen en el control de enfermedades como diabetes o hipertensión o en la mortalidad como consecuencia de las mismas.

2.3.4.2 Ámbito nacional.

López et al. (2008) señalan que el PSE junto a otros procesos vitales tienen una dimensión material cuya expresión se presenta de manera orgánica, biológica y social, así como una dimensión subjetiva que interpreta la forma como se vive; enfocando estos procesos con la intersubjetividad colectiva permite inferir el entendimiento de los procesos desde una esfera multidimensional donde intervienen las dimensiones biológica - social y material - subjetiva.

Vizcarra (2008) analizó las condiciones de inequidad y desigualdad social que enfrentan gran parte de las mujeres pobres específicamente en zonas rurales, indicando que para entender las desigualdades sociales entre hombres y mujeres debe partirse del hecho de que se trata de un proceso histórico y complejo de relaciones sociales basado en la absurda creencia de que las diferenciaciones sexuales, donde lo femenino es inferior a la masculino; de esta forma algunos justifican estas arcaicas e inadecuadas relaciones de dominación y privilegios de unos sobre otros en todos los referentes sociales como son los simbólicos, materiales, jurídicos, morales y éticos, generando también una inequitativa distribución de las riquezas y el poder; lo anterior ha construido un errado orden social.

Lomelí, Flores y Granados (2012) establecen que la salud y la economía están relacionadas por el efecto de la salud sobre el capital humano y por la manera en la que el ingreso económico condiciona el acceso a los servicios de salud, señalando que mejorar el ingreso y los niveles de nutrición de los trabajadores, se traduce en incrementos importantes en la productividad, avalando así la tesis que sostiene que el gasto en salud es una de las inversiones más rentables.

La SS (2013) a través del “Programa de Acción Específico: Igualdad de Género” permite ver que frecuentemente el término género es confundido con el término sexo el cual se centra en aspectos biológicos innatos que diferencian a mujeres y hombres; esta posición incluye creencias, valores y actitudes incuestionables ante la conducta de cada sexo, sin embargo como categoría analítica, el género alude al significado social de la diferenciación biológica sexual y señala las características socialmente atribuidas a lo masculino y lo femenino, así como a las diferencias sociales, económicas, políticas y laborales señalando que como construcción social, el género es determinante, pues exagera la vulnerabilidad biológica, establece desigualdades entre mujeres y hombres en materia de salud y condiciona la forma en que unos y otros se relacionan, piensan y actúan respecto a su cuerpo y salud. En este sentido, los roles de género evidencian las diferencias y desigualdades cotidianas entre los sexos; asignando tareas, derechos y deberes inequitativos entre hombres y mujeres, aquí las construcciones socioculturales que conforman el género y las relaciones entre los sexos determinan las expresiones de identidad; además, ordenan las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres, generando inequidades en salud.

Silberman, Moreno, Kawas y González (2013) en su investigación refieren que los indicadores globales de salud a nivel federal han mejorado en los últimos años, sin embargo las desigualdades al interior del país siguen siendo el problema más grave, donde las enfermedades no transmisibles y las lesiones son las patologías de mayor prevalencia, pero las infecciones, los problemas perinatales y la desnutrición mantienen una marcada presencia y afectación, en aquellas regiones y comunidades con mayor marginación.

También señalan las diferencias que existen respecto a la distribución de los recursos para atender la salud en ámbitos como la cantidad de camas disponibles, en el 2010 el Distrito Federal y Campeche presentaron la mayor disponibilidad con 1.7 y 1.2 camas censables por cada 1000 habitantes mientras el Estado de México registró la relación más baja 0.4 camas por cada 1000 habitantes, asimismo la mayor disponibilidad de médicos generales se registró en Coahuila con 1.4 médicos por cada 1000 habitantes; en contraste, la menor disponibilidad se registró en el Estado de México con 0.4 médicos generales por cada 1000 habitantes, el Distrito Federal registró la mayor disponibilidad de enfermeras 4.6 por 1000 habitantes mientras Chiapas y el Estado de México sólo tenían 1.3 enfermeras. Además se encontró que del total de población usuaria de los servicios de salud 26.21% no cuenta con seguridad social concluyendo que esto denota un cuadro preocupante respecto a la situación de desigualdad en la vulnerabilidad social y sanitaria del país.

Salgado-de Synder y Guerra (2014) en su investigación establecen que es posible afirmar que la actual producción científica sobre DSS debe ser atendida para que exista un mejor posicionamiento del tema en el sistema nacional de investigación en salud; en tanto que el limitado financiamiento como la preferencia de los investigadores por publicar en revistas extranjeras de alto factor de impacto inhiben el fortalecimiento de la investigación nacional en esta materia. Asimismo, a pesar de los proyectos de investigación de DSS en México que abordan las inequidades prioritarias y recurrentes de salud, en realidad es difícil que los resultados lleguen a quienes toman las decisiones siendo los encargados de atender las necesidades de los grupos vulnerables en la escena nacional pues como se indicó, los resultados suelen publicarse en foros extranjeros, por lo cual el impacto de las investigaciones en las políticas públicas parece ser limitado o nulo.

Ruíz (2015) señala que la naturaleza y efectos de la desigualdad social entre culturas, en el ámbito de la salud, ha despertado gran interés indicando que el nivel de salud de una población no depende directamente de los servicios de atención sanitaria, sino también de factores sociales y económicos como la clase social, condiciones laborales, entorno, origen étnico, marginación o carencia de servicios básicos (drenaje, electricidad, pavimentación y transporte público) y que para alcanzar el mayor nivel de salud en la población, es necesario replantear la atención de la salud por parte de los gobiernos; además de planificar y formular políticas públicas tal como lo recomienda la OMS incorporando el enfoque de estos determinantes en la cobertura en salud.

López y Jarillo (2017) establecen que las colectividades humanas con el desarrollo histórico de saberes y prácticas en torno a procesos vitales como la salud, enfermedad y muerte conforman un campo específico de conocimiento, materializado en organizaciones especializadas para promover la salud y enfrentar la enfermedad; donde las transformaciones del sistema de salud mexicano han sido modeladas por reformas neoliberales.

La (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2017) en el Modelo Educativo para la Educación Obligatoria señala los profundos contrastes, exclusiones y desigualdades que limitan el potencial físico, social y humano necesario para mejorar las condiciones de vida y bienestar de individuos y sociedad, indicando que en el sistema educativo existen rezagos históricos, inequidades y complejos desafíos de exclusión y discriminación que deben ser atendidos; donde para abordar la desigualdad educativa y la exclusión se requieren políticas intersectoriales donde al sistema educativo le corresponde remover las barreras que limitan la equidad en el acceso, la permanencia y el egreso así como ofrecer una educación de calidad.

La (Encuesta Intercensal [ENC.INT.], 2015) presentó información actualizada sobre el volumen, composición, distribución y comportamiento de las características de la población y viviendas particulares habitadas dentro del territorio nacional así como datos relacionados con la demografía, escolaridad, servicios de salud y etnicidad entre otros.

2.3.4.3 Cierre.

Los artículos de esta categoría contribuyeron al entendimiento y constructo del marco contextual donde el positivismo atribuye la patogénesis exclusivamente a condiciones que responden al modelo unicausal de la enfermedad; esto ha relegado a la evidencia existente la cual refiere el carácter multifactorial en la génesis de todo proceso patológico y que ha sido ampliamente sustentada por la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, junto a otros vetustos postulados.

2.3.5 Categoría de análisis: enfermedad renal crónica.

En el ámbito internacional, las pesquisas de esta categoría de análisis abarcaron el periodo comprendido del 2009 al 2015, presentándose 8 artículos, por otra parte, en el ámbito nacional, la referida búsqueda de artículos abarco el periodo comprendido entre los años 2009 al 2017 con 10 artículos, asimismo en el ámbito local la pesquisa se centró en el año 2013 con 1 artículo, los cuales contribuyeron de gran manera en el desarrollo de la investigación siendo estos:

2.3.5.1 Ámbito internacional.

En los Estados Unidos de América, Watnick (2009) realizó el estudio “Quality of life and depression in CKD: Improving hope and health” donde refiere que la vida en diálisis es difícil y que su trabajo si lo tienen, es a tiempo parcial lo cual reduce sus ingresos, señala también que la ERC conlleva un riesgo de muerte de 5 a 500 veces mayor, además no pueden comer lo que quieran para disfrutar sus viajes requieren amplia planificación, su vida sexual es pobre asimismo la calidad de vida en diálisis es pobre con altas tasas de depresión.

En la República de Chile, Flores (2010) en su estudio establece que la mayoría de las personas con ERC, especialmente es sus fases tempranas, no tienen conciencia de su enfermedad, la que puede evolucionar durante muchos años, sin la adecuada intervención la cual podría evitar sus complicaciones indicando también que hay poblaciones de alto riesgo para desarrollar ERC por tanto los clínicos deben estar al evaluar Pacientes con HAS, DM, ECV, Mayores de 60 años y familiares de pacientes en DP o que han recibido un trasplante renal.

Asimismo, establece recomendaciones como es indicar que todos los países deberían con un programa de tamizaje de ERC dirigido a población con alto riesgo y la importancia de priorizar a las enfermedades crónicas en las agendas políticas y de salud pública; en consecuencia, los sistemas de salud deben reorientarse para responder a las necesidades de las personas con condiciones crónicas, enfatizando el rol de la promoción de estilos de vida saludable.

En España, Julián et al. (2012) refieren que la calidad de vida en el paciente renal es una variable medida en relación de la TRR, considera condiciones determinantes como la situación laboral del paciente, la cual es un importante parámetro de rehabilitación donde a mayor estabilidad económica mejor estado emocional, y en muchos casos se recupera la autoestima y las capacidades que en se pierden al principio.

En Cuba, Velázquez y Espín (2014) en su investigación refieren que las características de la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis provocan una serie de cambios que repercuten en la vida del paciente y de todo el sistema familiar el cual requiere reestructurar los roles familiares donde además los cuidados se complejizan. En este sentido indican que el rol de cuidador informal es difícil pues debe asumir gran cantidad de tareas que los coloca en una situación de vulnerabilidad, estrés y carga que incrementa el riesgo de padecer problemas físicos, emocionales, sociofamiliares también señalan que, en su muestra, predominó el sexo femenino esto debido al rol que las sociedades le han asignado a la mujer la función de encargada de las labores del hogar y el cuidado de la familia.

En España, Martínez et al. (2014) refieren en su estudio que un adecuado manejo domiciliario de la uremia terminal es una idónea estrategia para contribuir en la mejoría y bienestar del paciente que lleva a la disminución de las repercusiones física, familiar y asistencial de estos pacientes y del mismo modo se contribuye en la optimización de recursos del sistema nacional de salud.

En la República de Salvador, Orante et al. (2014) a través de su investigación, permitieron ver el alarmante incremento de la ERC en centro y sur américa durante los últimos 20 años, principalmente en hombres de 60 años o más que viven en zonas agrícolas, debido a su exposición a agroquímicos en combinación con otros factores de riesgo.

Rodríguez (2014) señala que, en diferentes países de América Central, a partir del incremento de la ERC en esa región establece la importancia de realizar un acercamiento a la enfermedad renal crónica mediante una perspectiva sistémica, epidemiológica, clínica, ambiental y social.

En España, Gorostidi et al. (2014) establecieron que la visión epidemiológica de la ERC experimentó un cambio significativo en los últimos veinte años; antes era restringida a patologías de baja incidencia, hoy en día afecta a un porcentaje importante de la población y está relacionada con enfermedades de alta prevalencia, como la Hipertensión Arterial Sistémica, la Diabetes Mellitus y la Enfermedad Cardiovascular.

En España, Periz, Blanco y Moreno (2015) indicaron en su estudio cómo es que los avances científicos y tecnológicos han permitido principalmente un incremento en los años de vida, sin embargo, esta mayor esperanza de vida ha llevado a más enfermedades y a la dependencia, por tanto, se requiere diseñar estrategias que mejoren la calidad de vida del paciente y otorguen un verdadero acompañamiento.

2.3.5.2 Ámbito nacional.

Méndez et al. (2009) muestran lo grave de la ERC a nivel nacional, condición visible en las dimensiones catastróficas que ha adquirido la enfermedad, estableciendo datos aportados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, mismos que ubican a esta enfermedad dentro de las 10 primeras causas de mortalidad en México, señalando que una de las principales problemáticas, radica en la falta de una adecuada base de datos electrónica que proporcione un censo real de estos pacientes e información de sus antecedentes y el estado actual de la ERC o sobre la TRR recibida.

Ramos y Jarrillo (2014) llevaron a cabo una investigación donde refieren a partir las representaciones sociales que, las relaciones simbólicas son la esencia de los cuidados en su forma básica mediante acciones positivas y cotidianas que proveen una condición satisfactoria para quien los recibe, esto lleva a una interacción humana interpersonal, intencional y única, donde el cuidado informal es una práctica social, una relación de carácter humano que involucra experiencias y subjetividades.

Mercado-Martínez y Correa-Mauricio (2015) refieren que pacientes y familiares coinciden en que la HD ha generado numerosos problemas y exigencias del orden económico, familiar, en servicios de salud, alimentación y transporte, acrecentándose las dificultades económicas, pues no cuentan con recursos para cubrir su costo, señalando que el Seguro Popular (SP) no contempla el manejo de la ERC indicando también que algunas personas con ERC tienen trabajos precarios e inestables, y que algunos a causa de la enfermedad se vieron obligados a dejar su trabajo y no les ha sido posible reintegrarse a sus labores por el tiempo que demandan la terapia, los malestares propios de la HD, a esto debe aunarse el rechazo de los empleadores para contratarlos.

Cortés-Sanabria, Ayala-Cortés, Calderón-García y Silva-Ocegueda (2016) en su estudio señalan que en México como en otros países, el manejo de la ERC reviste una tarea complicada, donde al sistema de salud debe afrontar situaciones que no solo respondan al orden político y económico también debe atender a la transición demográfica, epidemiológica, cultural, falta de cobertura de programas preventivos para la ERC, diferentes esquemas de protección social, falta de acceso efectivo a terapias de remplazo renal, grandes grupos poblacionales marginados que viven en condiciones de desigualdad social.

Méndez et al. (2016) en su investigación señalan que el IMSS brinda una cobertura de atención mediante Terapia de Reemplazo Renal al 73% de los pacientes bajo tratamiento dialítico en México; indicando que posterior al desarrollo electrónico del Censo de administración de pacientes con insuficiencia renal crónica (CIRC), el registro en línea de datos es más preciso. Lo cual ha permitido tomar decisiones de manera objetiva para mejorar la administración de los servicios, el registro de pacientes con IRC es un avance para el IMSS, un marco referencial a nivel nacional e internacional que brindará la pauta para iniciar líneas de prevención, diagnóstico tratamiento e investigación.

Tamayo y Lastiri (2016) plantean la necesidad de reconocer a la ERC como problema de salud pública y actuar en consecuencia, esa falta de atención en la accesibilidad a los servicios por parte de la población con y sin seguridad social, revela que continuamos teniendo un sistema inequitativo, fragmentado y sumamente ineficiente, donde no todos los mexicanos tienen igualdad de oportunidades para acceder al servicio que su estado de salud requiere.

Espinosa-Cuevas (2016) señala que en México la principal causa de enfermedad renal crónica es la DM tipo 2, seguida de la HAS, enfatizando que hoy en día, la disminución en la mortalidad de los pacientes con diabetes e hipertensión arterial ha permitido la evolución de diferentes complicaciones como la ERC; también refiere que México a pesar de tener una de las prevalencias más elevadas de DM2 a nivel mundial, carece de un fidedigno registro nacional de enfermos renales.

Cabrales-Arreola, Sánchez-Estrada, Ojeda-Vallejo, Monterubio-Flores y Hernández-Girón (2017) respecto a la relación entre las enfermedades crónicas y los trastornos emocionales encontraron que entre 20% y 50% de los pacientes con ERC tienen algún trastorno emocional, como depresión y ansiedad que afecta la adherencia terapéutica y la calidad de vida, también indican que la desesperanza y la ansiedad son alteraciones frecuentes en estos pacientes.

Cuevas-Budhart, Saucedo, Romero, García y Hernández (2017) en su investigación señalaron que la calidad de vida se ve afectada cuando se cursan complicaciones tanto del tratamiento de hemodiálisis como de la evolución de enfermedad renal, indicando que los pacientes que durante la HD presentan eventos relacionados al tratamiento perciben su calidad de vida como mala, posiblemente por el efecto hemodinámico brusco y/o a las hospitalizaciones que generan infecciones donde las complicaciones más frecuentes son Hipotensión, Infección de angioacceso.

Torres-Toledano et al. (2017) en su estudio refieren que a nivel mundial la mortalidad por ERC aumento de 1990 al 2015 en 108% por otra parte señalaron que en México la principal causa que lleva a la muerte al padecer ERC es la DM cuyo impacto en mortalidad paso del lugar 19º por nefropatía diabética en 1990 a ser la 3er causa de muerte en el 2015 generando un incremento del 670% donde las edades de mayor mortalidad fluctúan entre los 45 y 75 años, estableciendo que la Ciudad de México presenta la mayor mortalidad por ERC y mayor número de Disability-adjusted life years (DALYs) con 1559.71 por 100 mil habitantes, mientras Baja California presentó el menor número de muertes y Quintana Roo el menor número de DALYs 766.32 por 100 000 habitantes.

2.3.5.3 Ámbito local.

En el Estado de México, Ávila et al. (2013) en su investigación presentan datos del IMSS sobre la incidencia de pacientes con ERC, refiriendo que en el periodo de aplicación del estudio 52,000 pacientes recibían TRR de los cuales 80% eran atendidos en dicho instituto.

2.3.5.4 Cierre.

Esta CA otorgó un mayor entendimiento del proceso renal, resaltando aportaciones de Méndez et al. (2009), Ávila et al. (2013), Rodríguez (2014) señalándose que en México la ERC se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte presentando una alta tendencia al incremento.

3. METODOLOGÍA.

3.1 Diseño del estudio.

Se realizó un estudio de enfoque cualitativo, descriptivo, de corte transversal mediante la aplicación de una Entrevista Semiestructurada (ESE); actividad llevada a cabo en un hospital de segundo nivel de atención, dependiente del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) el cual se encuentra ubicado en la Región I de la mencionada entidad federativa. Para el efecto se aplicó un muestreo intencional, donde el tamaño de la muestra, fue determinado a través de la saturación del discurso (Serbia, 2019; Martínez-Salgado, 2012), discursos de los cuales resultaron 27 pacientes adultos, de ambos sexos, diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica afiliados al Seguro Popular y que además se encontraban recibiendo Terapia de Reemplazo Renal mediante Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis.

Cabe mencionar que la participación de los pacientes en comento, fue voluntaria y previo otorgamiento de su Consentimiento Informado (CI), realizar la presente investigación en dicho nosocomio, responde a su disponibilidad tanto en personal como en infraestructura especializada para el manejo de esta nefropatía y así también a la accesibilidad, que su ubicación geográfica proporciona en los contextos tiempo - distancia y gasto - bolsillo.

3.2 Sistema de categorías.

La categorización de esta investigación, se basó fundamentalmente en el estudio de tres categorías de análisis: determinantes sociales de la salud, enfermedad renal crónica y atención (familiar, clínica y social).

3.3 Universo de trabajo y muestra.

Se conformó por un grupo de 27 pacientes adultos diagnosticados con ERC, quienes se encontraban recibiendo TRR y que asimismo cubrían los criterios de inclusión establecidos, aceptando participar de manera voluntaria.

3.4 Límites de tiempo y espacio.

3.4.1 Límite de tiempo.

Para la adecuada realización de esta investigación, se llevó a cabo un plan de trabajo, cuyas actividades tuvieron una duración de 2 años, las cuales iniciaron en el mes de Febrero del año 2018 y culminaron en el mes de Febrero del 2020.

3.4.2 Límite de espacio.

La presente investigación se realizó en un Hospital de 2º nivel de atención, dependiente del Instituto de Salud del Estado de México, ubicado en la Región I de esa entidad (Zona Oriente), en el concepto que dicho nosocomio cuenta con la infraestructura adecuada y el personal especializado para proporcionar el servicio de TSFR mediante diálisis peritoneal y hemodiálisis.

3.5 Criterios de selección.

3.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos, de ambos sexos, diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica.
- Que se encontraban recibiendo TRR mediante DP o HD atendidos en algún nosocomio de 2º nivel de atención de la Región I del Estado de México (Zona Oriente).
- Pacientes que de manera voluntaria, hayan aceptado participar en el estudio y que además firmaron el consentimiento informado.

3.5.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes renales de ambos sexos que no sean mayores de edad.
- Pacientes que no pertenezcan a la Zona Oriente del Estado de México.
- Pacientes que aun habiendo aceptado participar en la investigación, no firmaran el CI.

3.5.3 Criterios de eliminación.

- Pacientes con ERC que se encuentren colaborando en la presente investigación y que en algún momento, decidan abandonar el estudio, antes de la conclusión del mismo.
- Del mismo modo aquellos pacientes que durante el transcurso de la investigación llegasen lamentablemente a fallecer.

3.6 Método, técnicas y procedimientos

3.6.1 Primer etapa: revisión documental.

Esta etapa implicó un análisis de la literatura relacionada con la temática en estudio a fin de identificar a la población objetivo, realizándose un acercamiento micro - etnográfico al área de nefrología del hospital donde se realizó la investigación, esto permitió determinar las CA: determinantes sociales de la salud, enfermedad renal crónica y atención (familiar, clínica y social) para realizar dicha investigación, se solicitó la autorización de las autoridades del hospital.

3.6.2 Segunda etapa: diseño y validación del instrumento de investigación.

En esta fase se esbozó un borrador del instrumento de investigación, el cual consistió en una ESE validada a través del criterio de juicio de expertos mediante una revisión en 3 rondas contándose con la participación de expertos en Sociología de Salud, Ciencias de Salud Colectiva, Antropología Médica, Medicina Social y Antropología Sociocultural.

Cabe mencionar que después de la segunda revisión, se aplicó una muestra piloto del instrumento a dos pacientes con cuyas observaciones se efectuaron los reajustes correspondientes, que llevaron al instrumento de investigación final.

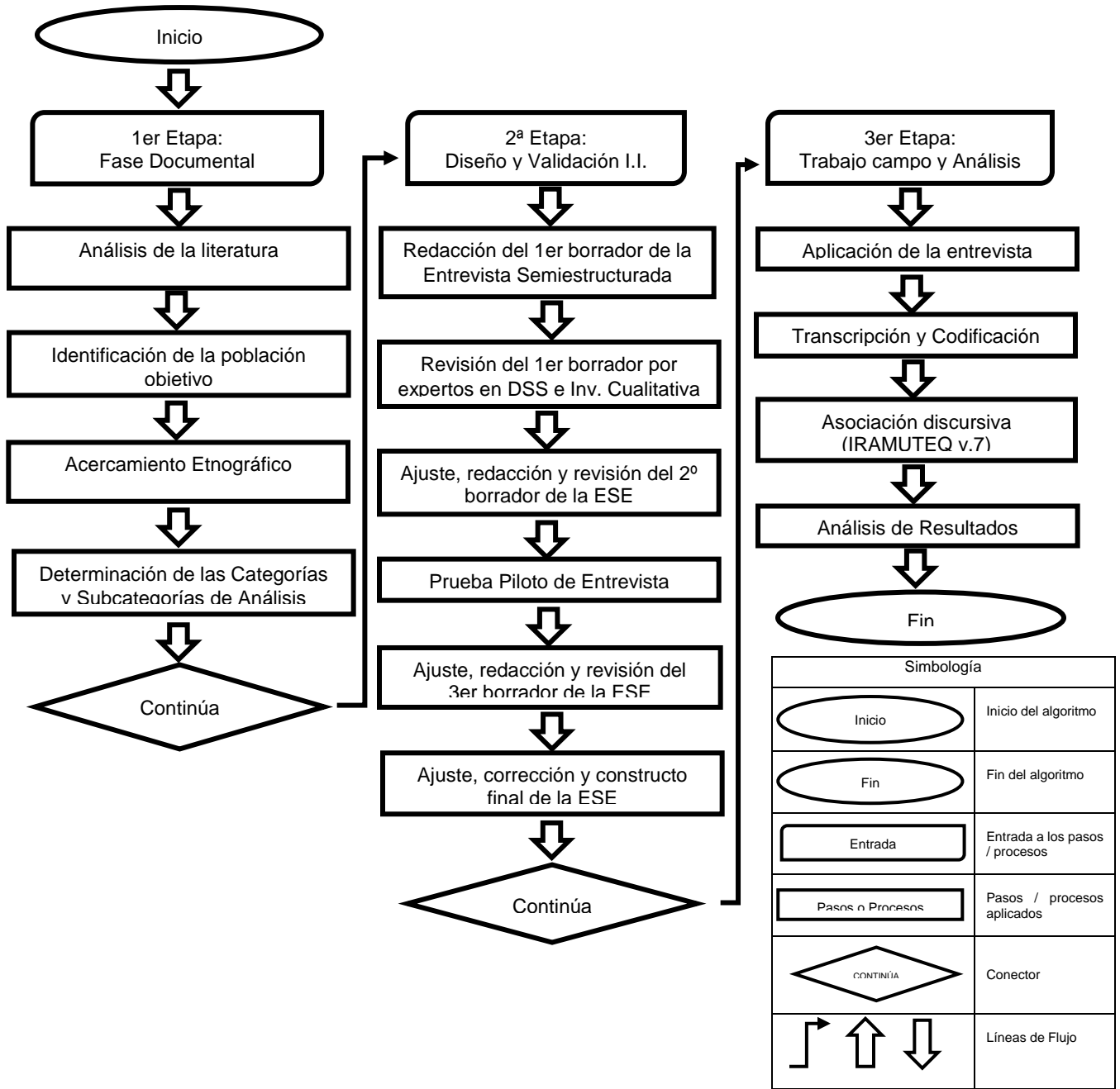
3.6.3 Tercer etapa: trabajo de campo y análisis.

En esta etapa, durante el primer acercamiento con los participantes, se les explicó detalladamente en qué consistía la investigación y su finalidad, invitándoles a participar en esta investigación asimismo se les dio a conocer el contenido del CI el cual firmaron de manera previa a la aplicación del instrumento de investigación en la que participaron 27 pacientes con ERC.

En este sentido, los discursos se grabaron en formato de audio, para lo cual se les indicó a los participantes que la finalidad de grabarlos era únicamente la de contar con material de consulta que permita realizar una adecuada clasificación e interpretación de los datos; especificándoseles para tal efecto que su identidad está plenamente resguardada y de citar alguno de sus comentarios se hará empleando un seudónimo (ver Anexo 1 Consentimiento Informado); así también se transcribieron los datos obtenidos y posteriormente fueron codificados mediante el software Iramuteq v 0.7 alpha 2.

Cabe mencionar que con la finalidad de preservar la dignidad e integridad de los participantes, así como para garantizar la confidencialidad de su identidad e información aportada, se observaron los preceptos éticos establecidos a nivel internacional por la Declaración de Helsinki sobre la investigación en seres humanos, así como los preceptos estipulados en México por la Ley General de Salud y su reglamento en Materia de Investigación para la Salud (ver Figura 3 Algoritmo de método, técnicas y procedimientos).

Figura 3. Algoritmo de método, técnicas y procedimientos.



Fuente propia.

3.7 Instrumento de investigación

La ESE aplicada en esta investigación, está constituida por 3 categorías de análisis, 7 subcategorías analíticas y 79 ítems, es así que la mencionada entrevista permitirá conocer la realidad social de los participantes con relación al objetivo general del estudio el cual establece el analizar a los determinantes sociales de la salud presentes en el entorno de la atención familiar, clínica y social del paciente con Enfermedad Renal Crónica en la zona Oriente del Estado de México.

Para lo cual y con el fin de obtener datos de inmejorable valor, la ESE empleada en esta investigación, fue sometida a la validación por el juicio de un comité de expertos, en este sentido resulta imperativo mencionar que, la información recabada mediante este instrumento, tendrá el irrestricto carácter de confidencial a fin de resguardar la identidad del paciente y garantizar la libre expresión de sus opiniones. (Ver Anexo 2 Entrevista semiestructurada).

4. RESULTADOS.

Esta investigación analizó a los determinantes sociales de la salud presentes en los diferentes entornos de la atención del paciente con ERC como son el familiar, clínico y social, en la zona Oriente del Estado de México; con la finalidad tanto de describir a esta patología como categorizar e interpretar a los DSS a partir de su grado de participación y presencia.

4.1 Productos de la investigación.

Como resultado de los estudios de la Maestría en Sociología de la Salud, se generaron cuatro trabajos que fueron presentados como ponencias en diversos Congresos Internacionales y Nacionales, en modalidad oral y cartel; además se envió un artículo para su posible publicación en una revista indexada, siendo estos los siguientes:

4.1.1 Primer Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

1er. Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud realizado del 22 al 24 de Noviembre del 2018 en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) con el trabajo titulado “Determinación Social de la Salud en el paciente con Enfermedad Renal Crónica”.

4.1.2 Décimo Octavo Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública.

18° Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública llevado a cabo del 27 al 29 de Marzo del 2019 en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la Ciudad de Cuernavaca, Mor. Con el trabajo titulado “Determinantes Sociales de la Salud en la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica: Estado del Arte”.

4.1.3 Primer Simposium Salud Intercultural.

1er. Simposium Salud Intercultural “Prácticas curativas para una salud intercultural” realizado del 27 al 28 de Junio 2019, organizado por la Asociación Latinoamericana de Sociología y Salud en Nepantla, Edo. Méx. Con el trabajo “Determinantes Sociales de la Salud en el paciente con Enfermedad Renal Crónica”.

4.1.4 Quinto Coloquio Nacional de Investigación en Representaciones Sociales.

V Coloquio Nacional de Investigación en Representaciones Sociales: Los desafíos teóricos y metodológicos en la investigación en educación y otros campos de las ciencias sociales del 27 al 29 de Noviembre del 2019 en la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con el trabajo “Representaciones Sociales en la Atención del Paciente con ERC”.

4.1.5 Artículo “Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La experiencia en México”.

Este artículo fue enviado el 7 de febrero del 2020 a su dictaminación, en la Revista Archivos de Investigación Materno Infantil, indexada en Latindex, Medigraphic y Google Académico.

4.1.6 Libro “Determinantes Sociales de la Salud de la Enfermedad Renal Crónica”.

Libro de la colección Investigación Cualitativa en Salud de la editorial académica española. (Ver Anexo 3 Constancias de participación en congresos, envío de artículo y publicación de libro).

4.2 Resultados descriptivos.

4.2.1 Género y grupo etario.

De los 27 participantes del estudio, 17 eran hombres y 10 fueron mujeres cuyas edades fluctuaron entre los 20 a los 69 años siendo el promedio de edad para el género masculino 49.5 años, mientras que para el género femenino el promedio de edad fue de 44.5 años. Donde el grupo etario con mayor prevalencia de ERC en los hombres fue de 50 a 59 años de edad con 8 participantes y en las mujeres fue el rango de 60 a 69 años de edad con 4 participantes. En este sentido Orante et al. (2014) indica que “La prevalencia de la ERC fue de (23.9%) en hombres y (13.9%) en mujeres (...) ERC fue asociada significativamente con el sexo masculino y el adulto mayor”.

Tabla 5. Género y grupo etario de los participantes.

| Años | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | Total | % |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------|
| Masculino | - | 3 | 4 | 8 | 2 | 17 | 62.96 |
| Femenino | 3 | 1 | - | 2 | 4 | 10 | 37.03 |

Fuente propia.

4.2.2 Estado civil.

En este aspecto el grupo de participantes con mayor presencia fue el de las personas casadas con 51.85% de la muestra, seguido por el grupo de solteros con 25.92% mientras que el 22.20% restante lo integraron los participantes viudos, separados, en unión libre y madre soltera en este sentido, resultados similares a un estudio previo, cuyos resultados señalaron que 64.3% eran personas casadas, 19.7% solteros y un 16% constituido por personas viudas, en unión libre o divorciados (Cuevas, Saucedo, Romero, García y Hernández., 2017). Datos de gran semejanza con los obtenidos, en este sentido cabe mencionar que resultaría de gran utilidad, conocer en futuras investigaciones sí el estilo de vida o las condiciones sociodemográficas propias del matrimonio, llegan a constituirse como un determinante social de la salud para el desarrollo de la ERC, debido a que diversos estudios refieren que un alto porcentaje de los pacientes con ERC se encuentran casados.

Tabla 6. Estado civil de los participantes.

| Estado civil | Masculino | Femenino | Total | % |
|---------------------|------------------|-----------------|--------------|----------|
| Casado | 10 | 4 | 14 | 51.85 |
| Soltero | 3 | 4 | 7 | 25.92 |
| Separado | 2 | - | 2 | 7.40 |
| Viudo | 1 | 1 | 2 | 7.40 |
| Unión Libre | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Madre Soltera | - | 1 | 1 | 3.70 |

Fuente propia.

4.2.3 Escolaridad.

En el estudio se encontró que el 40.74% de los participantes, contaban como grado máximo de estudio a la educación primaria, seguida del 18.51% de los estudios de nivel secundaria mientras que la educación media superior ocupó el 3er lugar con 11.11% quedando la educación superior relegada al último lugar con el 3.70%. Asimismo el 25.94% restante presentó educación trunca en los diferentes niveles.

Sobre este punto, la (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino [ENSANUT], 2016) estableció que “El nivel máximo de estudios que predomina en la población es la educación primaria con 32.6% seguida de la de secundaria 28.1%” de esta investigación; mientras que para el Estado de México la ENC. INT. (2015) indicó que la población de esta entidad en promedio han cursado 9.5 años de estudio, lo cual permite ubicar al grado máximo de estudios cursados, entre el sexto año de primaria y el primer año de secundaria; la información respecto a la escolaridad aportada por ambas fuentes, refieren una gran similitud con los observados en la población en estudio de esta investigación.

Tabla 7. Escolaridad de los participantes.

| Escolaridad | Masculino | Femenino | Total | % |
|--------------------|------------------|-----------------|--------------|----------|
| Primaria | 8 | 3 | 11 | 40.74 |
| Secundaria | 4 | 1 | 5 | 18.51 |
| Primaria Inc. | - | 3 | 3 | 11.11 |
| Preparatoria | 1 | 2 | 3 | 11.11 |
| Prepa. Inc. | 2 | - | 2 | 7.4 |
| Sec. Inc. | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Licenciatura | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Lic. Trunca | - | 1 | 1 | 3.70 |

Fuente propia.

4.2.4 Ocupación y situación laboral.

Relacionado con los aspectos en comento, es imperativo mencionar que antes de padecer ERC estos pacientes fueron individuos insertos en las actividades socioeconómicas de su comunidad y del país, mediante el desempeño de diversas ocupaciones las cuales además de proporcionarles cierta estabilidad económica, les generaba una placentera sensación de ser productivos, con el cual contribuían al sustento propio y de sus familias; hoy en día esto no es posible debido a que han perdido sus empleos o ya no pueden realizarlos.

Es así que, dentro de los rubros de ocupación y situación laboral, se observó que las principales actividades desempeñadas por los participantes fueron las de empleado o ayudante con el 40.74% seguidos por las personas dedicadas al hogar con 33.33% y los trabajadores del campo con 25.92% resaltando el hecho que el 85.18% de los participantes se encuentran desempleados y únicamente 14.81% manifestó contar aún con su empleo.

En este sentido, la ENSANUT (2016) señaló que a nivel nacional “la población con actividad laboral manifestó ser Empleado / Obrero 23.2% Jornaleros 10.3% y Ayudante 6.7% y respecto a la situación laboral indica que de la población en estudio 14 hombres y 9 mujeres es decir el 85.18% de la muestra indicaron encontrarse desempleados y solamente 3 hombres y 1 mujer el 14.81% refirieron contar aún con su empleo.

Tabla 8. Ocupación y situación laboral de los participantes.

| Ocupación | Masculino | Femenino | Total | % |
|--------------------------|------------------|-----------------|--------------|----------|
| Empleado / Ayudante | 10 | 1 | 11 | 40.74 |
| Campo | 7 | - | 7 | 25.92 |
| Hogar | - | 9 | 9 | 33.33 |
| Situación Laboral | Masculino | Femenino | Total | % |
| Desempleado | 14 | 9 | 23 | 85.18 |
| Empleado | 3 | 1 | 4 | 14.81 |

Fuente propia.

Al respecto en esta investigación se pudo establecer que para los participantes, contar con la atención y el apoyo de las personas con quienes convive e interactúa en sus diferentes entornos sociales como es su trabajo, representa poder realizar sus actividades con mayor certidumbre, ante cualquier eventualidad propia de su patología, este tipo de apoyo y/o atención, puede generar espacios de trabajo confortables, seguros y libres de todo estigma social por su estado de salud.

4.2.5 Etiología de la enfermedad renal crónica.

En relación a las causas que conllevan a padecer ERC, esta investigación detectó en primer lugar a la DM con 37.03% en el segundo lugar a la HAS con 14.81% en el tercer lugar se presentó una coincidencia porcentual entre la hipoplasia renal y la jornada laboral ambas con 11.11% seguidas de otras condiciones como el riñón poliquístico, la GPC IMSS 335 – 2009 establece los “Factores de riesgo para el inicio de la ERC: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica”.

Tabla 9. Causas de la Enfermedad Renal Crónica.

| Causa | Masculino | Femenino | Total | % |
|---------------------|-----------|----------|-------|-------|
| Diabetes Mellitus 2 | 6 | 4 | 10 | 37.03 |
| Hipertensión Art. | 2 | 2 | 4 | 14.81 |
| Jornada Laboral | 3 | - | 3 | 11.11 |
| Hipoplasia Renal | 2 | 1 | 3 | 11.11 |
| Preeclampsia | - | 2 | 2 | 7.40 |
| Riñón Poliquístico | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Artritis Gotosa | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Genético | 1 | - | 1 | 3.70 |
| Bacteria | 1 | - | 1 | 3.70 |
| No tomar agua | - | 1 | 1 | 3.70 |

Fuente propia.

4.2.6 Terapia de Reemplazo Renal.

Con relación a la TRR recibida, esta investigación encontró en DP a 15 pacientes (8 hombres y 7 mujeres) es decir el 55.55% y en HD 12 pacientes (9 hombres y 3 mujeres) el 44.44%.

Tabla 10. Terapia de Reemplazo Renal recibida.

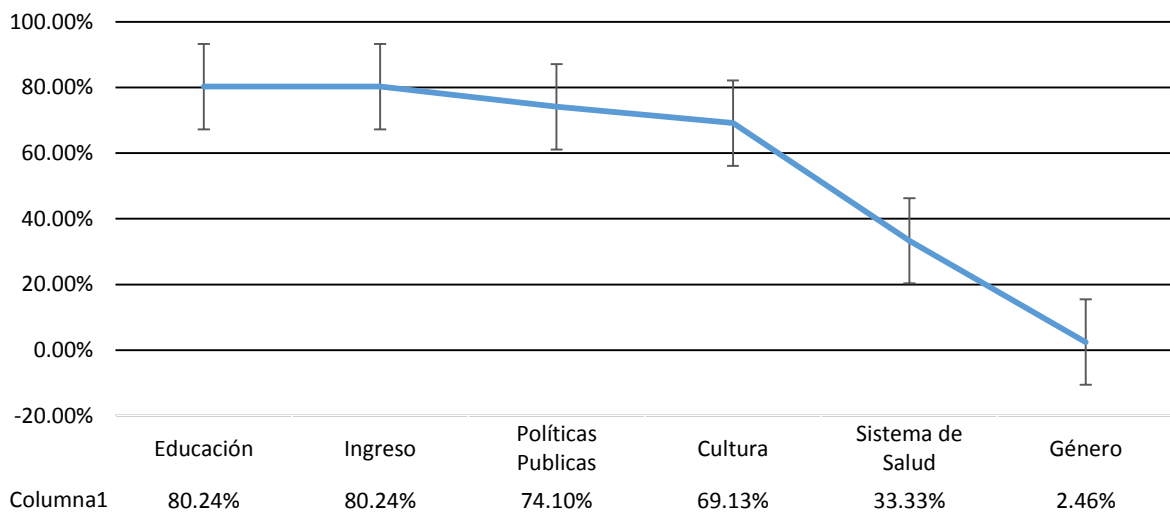
| TRR | Masculino | Femenino | Total | % |
|---------------------|-----------|----------|-------|-------|
| Diálisis Peritoneal | 8 | 7 | 15 | 55.55 |
| Hemodiálisis | 9 | 3 | 12 | 44.44 |

Fuente propia.

4.2.7 Categorización de los DSS presentes en la atención del paciente con ERC.

La saturación discursiva permitió establecer el grado de importancia de los DSS analizados en los diferentes entornos de atención de los participantes, donde Educación e Ingreso fueron los DSS de mayor presencia seguidos de las políticas públicas, cultura, sistema de salud y género (ver Figura 4 Categorización de los DSS) esto permite inferir que la capacidad de adquirir y aplicar los conocimientos, así como disponer de recursos económicos suficientes para el manejo de la enfermedad, son condiciones decisivas para la adecuada atención del paciente con ERC.

Figura 4. Categorización de los determinantes sociales de la salud.



Fuente propia.

4.3 Resultados cualitativos: la objetiva subjetividad.

Para cumplir con los objetivos establecidos para esta investigación, se analizó cualitativamente la discursiva emanada de propia voz de los actores sociales; desde las categorías y subcategorías analíticas: ERC (identidad), atención (familiar, clínica y social) y DSS (educación, ingreso, políticas públicas, cultura, sistema de salud y género).

Tabla 11. Discursiva general por categoría de análisis.

| Identidad | |
|---|---|
| <p>E1, E3, E4, E7, E8, E11, E12, E16, E18, E23, E24, E25 “... es dolorosa... lo peor... enfermedad crónica difícil... es deprimente... me sentí devastado...” E2, E9, E13, E17, E18, E20, E21, E22, E27 “... cambió todo la forma de vivir, vestir, caminar, comer... mis actividades quedaron en tiempo pasado...” E4, E5, E6, E14, E17, E18, E22, E26 “... a consecuencia de la diabetes... por el problema de la azúcar... por la presión alta...” “... por trabajar en el campo, el sol y no tomar agua...” E3, E7, E9, E12, E15, E19, E23, E27 “... es una oportunidad de seguir con vida... significa la vida... volver a vivir...”</p> | |
| Educación | Ingreso |
| <p>E3, E6, E8, E14, E18, E20, 24, E27 “... teniendo estudio todo es más fácil... leer y escribir, me permite entender lo que implica el medicamento... si no hubiera ido a la escuela se me haría difícil entender el curso que nos dieron...” E1, E7, E9, E10, E15 “...me dijeron que era la enfermedad renal crónica y los cuidados estrictos...” E6, E9, E14, E19, E23 “... en mi pueblo no hay gente capacitada, no hay atención para un enfermo así...”</p> | <p>E3, E6, E8, E13, E14, E16, E18, E22, E25 “... en las comunidades no hay recursos para un buen servicio... si no tenemos dinero no podemos venir al hospital a la hemodiálisis o conseguir el medicamento... en eso de la diálisis falta recurso para atendernos mejor...” E4, E6, E11, E14, E17, E21, E26 “... en el trabajo tengo que hacer cosas ligeras eso disminuyo mi pago... sin ingreso no hay nada, se muere uno... la enfermedad es costosa...”</p> |
| Políticas públicas | Cultura |
| <p>E1, E2, E5, E9, E13, E21, E22, E24 “... no estamos enterados de algún programa... no sé si hay programas, pero si hubiera oportunidad de saber a dónde nos apoyarían, iríamos... en el pueblo donde vivo no hay grupos que nos apoyen...” E4, E7, E11, E18, E22, E23, E24 “... en la clínica del municipio no hay... aquí no sé si haya ese programa... desconozco esa información... eso no me han explicado bien...”</p> | <p>E1, E4, E6, E10, E11, E12, E15, E20, E23, E27 “... las creencias, no tienen nada que ver... con doctores y enfermeras de creencias no platicamos... nos dan el tratamiento y preguntan ¿cómo se siente? pero creencias no...” E3, E6, E7, E12, E19, E23, E24, E27 “... nos ven como algo extraño que no puede hacer nada... no nos dan trabajo... discriminan a la gente dializada... hay gente que nos ve como si tuviéramos una enfermedad contagiosa... nos empiezan a aislar...”</p> |

| Sistema de salud | Género |
|--|---|
| E4, E5, E7, E8, E11, E16, E21, E23, E24, E26 “... al seguro popular pero no cubre nada, todo lo tenemos que pagar...” “... nos ha ayudado algo pero en la enfermedad renal no cubre nada, ni los análisis que mandan a hacer cada mes...” E2, E3, E6, E9, E14, E18, E22, E27 “... desde que llegue aquí me han atendido muy bien... en este hospital nos atienden con cariño las enfermeras el doctor... un servicio muy bueno...” | E4, E6, E11, E15, E18, E22, E25, E26 “... no hacen diferencia por ser hombre o mujer... nos atienden parejo... el tratamiento, los cuidados... todo el procedimiento lo hacen igual... no hay preferencias todos iguales...” E3, E5, E8, E10, E13, E15, E17, E20, E22 “... esposa... mamá... hijas... nieta... tía... nuera...” |

Fuente propia.

4.3.1 Categoría de análisis enfermedad renal crónica (identidad).

Al respecto cabe mencionar lo establecido por Flores, Casas, Maya, Sánchez y Rodríguez (2019) quienes señalan que la identidad es “entendida como la construcción que define la relación desde el colectivo en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas” en esta categoría analítica los pacientes renales describieron a través de sus discursos, lo que para ellos significa padecer esta enfermedad.

Tabla 12. Discursos CA enfermedad renal crónica (identidad).

| |
|--|
| E1, E3, E4, E7, E8, E11, E12, E16, E18, E23, E24, E25 “... es dolorosa... lo peor... enfermedad crónica difícil... es deprimente... me sentí devastado...” E2, E9, E13, E17, E18, E20, E21, E22, E27 “... cambió todo la forma de vivir, vestir, caminar, comer... mis actividades quedaron en tiempo pasado...” E4, E5, E6, E14, E17, E18, E22, E26 “... a consecuencia de la diabetes... por el problema de la azúcar... por la presión alta...” “... por trabajar en el campo, el sol y no tomar agua...” E3, E7, E9, E12, E15, E19, E23, E27 “... es una oportunidad de seguir con vida... significa la vida... volver a vivir...” |
|--|

En este sentido los participantes relacionaron el hecho de padecer ERC, con un significado asociado con algo malo, que les hace pensar cosas que no se deben, señalando incluso que es la muerte, aquí la discursiva refiere “... *es dolorosa... lo peor... enfermedad crónica difícil... es deprimente... me sentí devastado...*” E1, E3, E4, E7, E8, E11, E12, E16, E18, E23, E24, E25 por otro lado entorno a la manera en la cual cambió su vida a partir de esta enfermedad, los pacientes establecen que desde su diagnóstico han experimentado una serie de drásticos cambios en sus actividades rutinarias, manifestando que han perdido su empleo, siendo enfáticos al señalar las implicaciones que representa el no percibir un ingreso económico, que les permita sobre llevar los gastos generados por su tratamiento, cuya voces señalaron “... *cambió todo la forma de vivir, vestir, caminar, comer... mis actividades quedaron en tiempo pasado...*” E2, E9, E13, E17, E18, E20, E21, E22, E27

En relación a la causa directa que les llevo a desarrollar esta patología, los pacientes entrevistados asociaron sus discursos con diversas condiciones, destacando las enfermedades crónicas no transmisibles y situaciones relacionadas con la jornada laboral principalmente aquellas actividades propias del campo, aquí los discursos indican “... *a consecuencia de la diabetes... por el problema de la azúcar... por la presión alta...*” “... *por trabajar en el campo, el sol y no tomar agua...*” E4, E5, E6, E14, E17, E18, E22, E26

Respecto a la percepción que tienen sobre la Terapia de Reemplazo Renal, externando que a pesar de lo comprometido de su estado de salud y de todas aquellas complicaciones multifactoriales propias de esta enfermedad como son las de carácter físico, psicológico y social para ellos representa un tratamiento que les proporciona esperanza de vida, apareciendo discursos como “... *es una oportunidad de seguir con vida... significa la vida... volver a vivir...*” E3, E7, E9, E12, E15, E19, E23, E27

4.3.2 Categorías de análisis atención y determinantes sociales de la salud.

Con relación a estas categorías, es necesario señalar que fue necesario realizar un análisis conjunto de las mencionadas categorías analíticas, lo anterior permitió establecer los alcances estructurales y funcionales de los DSS en la atención que recibe el paciente con ERC, en los diferentes entornos de este colectivo social; con lo cual fue posible realizar una adecuada categorización e interpretación de las referidas categorías y subcategorías analíticas.

4.3.2.1 Educación.

Para presentar los resultados de esta CA es imperativo señalar que la Educación debe ser entendida a partir de lo establecido por la SEP (2017) la cual le define como “un derecho fundamental y habilitador además de un bien público que garantiza condiciones de igualdad, entendimiento, tolerancia y paz (...) está centralidad en la continuidad y transformación sociales hacen de la educación la base del desarrollo económico y social” por lo tanto esta categoría analítica, abordó entre otros aspectos relacionados con la escolaridad, la capacitación e información disponible de este padecimiento; en donde las voces de los pacientes entrevistados se pronunciaron de la siguiente manera:

Tabla 13. Discursos CA determinantes sociales de la salud (educación).

E3, E6, E8, E14, E18, E20, 24, E27 “... *teniendo estudio todo es más fácil... leer y escribir, me permite entender lo que implica el medicamento... si no hubiera ido a la escuela se me haría difícil entender el curso que nos dieron...*” E1, E7, E9, E10, E15 “...*me dijeron que era la enfermedad renal crónica y los cuidados estrictos...*” E6, E9, E14, E19, E23 “... *en mi pueblo no hay gente capacitada, no hay atención para un enfermo así...*”

Con respecto a la importancia que reviste el grado escolar en la atención del paciente renal la discursiva indica “... *teniendo estudio todo es más fácil... leer y escribir, me permite entender lo que implica el medicamento... si no hubiera ido a la escuela se me haría difícil entender el curso que nos dieron...*” E3, E6, E8, E14, E18, E20, E24, E27 asimismo sobre el valor asignado a la información proporcionada por el personal de salud en relación con su enfermedad y cuidados los discursos establecen “... *me dijeron que era la enfermedad renal crónica y los cuidados estrictos...*” E1, E7, E9, E10, E15 En este sentido, sobre la capacitación con que se cuenta en su colonia o pueblo para atenderles se pronunciaron de la siguiente manera “... *en mi pueblo no hay gente capacitada, no hay atención para un enfermo así...*” E6, E9, E14, E19, E23

4.3.2.2 Ingreso.

El ingreso entendido como “todos aquellos recursos que obtienen los individuos, las sociedades o los gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano, o por cualquier otro motivo que incremente el patrimonio” (Fonseca, Valenzuela, Perrand y Cosme, 2017).

En el presente estudio el ingreso en su carácter de DSS, ha sido analizado no solo desde el punto de vista económico sino también a partir de sus injerencias en la salud y lo social, es así que el ingreso se constituye en un factor fundamental para cuantificar la pobreza. Esta categoría abarcó tópicos relacionados con la importancia del ingreso en la atención recibida y la repercusión de las condiciones económicas del país en su salud; aquí los discursos emitidos, establecieron:

Tabla 14. Discursos CA determinantes sociales de la salud (ingreso).

| |
|--|
| <p>E3, E6, E8, E13, E14, E16, E18, E22, E25 “...si no tenemos dinero no podemos venir al hospital a la hemodiálisis o conseguir el medicamento... en eso de la diálisis falta recurso para atendernos mejor... en las comunidades no hay recursos para un buen servicio...” E4, E6, E11, E14, E17, E21, E26</p> <p>“... en el trabajo tengo que hacer cosas ligeras eso disminuyo mi pago... sin ingreso no hay nada, se muere uno... la enfermedad es costosa...”</p> |
|--|

Con relación a la importancia del ingreso respecto a la atención que se recibe en el hogar la discursiva refiere “...si no tenemos dinero no podemos venir al hospital a la hemodiálisis o conseguir el medicamento... en eso de la diálisis falta recurso para atendernos mejor... en las comunidades no hay recursos para un buen servicio...” E3, E6, E8, E13, E14, E16, E18, E22, E25 sobre la repercusión de las condiciones económicas del país en la salud de estos pacientes, ellos manifestaron “... en el trabajo tengo que hacer cosas ligeras eso disminuyo mi pago... sin ingreso no hay nada, se muere uno... la enfermedad es costosa...” E4, E6, E11, E14, E17, E21, E26

4.3.2.3 Políticas públicas.

Las políticas públicas son la actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos; son la representación o acción del estado mediante la cual se rige la sociedad e implica distintos procesos y niveles de expresión, para regular, sistematizar, reglamentar, organizar, ordenar, etc.; encaminadas a la búsqueda del bien común en relación con los colectivos en una misma zona territorial a través de programas sociales (Méndez, 2000; Rodríguez, 2015). En este sentido la investigación abordó la temática relacionada con la disponibilidad de programas sociales de apoyo y así también la disponibilidad del programa de trasplante renal al respecto las voces de los pacientes señalaron:

Tabla 15. Discursos CA determinantes sociales de la salud (políticas públicas).

E1, E2, E5, E9, E13, E21, E22, E24 “... no estamos enterados de algún programa... no sé si hay programas, pero si hubiera oportunidad de saber a dónde nos apoyarían, iríamos... en el pueblo donde vivo no hay grupos que nos apoyen...” E4, E7, E11, E18, E22, E23, E24 “... en la clínica del municipio no hay... aquí no sé si haya ese programa... desconozco esa información... eso no me han explicado bien...”

Respecto a la disponibilidad de programas sociales que les apoyen tanto a ellos como a sus familias para enfrentar el curso de la enfermedad, la discursiva refirió “... no estamos enterados de algún programa... no sé si hay programas, pero si hubiera oportunidad de saber a dónde nos apoyarían, iríamos... en el pueblo donde vivo no hay grupos que nos apoyen...” E1, E2, E5, E9, E13, E21, E22, E24.

De la disponibilidad del programa de trasplante renal en el hospital donde es atendido así como la calidad de la información disponible sobre el mencionado programa, los discursos indicaron “... en la clínica del municipio no hay... aquí no sé si haya ese programa... desconozco esa información... eso no me han explicado bien...” E4, E7, E11, E18, E22, E23, E24.

4.3.2.4 Cultura.

La cultura es una compleja categoría que puede ser conceptualizada desde diversas aristas, al respecto Podestá (2006) citó en su investigación a Lévi-Strauss quienes indicaron que el término cultura fue definido en 1871 por Edward Burnett Tylor como “Esa totalidad que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad”.

Por otra parte, Pamo-Reyna (2013) indica “el saber popular es muy rico en creencias que (...) se mantienen porque son aceptadas sin mayor discusión” esta investigación abordó la influencia de las creencias o costumbres en el tratamiento y la percepción que la gente tiene del paciente renal.

Tabla 16. Discursos CA Determinantes sociales de la salud (cultura).

E1, E4, E6, E10, E11, E12, E15, E20, E23, E27 “... las creencias, no tienen nada que ver... con doctores y enfermeras de creencias no platicamos... nos dan el tratamiento y preguntan ¿cómo se siente? pero creencias no...” E3, E6, E7, E12, E19, E23, E24, E27 “... nos ven como algo extraño que no puede hacer nada... no nos dan trabajo... discriminan a la gente dializada... hay gente que nos ve como si tuviéramos una enfermedad contagiosa... nos empiezan a aislar...”

Sobre la influencia que generan las creencias o costumbres de familiares y personal de salud que la atiende, este colectivo indicó “... las creencias, no tienen nada que ver... con doctores y enfermeras de creencias no platicamos, nos dan el tratamiento y preguntan ¿cómo se siente? pero creencias no...” E1, E4, E6, E10, E11, E12, E15, E20, 23, E27. Sobre la percepción que la gente de su colonia o pueblo tiene respecto al paciente renal señalaron “... nos ven como algo extraño que no puede hacer nada... no nos dan trabajo... discriminan a la gente dializada... hay gente que nos ve como si tuviéramos una enfermedad contagiosa... nos empiezan a aislar...” E3, E6, E7, E12, E19, E23, E24, E27

4.3.2.5 Sistema de Salud.

El sistema de salud representa “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS, 2005) esta investigación, atendió aspectos relacionados con la afiliación de los pacientes renales a algún servicio de atención médica, y el manejo y atención de su patología, donde los discursos emitidos por los participantes indicaron:

Tabla 17. Discursos CA determinantes sociales de la salud (sistema de salud).

E4, E5, E7, E8, E11, E16, E21, E23, E24, E26 “... al seguro popular pero no cubre nada, todo lo tenemos que pagar...” “... nos ha ayudado algo pero en la enfermedad renal no cubre nada, ni los análisis que mandan a hacer cada mes...” E2, E3, E6, E9, E14, E18, E22, E27 “... desde que llegue aquí me han atendido muy bien... en este hospital nos atienden con cariño las enfermeras el doctor... un servicio muy bueno...”

Respecto a la afiliación del paciente renal a algún servicio de atención médica, las voces refieren: “... al seguro popular pero no cubre nada, todo lo tenemos que pagar...” “... nos ha ayudado algo pero en la enfermedad renal no cubre nada, ni los análisis que mandan a hacer cada mes...”

E4, E5, E7, E8, E11, E16, E21, E23, E24, E26

En relación al manejo y atención de su patología, en los servicios de salud a los que acude, la discursiva indica “... desde que llegue aquí me han atendido muy bien... en este hospital nos atienden con cariño las enfermeras el doctor... un servicio muy bueno...”^{E2, E3, E6, E9, E14, E18, E22, E27}.

4.3.2.6 Género.

El género es entendido como las “Diferencias psicológicas, sociales y culturales que existen entre el hombre y la mujer (...) tiene que ver con los conceptos de masculinidad y feminidad construidos socialmente; no tiene por qué ser una consecuencia directa del sexo biológico de un individuo” (Giddens, 2006) para el análisis de esta categoría se abordaron aspectos concernientes a la relación que existe entre el género y la atención que recibe en sus diversos entornos. Al respecto la investigación indagó si la atención es diferente al atender a un hombre o a una mujer y asimismo sobre que familiar le brinda más atención, de lo cual la discursiva de los participantes señaló:

Tabla 18. Discursos CA determinantes sociales de la salud (género).

| |
|--|
| E4, E6, E11, E15, E18, E22, E25, E26 “... no hacen diferencia por ser hombre o mujer... nos atienden parejo... el tratamiento, los cuidados... todo el procedimiento lo hacen igual... no hay preferencias todos iguales...” ^{E3, E5, E8, E10, E13, E15, E17, E20, E22} “... esposa... mamá... hijas... nieta... tía... nuera...” |
|--|

Con respecto al cuestionamiento para conocer si la atención difiere cuando se atiende a un hombre o a una mujer, desde la propia percepción de los pacientes la discursiva señaló “... no hacen diferencia por ser hombre o mujer... nos atienden parejo... el tratamiento, los cuidados, todo el procedimiento lo hacen igual... no hay preferencias todos iguales...”^{E4, E6, E11, E15, E18, E22, E25, E26} por otra parte y en relación al integrante de su familia de quien más atención recibe, la discursiva estableció “... esposa... mamá... hijas... nieta... tía... nuera...”^{E3, E5, E8, E10, E13, E15, E-17, E20, E22, E27}

4.3.2.7 Resultados no publicados.

Con base en los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se escribió el artículo titulado “Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La experiencia en México”.

5. DISCUSIÓN

5.1 Análisis cualitativo de resultados

En esta investigación los datos emitidos a través de los discursos emanados de propia voz de los actores sociales entrevistados, se analizaron cualitativamente generándose así una codificación desde las categorías analíticas: atención, determinantes sociales de la salud y enfermedad renal crónica; el análisis en comentario llevó al proceso de esquematización de la información, mediante el Software Iramuteq v. 7.

5.1.1 Identidad.

Dentro de los datos obtenidos en esta categoría analítica y en relación al hecho de padecer ERC donde los participantes en el estudio, asociaron este hecho con algo malo, que les hace pensar cosas que no se deben, llegando incluso a señalar que es la muerte; en este sentido Cabrales-Arreola et al. (2017) señalan: “entre 20% y 50% de los pacientes con ERC tienen algún trastorno emocional, tales como depresión y ansiedad que afectan la adherencia terapéutica y como consecuencia la calidad de vida” por lo cual se ha podido establecer que esta patología no solo afecta al estado físico sino también el psicológico y emocional de quienes la padecen, e independientemente del estadio que se curse, se manifestaran estados depresivos ante la siempre presente incertidumbre de esperar la muerte.

Respecto a la manera en la cual cambió la vida de estos pacientes a partir del diagnóstico de ERC ellos refirieron experimentar cambios drásticos en todas sus actividades, que les ha llevado incluso a perder empleo, ingresos y seguridad social, lo que repercute negativamente en su estado salud en esta investigación sólo (14.81%) de los participantes dijeron encontrarse actualmente laborando de los cuales son una mujer y tres hombres; sobre lo anterior, Watnick (2009) establece que la vida en diálisis es difícil, se carece de ingresos económicos, los pacientes no pueden comer lo que les gusta o realizar viajes de placer, de igual forma su vida sexual es deficiente y su trabajo si lo tienen es a tiempo parcial y muchas veces se ven en la necesidad de abandonarlo.

Por su parte Julián et al. (2012) señalaron que a pesar de que la ERC es una patología limitante, se han comprobado los beneficios que la actividad laboral genera en estos pacientes, advirtiendo además significativas diferencias estadísticas en el porcentaje de ocupados entre hombres (40,1%) y mujeres (22,9%). En relación a la causa directa que les llevo a desarrollar ERC, los participantes señalan condiciones multicausales entre las que sobresalen las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial sistémica, en este aspecto la GPC No. IMSS-727-14 señala “hoy en día la etiología de mayor frecuencia en México es la diabetes mellitus responsable del 50% de casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y glomerulonefritis” cabe mencionar que tanto la DM como la HAS también son patologías que presentan una elevada prevalencia en México por lo cual el riesgo de padecer ERC incrementa su potencialidad.

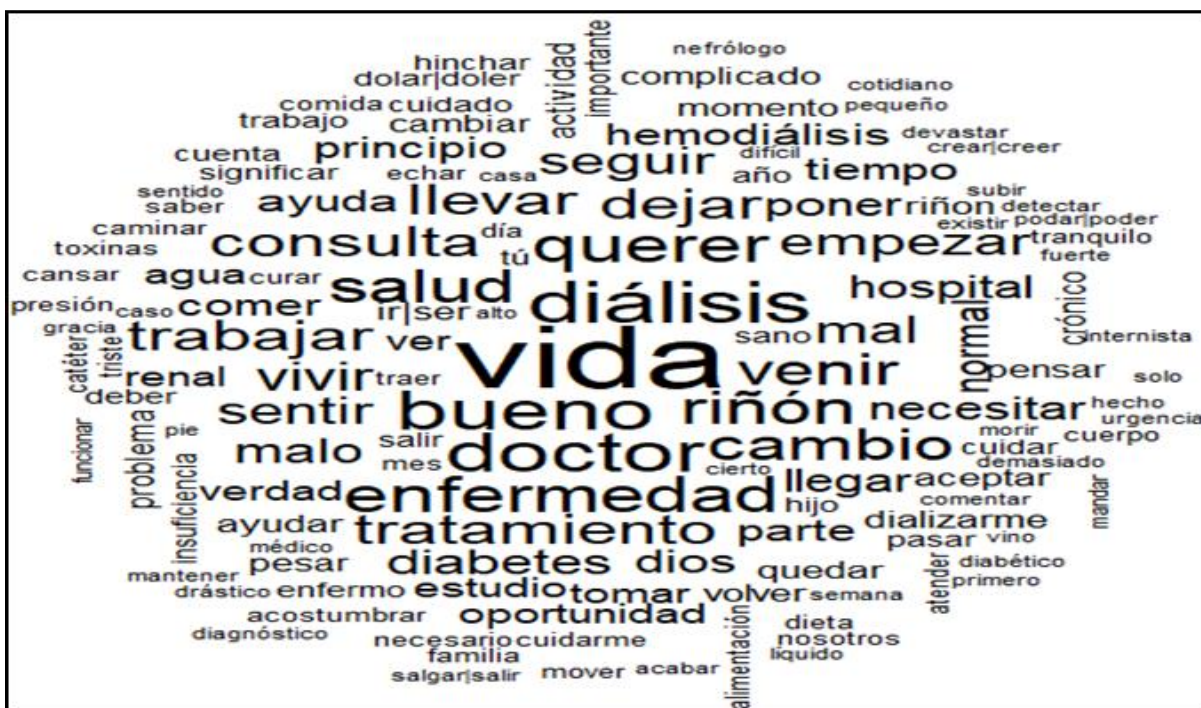
Así también los pacientes señalaron entre las causas a la jornada laboral principalmente el oficio del campo entre otras, al respecto Orante et al. (2014) indican “América Central y el Sur de México presentan un alarmante incremento en ERC en zonas agrícolas (...) predominantemente en hombres mayores de 60 años expuestos a agroquímicos en combinación con la deshidratación”.

En este aspecto y sobre la percepción que tienen de la TRR manifestaron que aun de su comprometido estado de salud y de todas aquellas complicaciones multifactoriales propias de esta enfermedad como son las de carácter físico, psicológico y social para ellos la TRR representa un tratamiento que les proporciona esperanza de vida. Sobre lo anterior, Cunha et al. (2011) refieren que la TRR ha contribuido a un aumento de la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

De lo anterior, se advierte un constructo asociado a incapacidad laboral con implicaciones en las actividades de la vida diaria que genera un estado de lejanía e inadaptabilidad con algunos círculos microsociales como son amistades, coetáneos de barrio y colegas de trabajo, en contraparte la familia muchas de las veces se constituyen en el único apoyo social y a través de ellos se nutre la esperanza de vida para estos pacientes.

Con esta asociación discursiva, se estructuró un corpus cuyo contexto manifiesta la forma en la cual los pacientes además del afrontar el dolor físico y psicológico enfrentan dificultades de diversa índole, sin embargo, en la esquematización de los discursos, sobresalen la esperanza por vivir, que se antepone incluso a la muerte misma, a la siempre presente posibilidad de morir a causa de su enfermedad. De lo anterior, se generó un esquema de interpretación asociativa en cuyo núcleo encontramos la palabra VIDA y hacia la periferia se observa una asociación directa con Diálisis, Venir, Mal, Riñón, Bueno, Doctor, Enfermedad, Cambio, Trabajar, Consulta, Salud, Querere, Empezar, Hospital, Tratamiento, Diabetes, Hemodiálisis, Dios, Llegar/Aceptar, Dializarme y Ayuda; este dinamismo entre núcleo y periferia, otorga desde la subjetividad de los individuos un vasto corpus de conocimiento. Ver figura 4 Corpus de los discursos ERC (Identidad).

Figura 5. Corpus de los discursos ERC (identidad).



Fuente propia.

De esta manera, se ha establecido que, para el colectivo social en estudio, la identidad de la ERC está sometida a elementos negativos y funestos propios de la enfermedad; sin embargo, los pacientes a pesar de estar conscientes que esta patología los puede llevar a la muerte, la TRR les permite mantener una férrea convicción por la vida.

5.1.2 Educación.

Con respecto a este determinante estructural, es necesario señalar que en México el Modelo Educativo para la Educación Obligatoria instituido por la SEP (2017) señala que la educación es un “proceso social por medio del cual se transmiten la cultura, valores, conocimientos, prácticas, creencias, tecnologías, usos o costumbres que en una sociedad se consideran valiosos” concepto que implica una acción multiplicadora de conocimientos de diverso origen e índole, aplicado por los integrantes de todo colectivo, donde la salud adquiere una vital importancia.

En la presente investigación, la educación vista desde la perspectiva social a través del acercamiento (micro etnográfico), englobó cuestiones como la importancia del grado escolar en la atención de estos pacientes en casa, el valor de la información sobre su enfermedad y cuidados proporcionada por personal de salud y la capacitación que tienen en su colonia o pueblo para atenderles.

En este sentido y en relación con los resultados obtenidos, la educación se constituye en un determinante de marcada influencia capaz de generar una respuesta social adaptativa que permite al paciente renal adquirir, aplicar e incluso transmitir los conocimientos relacionados con el manejo de su enfermedad; otorgando al paciente renal un entendimiento más oportuno de la enfermedad y su tratamiento, asimismo les permite adquirir, aplicar y multiplicar los conocimientos relacionados con su atención; situación que contribuye en la toma de decisiones inherentes al manejo de su patología, denotándose el constructo de un ideario en torno a escuela leer, escribir y conocimiento.

Lo anterior es palpable en la capacitación sobre el procedimiento para realizar la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en casa, proceso que contribuye en la mejoría física y anímica del paciente a la vez que reduce los gastos y el desgaste a nivel familiar; en este sentido Bonilla (2014) refiere que los pacientes que se integran a las capacitaciones de educación sanitaria, abordando distintos aspectos de la enfermedad, aumentan su nivel de conocimientos en relación con aquellos pacientes que no se capacitan, este incremento del saber, contribuye a disminuir el temor, la ansiedad y potencializa las expectativas del tratamiento.

De igual forma el Modelo Educativo Salud en tu Escuela elaborado por las (Secretarías de Educación Pública y Salud [SEP – SS], (2017) refiere:

“la educación desempeña un papel muy importante dentro del cuidado de la salud (...) contribuye al desarrollo de habilidades cognitivas que influyen en la forma de pensar y de tomar decisiones (...) estas intervienen en la capacidad para obtener y comprender información médica y actuar con base en ella”.

Sin embargo los resultados también denotaron una marcada falta de personal capacitado para atenderlos en su comunidad, que devela un escenario de inequidad e interculturalidad nula, con escasa retroalimentación en el proceso integral de la atención en salud que puede generar desapego y baja aceptación de los tratamientos, subyugando la posibilidad de generar sociedades saludables en este aspecto la OPS (2017) establece “los sistemas de salud eficaces requieren de disponibilidad de personal competente y suficiente para asegurar la distribución equitativa de médicos en zonas desatendidas y ofrecer servicios de salud de alta calidad”.

5.1.3 Ingreso.

En el presente estudio el ingreso fue directamente relacionado con cuestiones como su importancia en la atención recibida en casa, la cantidad de recursos económicos destinados por el gobierno para atender la salud del paciente renal y la repercusiones en el estado de salud a causa de las condiciones económicas del país; para lo cual la (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [ENIGH), 2018) “proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto (...) monto, procedencia y distribución adicionalmente ofrece información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes del hogar (...) infraestructura de la vivienda”.

En este sentido, el impacto de la política social y la medición de la pobreza son acciones realizadas por el (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2018) organismo público, descentralizado, autónomo con la capacidad técnica para medir y evaluar las citadas condiciones; es así que el ingreso se constituye en un factor basal en la cuantificación de la pobreza.

El CONEVAL (2018) señala que una población en situación de pobreza se presenta “cuando alguien enfrenta por lo menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para cubrir sus necesidades” y una población en pobreza moderada se da “cuando alguna persona que es pobre, no presenta pobreza extrema”; en el 2018 se aplicó la ENIGH la cual aportó los siguientes datos:

Tabla 19. Ingreso y gasto de los hogares en México.

| INGRESO | | |
|-----------------------------|--|---|
| Ámbito de aplicación | Rubro | Resultado (Pesos Mexicanos) |
| Nacional | El promedio del ingreso total trimestral en los hogares fue de: | 53,012 |
| Nacional | El ingreso corriente promedio trimestral fue de: | 49,610 |
| Estatal (Estado de México) | El ingreso corriente promedio trimestral fue de: | 48,013 |
| Nacional | La principal fuente de ingreso en los hogares es el trabajo: | 67.3% Del ingreso total. |
| Nacional | Ingreso corriente promedio trimestral por deciles en los hogares fue de: | Ingreso de los hogares del 1er decil: 9,113 (43 pesos diarios por perceptor). Ingreso de los hogares del 10° decil: 166,750 (778 pesos diarios por perceptor). |
| Nacional | El ingreso corriente promedio trimestral por tamaño de la localidad (Urbana – Rural) fue de: | Urbana: 55,495 Rural: 30,016 |
| Estatal (Estado de México) | El ingreso corriente promedio trimestral por tamaño de la localidad (Urbana – Rural) fue de: | Urbana: 50,079 Rural: 34,650 |
| GASTO | | |
| Nacional | En los hogares el promedio del gasto total trimestral fue de: | 47,205 |
| Nacional | Por hogar el gasto corriente monetario promedio trimestral por grandes rubros de gasto fue de: | 31,913 |
| | Donde el rubro de alimentos, bebidas y tabaco representó la mayor categoría alcanzando los: | 11,252 |
| | Por su parte el rubro de cuidados de la salud representó la menor categoría con: | 838 |
| Estatal (Estado de México) | El gasto corriente promedio trimestral fue de: | 34,507 |
| Nacional | El gasto corriente promedio (Urbano – Rural) fue: | Urbana: 35,509 Rural: 19,938 |
| | El gasto corriente promedio (Urbano – Rural) fue: | Urbana: 36,182 Rural: 23,686 |

Adaptada de la ENIGH (2018)

Cabe mencionar que las personas que participaron en esta investigación, se encuentran ubicados en los primeros deciles del ingreso corriente promedio trimestral; por lo tanto, el análisis del ingreso como DSS implica abordarlo no solo desde la panóptica social sino también económica. Lo anterior, debido a su estrecha relación con el gasto bolsillo tanto por los costos que esta patología representa, como por la inequidad laboral que enfrenta el paciente renal debido a que su estado de salud que reduce sus oportunidades de trabajo; llevándole incluso a perder su empleo; situación que repercute en sus ingresos como remuneración laboral y por ende complica su estabilidad ante la dificultad o imposibilidad de solventar los gastos requeridos para la adecuada atención de su patología, a esto se debe aunar la pérdida del acceso a la seguridad social, instituida a partir de las cotizaciones que generan aquellos individuos insertos en el sector laboral, a través de sus cuotas de recuperación.

Sobre el particular, datos obtenidos durante el 2015 y presentados por el CONEVAL (2018) refieren que en el espacio geográfico donde se realizó esta investigación, el porcentaje de la población en pobreza osciló entre el 40 y 80% mientras que la pobreza moderada osciló entre el 45 y 85% las mencionadas condiciones de pobreza, tienen amplia relación con el ingreso tal y como lo indican Lomelí et al. (2012) “Las condiciones de pobreza deterioran las condiciones de salud y los bajos niveles de salud repercuten en el ingreso, generando una trampa de pobreza asociada a la salud”. En este sentido los porcentajes más elevados tanto en pobreza como en pobreza moderada, fueron presentados en los municipios ubicados en la porción sur de la zona en estudio; es decir los más alejados de los principales centros urbanos del estado; comunidades que aun y cuando en salud disponen de los servicios del primer nivel de atención representados por los centros de salud, estos carecen de profesionales especializados en la atención de la nefropatía, de igual forma no disponen de todo el medicamento que requiere la atención del paciente renal; entendiéndose que lo anterior se debe a la organización y funcionamiento de los niveles de atención en salud; los cuales en el papel y en los discursos gubernamentales, establecen y sustentan el funcionamiento fragmentado de estas estructuras de salud.

Sin embargo, en la realidad social de estos pacientes, las estructuras mencionadas, no resultan del todo funcionales; más aún cuando implica para el paciente nefropata la necesidad de trasladarse constantemente en busca de la debida atención.

Desplazamientos que generan gastos en rubros básicos como la alimentación y el transporte, en que deben incluirse los generados por la persona que le acompaña y auxilia; y sobre todo los gastos relacionados con la compra de medicamentos, insumos, estudios bioquímicos, etc. erogación económica que es realizada de manera permanente. Esto representa una atención fragmentada en la que se infiere cierto abandono estatutario en donde la lejanía se traduce en marginación y olvido, generadora de inequitativas condiciones de vida, tanto sociales como en salud tal como lo refieren Lomelí et al. (2012) “las localidades pobres no cuentan con los recursos materiales o infraestructura, ni con personal médico o con el dinero necesario para el cuidado de la salud”.

5.1.4 Políticas públicas.

Respecto a las políticas públicas y su injerencia con la ERC, desde el 2008 a la fecha se han registrado casos donde se observa la toma de inadecuadas decisiones en torno al tratamiento de estos pacientes como es el cambio de proveedores sin consultar a pacientes ni al personal de salud, así también la invisibilidad del problema de esta enfermedad como prioridad nacional (Cruz, 2008; Perezcano, 2019); además cabe mencionar que el SP no contempla la TRR condicionando así un sistema de salud no incluyente ni equitativo para pacientes con ERC (Mercado-Martínez y Correa-Mauricio, 2015). En este sentido la investigación abordó la temática relacionada con la disponibilidad de programas sociales que les apoyen tanto a ellos como a sus familias para enfrentar el curso de la enfermedad.

En este sentido, los resultados obtenidos representan un marcado desconocimiento sobre la existencia en programas de apoyo social lo cual genera una percepción de ausencia en políticas públicas de salud, respecto a la disponibilidad del programa de trasplante renal en el hospital o clínica donde es atendido y la calidad de la información disponible sobre el mencionado programa resultados que se traducen en desinformación sobre el referido programa de trasplantes, al respecto resulta necesario señalar que 26 estados de la República Mexicana cuentan con hospitales para realizar trasplante renal, asimismo se dispone de un (Centro Nacional de Trasplantes [CENATRA], 2019) bajo la dirección de la Secretaria de Salud, centro el cual indica que al primer semestre del 2019 existía una lista de espera para recepción de órgano (riñón) de 15, 939 personas; de esta forma las políticas públicas transcurren entre ausencias y escasa comunicación quedando de lado la oportunidad de establecer programas sociales en salud integradores.

5.1.5 Cultura.

Relacionado con la cultura esta investigación abordó la influencia generada en su salud a partir de las creencias de familiares y personal de salud que le atienden, aquí los discursos obtenidos como resultado, indican que las creencias se han mantenido al margen del tratamiento médico prescrito, respecto a la percepción que la gente de su pueblo tiene del paciente renal, sobresale que algunas personas actúan motivadas únicamente por la razón de sus peculiares creencias, las cuales muchas de las veces se traducen en actos discriminatorios como son los despidos injustificados, acciones contrarias a lo estipulado en la (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const. Pol.], 2019) en su Artículo 123 que a letra dice “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil”; así también lo establecido por la (Ley Federal del Trabajo [LFT], 2019) en su Título Primero Artículos 2 y 3 donde se indica la no discriminación laboral a raíz de las condiciones de salud.

La usanza de este tipo de indebidas prácticas, le arrebató al paciente con ERC, la oportunidad de recibir una adecuada atención lo cual puede llevarle a funestas consecuencias al respecto “está bien establecido que los participantes con redes sociales dispersas y bajos niveles de apoyo social tienen un mayor riesgo de muerte” (Bruce et al., 2009). Por lo cual se vislumbra un entorno marcado por la ignominia y la segregación donde enfrentar actos discriminatorios a consecuencia de su estado de salud es algo que se vuelve común hasta rutinario.

5.1.6 Sistema de Salud.

El sistema de salud en esta investigación, atendió aspectos relacionados con la afiliación de los pacientes renales a algún servicio de atención médica, cuyos resultados discursos representativos develan una evidente falta de garantías en salud para estos pacientes, al respecto Tamayo y Lastiri (2016) indican que en México las oportunidades para acceder al servicio de salud, no son equitativas para toda la población, como lo es el caso del seguro popular el cual no estipula para los pacientes con ERC mayores de 20 años de edad la prestación del servicio de diálisis. Asimismo, los resultados obtenidos en el sentido del manejo y atención de su patología, en los servicios de salud, señalaron que en el hospital donde se aplicó el estudio, estos pacientes manifestaron recibir un trato digno por parte del personal de salud.

En el mencionado aspecto (Gobierno y Administración Pública [GAP], 2015) indica que un sistema de salud óptimo debe tener la capacidad de llevar a cabo intervenciones de calidad, eficaces y seguras, para lo cual se necesita contar con el suficiente personal de profesionales de la salud capacitado, para un desempeño equitativo, empático, eficaz y eficiente que responda a las necesidades de los individuos y colectivos; sin embargo, no manifiesta cómo se lleva a cabo esta importante diligencia. Por su parte Flores (2010) comenta “los países deben reconocer que las enfermedades crónicas necesitan ser priorizadas en las agendas políticas y de salud pública. En consecuencia, los sistemas de salud deben reorientarse para responder a las necesidades, de las personas con condiciones crónicas”, es así que disponer de un sistema de salud funcional que cumpla con las diversas misiones en salud encomendadas y que garantice un real acceso a los servicios de salud contribuye en la generación de sociedades saludables.

De tal manera que en esta categoría, se advierte un constructo discursivo de trato digno pero con ausencias en el tratamiento de la ERC debido a que aun cuando se cuenta con profesionales de la salud poseedores de un valioso sentido del trato digno y humano que el ejercicio de su profesión exige, se carece de los insumos y materiales necesarios para llevar a cabo estas diligencias médicas, lo cual concuerda con infinidad de quejas de usuarios del Sistema de Salud mexicano (Cruz, 2015).

5.1.7 Género.

El género para el análisis de esta categoría se abordaron aspectos concernientes a la relación que existe entre el género y la atención que recibe, los resultados generados a partir de la investigación muestran un trabajo colegiado, apropiado para los profesionales del área de la salud, donde se aprecia equidad de género; puesto que por los discursos nos remiten hacia un trato digno no importando el género, lo anterior puede ser derivado de la iniciativa del Programa de Acción Específico: Igualdad de Género en Salud 2013-2018 llevado a cabo en todas las unidades médicas del país; sin embargo es adecuado mencionar que las mujeres y los hombres tienen diferencias muy marcadas a la hora de enfermar y acudir al sistema de salud (Aguado, 2019); en México las mujeres tienen tres fenómenos de la desigualdad en salud: explotación, discriminación y exclusión (Vizcarra, 2008).

Con respecto al integrante de su familia de quien más atención recibe los discursos resultantes, son contundentes al señalar que la carga principal de su atención y cuidados son provistos por personas del género femenino (ver tabla 20 Género principal del cuidador en los entornos familiar y social) con respecto al cuidado informal Velázquez y Espín (2014) refieren la predominante y marcada participación del género femenino en esta actividad. Lo anterior responde al rol que la sociedad le ha asignado a la mujer, a quien de facto se le ha conferido la responsabilidad del cuidado de la familia; esto constituye un acto injusto, desigual y discriminatorio pues las acciones en comento deben ser actividades en las que participen y se integren de igual manera hombres y mujeres compartiendo armónicamente estas responsabilidades. Cabe mencionar que aun y cuando en esta investigación no se palpa por parte de los participantes una fehaciente desigualdad en salud a partir del género, no se cuenta con los discursos de los profesionales de la salud, por lo cual queda un pendiente por explorar en esta categoría analítica.

Tabla 20. Género del cuidador en los entornos familiar y social.

| Género del cuidador | Cantidad | % Participación | Parentesco del cuidador |
|---------------------|----------|-----------------|----------------------------------|
| Femenino | 20 | (74.1%) | Mamá, Esposa, Hijas, Tía, Nuera. |
| Ambos géneros | 4 | (14.8%) | Papás, Hijo(a) |
| Masculino | 3 | (11.1%) | Esposo, Hijo. |

Fuente propia.

5.2 Análisis Teórico.

La ERC es una patología que demanda una visión más amplia respecto al entendimiento del padecer, en este sentido la *identidad* nos ayudó a comprender una dicotomía en su significado, donde una vertiente biológica refiere *esperar la muerte*, mientras la vertiente psicosocial permite advertir una *férrea convicción por la vida*, por tanto entender a un colectivo dominado por la zozobra de una enfermedad objetivada como *muerte/vida*, donde la esperanza de una recuperación de la salud por parte del paciente, está destinada solo al ejercicio dinámico de su psique, olvidándose los servicios en salud de este aspecto tan importante, puesto que si existiera un apoyo social, familiar y clínico no solo enfocado a lo biomédico curativo, el paciente tendría una esperanza más firme respecto a recuperar su salud.

Respecto a los DSS la **educación** resulta de vital importancia en el paciente renal, puesto que le permite obtener un mayor entendimiento de su estado de salud y tratamiento; por su parte el **ingreso** debe ser suficiente para cubrir tanto los gastos de la vida diaria como aquellas erogaciones generadas por el tratamiento de la ERC como es la compra de insumos, medicamentos, estudios bioquímicos, traslados al hospital, entre otros; por lo anterior a los pacientes con ERC, debería asignárseles un trabajo acorde a sus capacidades físicas y remunerado de manera justa mediante un ingreso que les permita afrontar de la mejor manera esta enfermedad. Por su parte las **políticas públicas** caminan entre **ausencias y escasa comunicación** quedando de lado la oportunidad de establecer programas sociales en salud integradores para el paciente con ERC; la **cultura** muestra un entorno marcado por la **ignominia** y la **segregación** generado por el estado de salud del paciente renal, el cual les lleva a enfrentar condiciones discriminatorias; el **sistema de salud** denota disponer de **profesionales de la salud** comprometidos con su labor quienes proveen un trato de calidad y calidez, desempeño que se ve opacado por la carencia de material y medicamentos requeridos para la atención de este colectivo, lo que provoca falta de garantías en salud; de igual forma con relación al **género** en este tenor se observó un trato adecuado y respetuoso sin hacer distinciones. De esta manera los determinantes sociales de la salud del paciente con enfermedad renal crónica son parte de la cascada de ignominias en salud construidas de manera estructural para el sometimiento de una enfermedad a la que se le ha otorgado el grado de crónica y de alto costo para el sistema de salud. Resulta imperativo señalar que se puede diseñar una estrategia que mejore la situación del paciente renal, su familia y el sistema de salud con sus profesionales; tan solo comprendiendo la realidad misma de los actores primarios de la ERC a través de los DSS.

5.3 Análisis para detectar similitud o plagio mediante el software *iThenticate*.

A partir del año 2019 la Comisión Académica de la Maestría en Sociología de la Salud, por indicación de la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, acordó someter los trabajos finales de tesis de posgrado, al software ***iThenticate***, esto para detectar similitud o plagio de los trabajos, determinándose como mínimo aprobatorio, un 35% de similitud y 0% de plagio, como resultado del mencionado procedimiento, la presente tesis obtuvo 21% de similitud y 0% de plagio ambos valores porcentuales considerados como satisfactorios y libres de plagio (ver Anexo 4 Carta certificado de no plagio).

6. CONCLUSIONES.

Toda sociedad integrada por un incontable número de individuos, poseedores cada uno de sus específicas peculiaridades, particularidades, capacidades e ideologías que caracterizan su comportamiento a lo largo de la vida, incluidas las conductas adoptadas respecto a sus hábitos y estilos de vida que conllevan una marcada injerencia en la salud de las personas; en este sentido resulta evidente la influencia ejercida por la estratificación social en la salud de los individuos donde el lugar ocupado en el escalafón de las diferentes jerarquías sociales se constituye en la causa social y multifactorial de la patogénesis; condición que ha sido ampliamente establecida por la teoría de los determinantes sociales de la salud, postulado teórico que rige, orienta y sustenta a la presente investigación.

Es importante mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación han establecido que la ERC es un cruento padecer, el cual desde la panóptica de los DSS afecta en mayor grado a aquellos individuos quienes integran a los colectivos sociales más vulnerables socialmente; así también se han podido conocer los intrínsecos nudos de esta enfermedad develándose los DSS presentes en los diferentes ámbitos de la *atención* del paciente renal es decir la *atención familiar, clínica y social*, por lo anterior surge la imperiosa necesidad de implementar un Sistema de Atención Integral, que permita ejercer un manejo más amplio de la patología, cuya visión vaya más allá del siempre abordado ámbito biomédico; e incluya en el a la perspectiva social, con el fin de entender y atender adecuadamente a quienes la padecen implementar el mencionado manejo, repercutirá favorablemente sobre todo en aquellas fases preventivas en la atención de la ERC.

Dentro de las observaciones realizadas durante esta investigación resalta el hecho donde la ERC carece de la importancia con que debería ser afrontada y atendida, siendo invisibilizada por un sistema al que no le bastan para comprender los alcances de su magnitud epidemiológica de los datos estadísticos mismos que establecen una marcada tendencia al incremento de la ERC, tan solo a partir de dos de sus principales causas en México como son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica, enfermedades que de igual manera son de elevada prevalencia en el país; para entender las potenciales dimensiones de la ERC no se requieren complicados cálculos tan solo basta un razonamiento lógico para proyectar los alcances de esta patología en un mediano plazo.

Al respecto los datos obtenidos sobre la *identidad* de la ERC mostraron una dicotomía en su significado, donde por una parte la vertiente biológica refiere esperar la muerte, mientras que la vertiente psicosocial permite advertir una férrea convicción por la vida, por tanto se debe entender a un colectivo dominado por la zozobra de una enfermedad objetivada como muerte/vida, donde la esperanza de una recuperación de la salud está destinada solo al ejercicio dinámico de su psique, olvidándose los servicios en salud de este aspecto tan importante, puesto que si existiera un apoyo social, familiar y clínico no solo enfocado a lo biomédico curativo, el paciente tendría una esperanza más firme respecto a recuperar su salud integral; aquí la TRR les ofrece una oportunidad de vivir. De esta manera los DSS de los cuales se estudió su presencia y participación en el entorno de la atención del paciente con ERC, permitieron conocer que, a pesar de lo benéfico de la TRR para la salud y la vida misma, resulta inconcebible la ausencia de *políticas públicas* integradoras.

Políticas que por el contrario emiten lineamientos rectores y restrictivos que acotan herméticamente el acceso a la salud, como es el caso de los pacientes nefropatas, aquí las Políticas Públicas caminan entre ausencias y escasa comunicación quedando de lado la oportunidad de establecer programas sociales de atención en salud integradores para el paciente con ERC a quienes en muchas ocasiones el *sistema de salud* en cumplimiento a una infinidad de lineamientos burocráticos, restringe o en el mejor de los casos proporciona una atención parcial de la ERC subsumiendo a estos pacientes en un constante ir y venir en busca de la debida atención que su enfermedad requiere.

También es de mencionarse el sobresaliente hecho de contar con profesionales de la salud comprometidos con su labor quienes proveen un trato de calidad y calidez, desempeño que se ve opacado por la carencia de material y medicamentos requeridos para la atención de este colectivo, lo que provoca falta de garantías en salud. Asimismo, resultó evidente la amplia injerencia del *ingreso* donde los gastos por la atención en muchas ocasiones deben ser cubiertos por el propio paciente lo que generado un considerable Gasto - Bolsillo que en muchas ocasiones resulta incosteable por la falta del ingreso, debido a que las condiciones laborales del paciente renal frecuentemente se ven vulneradas.

Con relación a la *educación* como DSS esta se ha convertido en fuerte pilar para el manejo de la ERC, es así que al contar con algún tipo de escolaridad, le permite a este colectivo social entender las implicaciones de su atención, aquí el manejo se incrementa a la par de los estudios alcanzados, como es el poder aplicar adecuadamente procedimientos como la DP en casa, lo que genera beneficios en la salud tanto físicos como anímicos e incluso en lo económico; además la educación le otorga al paciente la autonomía necesaria para tomar decisiones respecto a su atención y tratamiento, respecto al *género* se observó un trato adecuado y respetuoso que no hace distinciones por ser hombre o mujer, en este tópico resaltó la loable, poco reconocida y mucho menos remunerada labor de la mujer.

Quien como en casi toda enfermedad o condición incapacitante es quien cubre el rol de cuidadora función asignada arbitrariamente por una *cultura* hegemónicamente masculinizada, donde el hombre evade la responsabilidad en la atención del paciente; cultura que genera un entorno marcado por la ignominia y la segregación solo por el estado de salud de estos pacientes el cual les lleva a enfrentar condiciones discriminatorias.

Por lo anterior resulta adecuado establecer que los DSS deben ser objetivados para dar prioridad a las necesidades de los actores sociales, estos determinantes no deben ser priorizados desde una política descendente sino más bien, desde la perspectiva integrativa de un gobierno abierto, de lo contrario quienes padecen ERC seguirán como hasta el día de hoy reflejando una cascada de infamias en salud construidas de manera estructural para el sometimiento por una enfermedad a la que se le ha otorgado el grado de crónica.

Es aquí donde la *Sociología de la Salud* ocupa un importante lugar, pues permite conocer el entramado de comportamientos tanto de los individuos como de la sociedad respecto al estado de salud, enfermedad y procesos estructurales de atención; puesto que dentro de estos colectivos sociales es donde los individuos interactúan, viven e incluso sobreviven enfrentando las adversidades propias de la enfermedad, las cuales en conjunto establecen la realidad social del paciente nefropata.

A pesar de este complejo paradigma de la salud y lo social, la sociología de la salud permite vislumbrar la posibilidad de un escenario menos adverso., donde se mejore la situación de estos pacientes, su familia y el sistema de salud mediante el diseño e implementación de estrategias integrales que incluyan a los actores primarios de la ERC a fin de conocer su sentir, pensar y la opinión respecto a sus necesidades en los diferentes entornos de su atención y no solo concretarse al manejo terapéutico que a pesar de subsanar aspectos relacionados con el orden biomédico deja de lado el cumulo de necesidades que la atención de este colectivo social requiere.

REFERENCIAS.

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013). Determinantes sociales de la salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 103-110.
- Adler, N. E., Cutler, D. M., Fielding, J. E., Galea, S., Glymour, M. M., Koh, H. K. ... Satcher, D. (2016). *Addressing social determinants of health and health disparities. A vital direction for health and health care*. National Academy of Medicine. Recuperado de <https://nam.edu/addressing-social-determinants-of-health-and-health-disparities-a-vital-direction-for-health-and-health-care/>
- Aguado, V. (2019). *La salud también es una cuestión de género*. El diario. Recuperado de <https://lab.eldiario.es/diadelamujer/salud/>
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- Álvarez, P., García, F. y Bonet, G., (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología*, 33(2), 1-16.
- Ander-Egg, E. (1986). *Diccionario de trabajo social*. Colombia: Editorial Lumen.
- Ávila, M. (2009). Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71-73.
- Ávila-Saldivar, M. N., Conchillos-Olivares, G., Rojas-Baéz, I. C., Ordoñez-Cruz, A. E. y Ramírez-Flores, H. J. (2013). Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Medicina Interna de México*, 29(5), 473-478.
- Azcarate-García, E., Ocampo-Barrio, P. y Quiroz-Pérez, J. R. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(12), 97-102.
- Benjumea, C, (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto y Contexto Enfermagem*, 13(1), 137-146.
- Blázquez, E. (2017). La asistencia social en México. Una mirada desde el SNDIF. *Ánfora*, 24(43), 189-212. doi: [10.30854/anf.v24.n43.2017.363](https://doi.org/10.30854/anf.v24.n43.2017.363)

- Bonilla, J. (2014). Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? *Enfermería Nefrológica*, 17(2), 120-131. doi: [10.4321/S2254-28842014000200006](https://doi.org/10.4321/S2254-28842014000200006)
- Bruce, M., Beech, B., Sims, M., Brown, T., Wyatt, S., Taylor, H. y Crook, E. (2009). Social environmental stressors, psychological factors, and kidney disease. *Journal of Investigative Medicine*, 57(4), 583-589. doi: [10.2310/JIM.0b013e31819dbb91](https://doi.org/10.2310/JIM.0b013e31819dbb91)
- Caballero, G. E, Moreno, M., Sosa, M., Mitchell, E., Vega, M. y Columbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista de Información Científica para la Dirección en Salud*, 0(15), 1-10.
- Cabrales-Arreola, J., Sánchez-Estrada, M., Ojeda-Vallejo, I., Monterubio-Flores, E. y Hernández-Girón, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2019). *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_090819.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2019). *Ley federal del trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Lima, Perú: esan ediciones. Recuperado de: <https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf>
- Cardozo, I. y Rondón, J. E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079-1107.
- Carey, G. y Crammond, B. (2015). Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*, 15(662), 1-10. doi: [10.1186/s12889-015-1979-8](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1979-8)
- Catalán, L., Mena, M., Cerdán, E., Maestre, S., Ascorbe, T., Martínez, I. ... Manrique, J. (2011). Protocolo de actuación para el paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria. *Enfermería Nefrológica*, 14(4), 259-265.

- Cervera, L., Hernández, R., Pereira, I. y Sardiñas, O. (2008) Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 1-10.
- Consejo de Salubridad General (2009). *Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana*. Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/GRR_IMSS_335_09.pdf
- Consejo de Salubridad General (2014). *Guía de práctica clínica tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica*. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-727-14/ER.pdf>
- Consejo de Salubridad General (2014). *Guía de práctica clínica: IMSS-727-142014, tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. Evidencias y recomendaciones*. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-727-14/ER.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Entidades Federativas. CONEVAL. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/EstadodeMexico/Paginas/principal.aspx>
- Cortés-Sanabria, L., Ayala-Cortés, R. A., Calderón-García, C. y Silva-Ocegueda, A. (2016). Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. *Revista Salud Jalisco*, 4(1), 6-9.
- Cruz, A. (2008). *Caos en el IMSS ante cambio de proveedor para hacer la diálisis*. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2008/01/11/index.php?section=sociedad&article=037n1s>
- Cruz, A. (2015). *Pacientes de hemodiálisis del Issste se quejan de servicio deficiente en clínicas particulares*. La Jornada. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/2008/01/11/index.php?section=sociedad&article=037n1>
- Cuevas-Budhart, M. A., Saucedo, R. P., Romero, G., García, J. A. y Hernández, A. (2017). Relación entre las complicaciones y la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2(2), 112-119. doi: [10.4321/s2254-288420170000200003](https://doi.org/10.4321/s2254-288420170000200003)
- Cunha, L., Teles, L., Vasconcelos, P., Alves, M., Santana, J. y De Oliveira, L. (2011). Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Revista de Enfermería Global*, 23, 158-164.

- Davison, S. (2010). End-of-life care preferences and needs: Perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(2), 195-204. doi: [10.2215/CJN.05960809](https://doi.org/10.2215/CJN.05960809)
- Diccionario de la real academia española 2019 Recuperado de <https://dle.rae.es/atencion>
- Espinosa-Cuevas, M. (2016). Enfermedad renal. *Gaceta de Médica de México*, 152(1), 90-96.
- Flores, A., Casas, D., Maya, M., Sánchez, Y. y Rodríguez, A. (2019). Representaciones sociales de la dieta en pacientes con diabetes mellitus controlada y descontrolada. *Interfaces científicas*, 7(2), 73-90. doi: [10.17564/2316-3798.2019v7n2p73-90](https://doi.org/10.17564/2316-3798.2019v7n2p73-90)
- Flores, J. (2010). Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 502-507. doi: [10.1016/S0716-8640\(10\)70565-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70565-4)
- Fonseca, G., Valenzuela, C., Perrand, M. y Cosme, J. (2017). Términos económicos más utilizados en la salud (II parte). *MEDISAN*, 21(7), 933-959.
- García, J. y Vélez, C. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 191-203.
- Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid, España: Editorial Alianza.
- Gobierno y Administración Pública (2015). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf
- Gomes, M. (2005). *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud. Taller San Juan Puerto Rico*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de https://www1.paho.org/hq/documents/events/puertorico05/8-magomez-determsalud-pur_05.pdf?ua%20=1&ua%20=1
- González, E., Álvarez-Dardet, C. y López, L. (2017). Hacia una salud pública orientada desde los determinantes Sociales de la salud: Informe de un taller. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 488-491. doi: [10.1016/j.gaceta.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.003)
- Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández, G., Galcerán, J., Goicoechea, M., ... Ruilope, L. M. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*, 34(3), 302-316. doi: [10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464](https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464)

- Guía Práctica Clínica IMSS-335-09, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica 2009, Consejo de Salubridad General. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/335_IMSS_09_Enfermedad_Renal_Cronica_Temprana/EyR_IMSS_335_09.pdf
- Herrera, A., Flórez, I., Romero, E. y Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *AQUICHAN*, 12(3), 286-297.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta Intercensal 2015*. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares*. INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/enigh2019_07.pdf
- Julián, J. C., Molinuevo, J. A. y Sánchez, J. C. (2012). La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Revista Nefrología*, 32(4), 439-445. doi: [10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11366](https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11366)
- Keith, H. (2012). *La malaria y los determinantes de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Presentacion-Malaria-Determinantes-Salud-Carter-19-Marzo-2012.pdf>
- Lizárraga, T. (2016). *Iniciativa de ley que reforma el artículo 159 de la Ley General de Salud*. Cámara de diputados. Recuperado de http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2016/12/asun_3471587_20161216_1481132513.pdf
- Lomelí, L., Flores, C. y Granados, V. (2012). Niveles de vida, desigualdad y pobreza. En R. Cordera y C. Murayama (Eds.), *Los determinantes sociales de la salud en México* (pp. 244-268). Biblioteca de la Salud.
- López, J., Sánchez, L., Mengibar, R., Jiménez, S. y Marchal, M. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 10(2), 127-136. doi: [10.4321/S1139-13752007000200004](https://doi.org/10.4321/S1139-13752007000200004)

- López, O. y Jarillo, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), 2-13. doi: [10.1590/0102-311X00087416](https://doi.org/10.1590/0102-311X00087416)
- López, O., Escudero J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- López, P. (2008). *Breve historia de la medicina*. España: Editorial Alianza.
- Marmot, M. (2017). The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(7), 686-693. doi: [10.1177/1403494817717448](https://doi.org/10.1177/1403494817717448)
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(3), 613-619. doi: [10.1590/S1413-81232012000300006](https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006)
- Martínez-Castelao, A., Górriz, J. L., Bover, J., Segura-de la Morena, J., Cebollada, J., Escalada, J., & Hernández-Moreno, J. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Endocrinología y nutrición*, 61(9), e25-e43. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n2/documento_consenso.pdf
- Mejía, L. (2013). Determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 28-36.
- Méndez, D., Méndez, B., Tapia, Y., Muñoz, M., y Aguilar, S. (2009) Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. doi: [10.1016/S1886-2845\(10\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7)
- Méndez, J. (2000). La política pública como variable dependiente: hacia un análisis más integral de las políticas públicas. En J. Méndez (Ed.), *Lecturas básicas de administración y políticas públicas* (pp.75-110). Colegio de México.
- Méndez-Durán, A., Ignorosa-Luna, M. H., Pérez-Aguilar, G., Rivera-Rodriguez, F., González-Izquierdo, J. J. y Dávila-Torres, J. (2016). Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 588-593.
- Mercado-Martínez, F. y Correa-Mauricio, M. (2015). Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *Salud Pública de México*, 15(57), 155-160.

- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Orante, C., Herrera, R., Almaguer, M., Brizuela, E., Núñez, L., Alvarado, N. ... Orellana, P. (2014). Epidemiology of chronic kidney disease in adults of salvadoran agricultural communities. *MEDICC Review*, 16(2), 23-30.
- Organización Mundial de la Salud (2005) *¿Qué es un sistema de salud?* Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Salud en las Américas, volumen regional, edición 2012*. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=9:edicion-2012&Itemid=124&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Salud universal: transformación de la educación de las profesiones de salud*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13000:health-professions-education-transformation&Itemid=39594&lang=es
- Palomino, P., Grande, M. y Linares, M. (2013). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71-91. doi: [10.3989/ris.2013.02.16](https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16)
- Pamo-Reyna, O. G. (2013). Las creencias populares en la medicina moderna. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 26(1), 37-43.
- Perezcano, A. (2019). *Protestan enfermos renales fuera de la clínica 9 del IMSS; exigen mejor atención*. La Jornada Guerrero. Recuperado de <https://www.lajornadaguerrero.com.mx/index.php/sociedadjusticia/item/6687-protestan-e-nfermos-renales-fuera-de-la-clinica-9-del-imss-exigen-mejor-atencion>

- Periz, A., Blanco, M. y Moreno, A. (2015). Tratamiento conservador ante la enfermedad renal crónica. *Enfermería Nefrológica*, 18(4), 303-307.
- Podestá, P. (2006). Un acercamiento al concepto de cultura. *Journal of Economics, Finance and Administrative Science*, 11(21), 25-39.
- Ramos, D. y Jarillo, S. (2014). El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. *Revista enclaves del pensamiento*, 8(15), 195-216.
- Rodota, L. y Castro, M. (2003). *Nutrición Clínica y Dietoterapia*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Rodríguez, A. (2005). El planteamiento ideológico de Alma-Atá. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2), 1-10.
- Rodríguez, F. (2015). *Políticas públicas y sus programas sociales: dirigidos a grupos vulnerables en puebla*. México: Editorial Fontamara.
- Rodríguez, M. (2014). Chronic kidney disease in our farming communities: Implications of an Epidemic. *MEDICC Review*, 16(2), 77-78.
- Ruíz, A., Mercado, F. y Perea, M. (2006). La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. *La perspectiva de los profesionales y los legos. Investigación en Salud*, 8(1), 23-30.
- Ruíz, M. (2015). La comisión nacional de bioética ante los determinantes sociales de la salud. *Gaceta CONBIOÉTICA*, 4(15), 3-5.
- Sacchi, M., Hausberger, M. y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias, pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Salgado-de Snyder, V. N. y Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005 - 2012. *Salud Pública de México*, 56(4), 393-401.
- Secretaría de Educación Pública (2017) *Modelo educativo para la educación obligatoria*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207252/Modelo_Educativo_OK.pdf

- Secretaría de Salud (2013). *Programa de acción específico: Igualdad de género en salud 2013-2018*. Recuperado de <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/IgualdaddeGenero/IgualdaddeGeneroenSalud.pdf>
- Secretaría de Salud (2016). *Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Secretaría de Salud (2019). *Centro nacional de trasplantes*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/476798/1erSemestre2019.pdf>
- Secretaría de Salud (). *Programa de acción específico. Promoción de la salud y determinantes Sociales 2013-2018*. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-promocion-de-la-salud-y-determinantes-sociales-2013-2018>
- Serbia, J. M. (2019). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 3(29), 123-146.
- Silberman, M., Moreno, L., Kawas, V. y González, E. (2013). Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. *Revista de la facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 24-34.
- Solar, O, Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH>
- Tamayo, J. y Lastiri, H. (2016). *La enfermedad renal crónica en México hacia una política nacional*. México: Editorial Intersistemas.
- Tamayo, M., Besoain, Á. y Rebolledo, J. (2017). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación social. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96-100. doi: [10.1016/j.gaceta.2016.12.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004)
- Torres-Toledano, M., Granados-García, V. y López-Ocaña, L. R. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 118-123.

- Velázquez, Y. y Espín, A. M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 3-17.
- Vergara, M. C. (2007). Tres Concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.
- Vizcarra, I. (2008). Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos*, 21(57), 141-170.
- Watnick, S. (2009). Quality of life and depression in CKD: Improving hope and health. *American Journal of Kidney Diseases*, 54(3), 399-402. doi: [10.1053/j.ajkd.2009.06.009](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.06.009)
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/determinantes_sociales_de_la_salud._los_hechos_irrefutables.pdf
- Zúñiga, C., Dapuetto, J., Hans, O., Kirsten, L., Alid, R. y Ortiz, L., (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)”. *Revista Médica de Chile*, 137(2) 200-207. doi: [10.4067/S0034-98872009000200003](https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000200003)

ANEXOS.

1. Consentimiento Informado.

Carta de Consentimiento Informado para participar en el proyecto de investigación “Determinantes Sociales de la Salud en torno a la Atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica: Caso Estado de México, Oriente.

Por medio de la presente, se solicita su valioso apoyo en este proyecto de investigación, cuyo objetivo es: Analizar los Determinantes Sociales de la Salud en torno a la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica, en la zona oriente del Estado de México. En caso de aceptar; su participación consistiría en contestar una Entrevista de tipo Semiestructurada que se basara en tres temáticas las cuales son: Los Determinantes Sociales de la Salud, la Enfermedad Renal Crónica y la Atención (Familiar, Clínico y Social), en relación a la percepción que usted tiene sobre la atención que recibe en los mencionados entornos. Asimismo le informo que esta entrevista se grabara en formato de audio, con la finalidad de contar con material de consulta que permita realizar una adecuada clasificación e interpretación de la información, tenga usted la total certeza que sus datos serán plenamente resguardados, pues tendrán el irrestricto carácter de confidencial por lo que su participación será anónima, en caso de emplear alguna parte de la entrevista, esto se hará bajo un seudónimo. El estudio está respaldado por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio ___ Si ___ No.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del testigo.

Nombre y firma del testigo.

2. Instrumento de investigación.

Sr (a) Buenos días soy estudiante de la Maestría en Sociología de la Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México, realizo una investigación que requiere la participación voluntaria de personas adultas, de ambos sexos diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y recibiendo Terapia Sustitutiva de la Función Renal (TSFR) mediante Diálisis Peritoneal (DP) o Hemodiálisis (HD) por lo cual solicito su valioso apoyo como participante en esta investigación.

Su colaboración consistirá en responder a una entrevista sobre su enfermedad, así como aspectos relacionados con la atención que recibe tanto en su hogar, en su hospital o clínica y en aquellos lugares donde normalmente socializa (Centros de Trabajo, Educativos, Apoyo y/o Convivencia), la mencionada entrevista será grabada en formato de audio con el fin de poder analizar adecuadamente sus aportaciones, le informo que su participación será manejada con el irrestricto carácter de confidencial, por lo que su participación será anónima, en caso de emplear alguna parte de la entrevista, esto se hará bajo un seudónimo.

De aceptar participar, le pediré sea tan amable de leer el siguiente documento (Consentimiento Informado) si está de acuerdo con lo ahí establecido deberá firmarlo para acreditar su autorización. Si tiene alguna duda con el documento puede comentármela y con gusto la aclarare.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Datos de Identificación.

Fecha de aplicación de la Entrevista: _____ Género: M () F () Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Edad del Cónyuge: _____
Tiene Hijos: Sí () No () Edades: _____
Escolaridad: _____ Religión: _____ Ocupación: _____
Domicilio Actual: (Municipio, Barrio o Zona): _____
¿Cuenta con otra ocupación? Sí () No () ¿Cuál? _____
Ingresos Económicos Familiares (Aproximado): _____

Datos Residenciales.

Tipo de Residencia: Propia () Rentada () Prestada () Con otros Familiares ()
Número de Habitaciones (Cocina, Sala, Baño, etc.): _____ Tiempo de Residencia: _____ Total de personas que viven en la misma casa: _____ Parentesco: _____

Datos de la Estructura Familiar.

Familia Nuclear (Compuesta por padres e hijos) ()
Familia Extensa (Compuesta por padre/madre/hijos/sobrinos/hermanos/hijos)..... ()
Familia Monoparental (Compuesta por un solo progenitor) ()
Familia Homoparental (Compuesta por una pareja del mismo género)..... ()
Familia de Madre soltera (La madre desde el inicio asumió sola la crianza de sus hijos)... ()

Datos Sobre el Cuidado de la Salud.

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron ERC? _____ ¿Recibe Terapia Sustitutiva de la Función Renal? Sí () No ()
¿Qué tipo de TSFR recibe? _____ ¿Hace cuánto tiempo recibe esta terapia? _____
¿Dónde le proporcionan esta terapia? _____ ¿Hace uso de algún medicamento? Sí () No ()
¿Cuál? _____ ¿Cómo los obtiene? _____
¿En alguna ocasión se le ha dificultado conseguirlos? Sí () No () ¿Por qué? _____

| | | | |
|--|---|--|---|
| Título: | “Determinantes Sociales de la Salud en torno a la Atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica: Caso estado de México Oriente”. | | |
| Objetivo Gral. de la Investigación: | Analizar a los Determinantes Sociales de la Salud en el entorno de la atención familiar, clínica y social de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica del Oriente Mexiquense. | | |
| Obj. Específico del Instrumento: | Recabar información respecto a los DSS presentes en el entorno de la atención del paciente con ERC. | | |
| Categoría. | Subcategoría. | | Preguntas. |
| Enfermedad Renal Crónica. | Terapia Sustitutiva de la Función Renal. | Identidad. | <p>Enfermedad.</p> <p>¿Qué significa para usted estar enfermo del riñón? ¿Cómo cambio su vida a partir del diagnóstico de su enfermedad? ¿Cuáles cree usted que fueron las causas que le provocaron esta enfermedad?</p> <p>Tratamiento.</p> <p>¿De qué manera le informaron que debía recibir TSFR Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis? ¿Qué significa para usted el recibir DP o HD?</p> <p>Salud.</p> <p>¿Qué significa para usted el tener salud?</p> |
| A T E N C I Ó N | Ámbito Familiar. | Determinantes Sociales de la Salud. | <p>- ^a Educación. ^a ¿Considera que el grado escolar de quien le atiende en casa influye en la atención que recibe? ¿Por qué?</p> <p>- ^b Género. ^b ¿Considera usted que su género tiene relación con la atención que recibe en casa? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué miembro de su familia le brinda más atención? ¿A qué cree que se deba lo anterior?</p> <p>- ^c Ingreso Económico. ^c ¿Considera usted que su ingreso económico es importante para la atención que recibe en casa? ¿Por qué?</p> <p>¿Cree que el ingreso económico familiar es importante para la atención que usted recibe? ¿Por qué?</p> <p>- ^d Cultura. ^d ¿Considera que las creencias y costumbres en su familia, modifican la atención que recibe en casa? ¿Por qué?</p> <p>- ^e Políticas Públicas. ^e ¿Su comunidad tiene programas sociales que apoyen a su familia para enfrentar el curso de su enfermedad?</p> <p>- ^f Salud. ^f ¿Cuáles son los principales obstáculos que ha enfrentado en su ámbito familiar, durante el proceso de su enfermedad?</p> <p>¿Qué recomendaría para mejorar la atención que reciben en el hogar, las personas con su misma enfermedad?</p> |

| Categoría. | | Subcategoría. | Preguntas. |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|---|
| A T E N C I Ó N | Ámbito Clínico. | Determinantes Sociales de la Salud. | <ul style="list-style-type: none"> - ^a Educación. - ^b Género. - ^c Ingreso Económico. - ^d Cultura. - ^e Políticas Públicas. - ^f Salud. <p>^a ¿Cuándo le diagnosticaron la enfermedad renal crónica, el personal de salud le informó en qué consistía la enfermedad y que cuidados requeriría? ¿Qué fue lo que le explicaron?</p> <p>^b ¿Considera usted que la atención que recibe de los profesionales de la salud, es diferente cuando atienden a un hombre o a una mujer? ¿Por qué?</p> <p>^c ¿Considera que el gobierno destina suficientes recursos económicos para atender su problema de salud? ¿Por qué?</p> <p>^d ¿Ha percibido en el personal de salud que le atiende alguna creencia, idea o costumbre, que haya influido en la atención que recibe? ¿En qué consiste?</p> <p>^e ¿Sabe usted, sí en su hospital o clínica cuentan con programas de trasplante renal? ¿Conoce el proceso para obtener ese beneficio?</p> <p>^f ¿Está afiliado a algún servicio de atención médica? ¿Cuál?</p> <p>¿Considera que en su hospital o clínica su enfermedad es atendida de manera adecuada? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles son los principales obstáculos que ha enfrentado en su hospital o clínica, durante el proceso de su enfermedad?</p> <p>¿Qué recomendaría para mejorar la atención que reciben en el hospital o clínica los pacientes con su misma enfermedad?</p> |
| | Ámbito Social. | Determinantes Sociales de la Salud. | <ul style="list-style-type: none"> - ^a Educación. - ^b Género. - ^c Ingreso Económico. - ^d Cultura. - ^e Políticas Públicas. - ^f Salud. <p>^a ¿Cree que en su colonia o pueblo, estén capacitados para atender a pacientes con enfermedad renal crónica? ¿Por qué?</p> <p>^b ¿Considera usted que la atención que recibe en su colonia o pueblo, varía por el hecho de ser hombre o mujer? ¿Por qué?</p> <p>^c ¿Cree que las condiciones económicas del país repercuten en la atención que recibe en su colonia o pueblo? ¿Por qué?</p> <p>^d ¿Cómo ven en su colonia o pueblo a un paciente con enfermedad renal crónica?</p> <p>^e ¿En su colonia o pueblo, hay grupos que ayuden a pacientes con enfermedad renal crónica? ¿Cuáles?</p> <p>^f En su colonia o pueblo ¿Cuáles han sido los principales obstáculos que ha enfrentado durante el proceso de su enfermedad?</p> <p>¿Qué recomendaría para mejorar la atención que reciben en su colonia o pueblo las personas con su misma enfermedad?</p> |

3. Constancias de participación en congresos, envío de artículo y publicación de libro.

4.1.1 Primer Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud.



Se otorga la presente constancia a:

Luis Enrique Hernández Gamundi
Oscar Donovan Casas Patiño
Alejandra Rodríguez Torres

Por haber participado con el trabajo
Determinación Social de la Salud en el paciente con Enfermedad Renal Crónica.

en el **"I Congreso de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud"** realizado los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2018 en la Ciudad de México, México


M. en C. José Antonio Castillo Jiménez
Subdirector académico del Centro Universitario UAEM Nezahualcóyotl


Mtro. Raúl Ernesto Bravo Nuñez
Coordinador del Colegio de Ciencias y Humanidades UACM


Dra. Roselia Arminda Rosales Flores
Comité organizador interinstitucional


Dr. José Arturo Granados Cosme
Representante de la UAM Xochimilco


UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada hacemos sin su apoyo


CH
Colegio de Ciencias y Humanidades UACM


UAM
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

4.1.2 Décimo Octavo Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública.



Instituto Nacional
de Salud Pública



27-29
MARZO
2019
18 CONGRESO
DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD PÚBLICA
CUERNAVACA | MORELOS | MÉXICO



Evidencia para la
atención primaria y las
políticas multisectoriales

Otorga la presente

Constancia

a

LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ GAMUNDI

Por haber participado como **PONENTE** con el trabajo titulado "**Determinantes sociales de la salud en atención del paciente con enfermedad renal crónica Estado Arte.**" dentro de la sesión de carteles

Autores:
Luis Enrique Hernández Gamundi, Oscar Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres, María de Los Ángeles Maya Martínez



Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco
Presidente del 18º Congreso de Investigación en Salud Pública

4.1.3 Primer Simposium Salud Intercultural.



Asociación Latinoamericana
de Sociología y Salud



CUERPO ACADEMICO
Institución Educativa, Educación y Salud Colectiva

La Asociación Latinoamericana de Sociología y Salud
otorga la presente:

CONSTANCIA

a:

Luis Enrique Hernández Gamundi, Alejandra Rodríguez Torres y María de los Ángeles Maya Martínez.

Por su destacada participación con la Ponencia:

**“Determinantes Sociales de la Salud en el paciente con
Enfermedad Renal Crónica”**

Nepantla, Estado de México, 27 y 28 de Junio 2019.



MTA KARINA MARTINEZ CÁRDENAS
PRESIDENTA DEL COMITÉ ORGANIZADOR




www.practicascurativas.com


4.1.4 Quinto Coloquio Nacional de Investigación en Representaciones Sociales.



La Red Nacional de Investigadores en Representaciones Sociales y el Centro Mexicano para el Estudio de las Representaciones Sociales



Otorgan constancia a:



Luis Hernández; Donovan Casas; Alejandra Rodríguez; Adán Flores



UNAM
POSGRADOS
Pedagogía

Por la presentación de la ponencia:



Representaciones sociales en la atención del paciente con enfermedad renal crónica



ISUE



En el marco del V Coloquio Nacional de Investigación en Representaciones Sociales:
Los desafíos teóricos y metodológicos en la investigación en educación y otros campos de las ciencias sociales.



FACULTAD DE
FILOSOFÍA Y LETRAS

Celebrado del 27 al 29 de noviembre del 2019

Unidad de Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México



Dra. María Estela Ortega Rubi
Coordinadora General RENIRS-CEMERS



Dra. Claudia Beatriz Pontón Ramos
Coordinadora, Posgrado en Pedagogía
UNAM



Dra. Olivia Mireles Vargas
Comité organizador, ISUE, UNAM

4.1.5 Artículo Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La Experiencia en México.



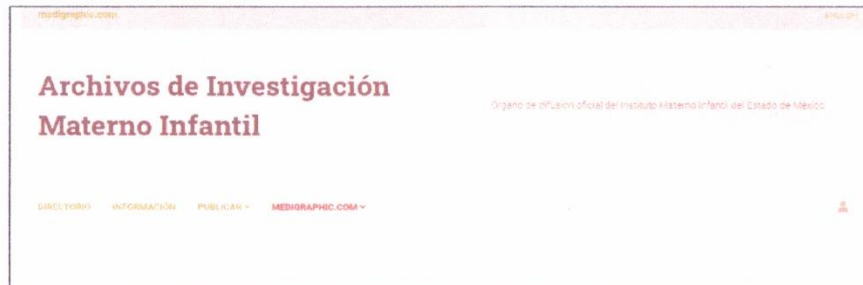
Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Amecameca

Amecameca, Estado de México a 17 de marzo del 2020.
Asunto: Informe de Seguimiento de Artículo Científico.

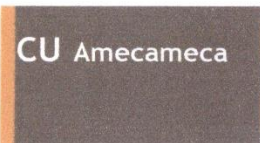
COORDINACIÓN DE LA MAESTRIA EN SOCIOLOGIA DE LA SALUD UAEM CU AMECAMECA

PRESENTE:

Sirva este medio para enviarle un cordial saludo, y le informo por este medio que el artículo que lleva por título "Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La experiencia en México" producto de la tesis del alumno Luis Enrique Hernández Gamundi, fue enviado el día 07 de febrero del 2020 a dictaminación para publicarse en la Revista Archivos de Investigación Materno Infantil la cual esta indexada en Latindex, Medigraphic y Google Académico, hasta este momento el artículo se encuentra en fase de dictaminación por pares para publicación en 2020, agrego email de envió:



Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.
Amecameca, Estado de México
Tel. (597) 9782158 / 59
www.uaemex.mx





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Amecameca

Para: Doctor Gabriel Mendoza D.

CC: donovan casas

CC: Luis Hernandez

Dr. Gabriel Mendoza...coeditor

Hola, colega con el gusto de saludarte recibo su investigación de tinte cualitativo de nombre "Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica: La experiencia en México", espero tener noticias a la brevedad, pero por contingencia de COVID 19 estamos retrasados con dictaminación por pares, te avisare cualquier situación por este medio.
Saludos, Dr Donovan Casas Patiño.



Investigación
materno infantil

Dr. José Gabriel Mendoza Durán
Coeditor

Sin más por el momento y agradeciendo sus finas atenciones quedo de Ustedes.
Anexo las evidencias.

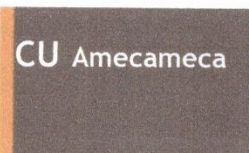
ATENTAMENTE

"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"

"2020, Año del 25 Aniversario de los Estudios de Doctorado en la UAEM"

Dr. Donovan Casas Patiño

Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.
Amecameca, Estado de México
Tel. (597) 9782158 / 59
www.uaemex.mx



Determinantes Sociales de la Salud en la Enfermedad Renal Crónica:
La Experiencia en México.

Social Determinants of Health in Chronic Kidney Disease:
The Experience in México.

*Luis Enrique Hernández Gamundi, *Donovan Casas Patiño, *Alejandra Rodríguez Torres,
*María de los Ángeles Maya Martínez, *Adán Flores Garnica.

*Universidad Autónoma del Estado de México CU Amecameca. Posgrado Maestría en Sociología de la Salud.

Resumen.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) mantiene a quien la padece inmerso en un contexto de invalidez tanto físico como psicológico y social, el cual demanda una atención única en su tipo. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo en el Estado de México, Méx. Participaron 27 pacientes con ERC quienes respondieron una entrevista semiestructurada construida para este fin, los discursos se codificaron con Iramuteq v 0.7 Alpha 2 **Objetivo:** Analizar a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el paciente con ERC. **Resultados:** La percepción del paciente renal, develó los intrínsecos nudos de esta enfermedad, donde los DSS refieren enfermedad difícil y costosa, nula interculturalidad, ignominia, segregación, falta de garantías en salud, injusticia y desigualdad **Conclusiones:** La ERC carece de la relevancia que su magnitud epidemiológica amerita, por tanto, el paciente renal en su búsqueda de atención enfrenta adversidades no solo biológicas sino también aquellas impuestas por una jerarquización social.

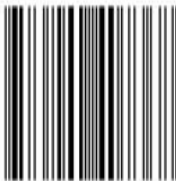
Palabras clave. Atención, Determinantes Sociales de la Salud, Enfermedad Renal Crónica.

4.1.6 Libro Determinantes Sociales de la Salud de la Enfermedad Renal Crónica.

Investigación Cualitativa en Salud III

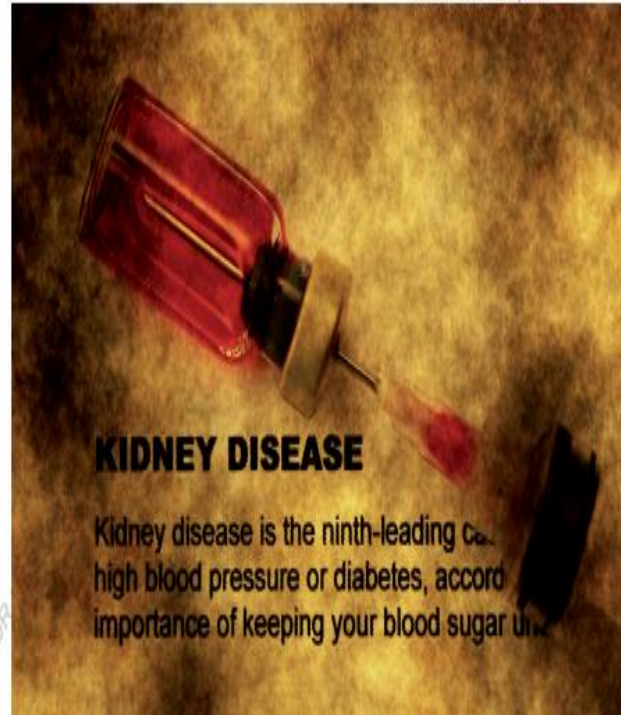
Investigación Cualitativa en Salud III aborda una panorámica esencial en la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica vista desde 4 puntos esenciales, la atención como autocuidado, la atención clínica, la atención familiar y la atención social, y es analizada desde la ciencia de la Sociología de la Salud a través de los Determinantes Sociales de la Salud propuestos por la OMS. Este tomo devela cuestiones pragmáticas desde el colectivo que padece y sufre la enfermedad misma, contemplando la realidad social que día a día determina su forma de vivir y morir, describiendo los factores importantes al rededor de la enfermedad mientras que la realidad social deja a la vista los elementos que no son propiamente biológicos pero que determinan la evolución y cronicidad de individuos que son parte de un colectivo dejados en el olvido,

Luis E. Hernández G.: Nutriólogo, Mtro. en Sociología de la Salud, Profesor-investigador en UAEMex, Línea: Nutrición social,
Donovan Casas P.: Dr. en Salud Colectiva, Profesor-investigador en UAEMex, Línea: Salud Colectiva
Adan Flores G.: Nutriólogo, Mtro. en Sociología de la Salud, Profesor-investigador en UAEMex, Línea: Nutrición y Salud Colectiva.



978-620-0-40736-8

editorial académica española



Luis Enrique Hernández Gamundi · Donovan Casas Patiño · Adan Flores Garnica

Investigación Cualitativa en Salud III

Determinantes Sociales de la Salud de la Enfermedad Renal Crónica.

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Editorial Académica Española

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-0-40736-8

Copyright © Luis Enrique Hernández Gamundi, Donovan Casas Patiño, Adan Flores Gamica

Copyright © 2020 International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group

FOR AUTHOR USE ONLY

| | |
|--|----|
| Índice. | |
| Introducción. | 3 |
| Capítulo I. Los Determinantes Sociales de la Salud | 5 |
| Un largo recorrido. | 6 |
| La fuerza de una definición..... | 8 |
| Componentes de los Determinantes Sociales de la Salud. | 10 |
| Capítulo II: Enfermedad Renal Crónica un problema de salud invisibilizado. | 17 |
| Conociendo el problema (Conceptos, datos y números). | 17 |
| Definición. | 18 |
| Clasificación de la ERC de acuerdo a la TFG y daño renal. | 18 |
| Etiología. | 19 |
| Comorbilidades de la Enfermedad Renal Crónica. | 20 |
| <i>Epidemiología.</i> | 22 |
| Capítulo III: Atención (clínica, familiar y social). | 26 |
| Atención y/o Cuidado. | 26 |
| Atención Clínica o Profesional. | 27 |
| Atención Familiar. | 28 |
| Atención Social. | 29 |
| Capítulo IV: Los Determinantes Sociales de la Salud en la atención del paciente renal. .. | 32 |
| Categorización de los DSS presentes en la atención del paciente con ERC. | 33 |
| Análisis Cualitativo: La Objetiva Subjetividad. | 34 |
| Identidad. | 34 |
| Educación. | 38 |
| Ingreso. | 40 |
| Políticas Públicas. | 44 |
| Cultura. | 45 |
| Sistema de Salud. | 46 |
| Género. | 48 |
| Análisis Teórico. | 49 |
| Conclusiones. | 52 |
| Referencias Bibliográficas. | 56 |

4. Carta certificado de no plagio.



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario UAEM Amecameca

Amecameca, Estado de México a 05 de junio del 2020.
Asunto: Carta certificado de no plagio.

A QUIEN CORREPONDA

PRESENTE:

Sirva este medio para enviarles un cordial saludo, e informo por este medio que a partir del 2019 la Comisión Académica de la Maestría por indicación de la Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados, se acordó someter los trabajos finales de tesis de posgrado al software *iThenticate*, esto para detectar similitud o plagio de los trabajos, se acordó como mínimo un 35% de similitud y 0% de plagio, es así que reporto que el trabajo de tesis del alumno **LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ GAMUNDI** con título de tesis "**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TORNO A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: CASO ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE**", obtuvo 21% de similitud y 0% de plagio, anexo evidencia:

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN TORNO A
LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA: CASO ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

ÍNDICE DE SIMILITUD

Fuente iThenticate

Reiteramos nuestro compromiso, para garantizar la autenticidad y correcta procedencia de la información de Tesis generados en este posgrado. Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"

"2020, Año del 25 Aniversario de los Estudios de Doctorado en la UAEM"

Dr. Donovan Casas Patiño

Km. 2.5 Carretera Amecameca - Ayapango.
Amecameca, Estado de México
Tel. (597) 9782158 / 59
www.uaemex.mx

CU Amecameca