



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica

**Jenny Alejandra Campo Manco
Maria Alejandra Falón Guardia**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia 2022**

Atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica

**Jenny Alejandra Campo Manco
Maria Alejandra Falón Guardia**

Trabajo de grado para optar el título de Profesional en Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud

Asesor

Jorge Hernando Donado Gómez Profesor FNSP Universidad de Antioquia

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia 2022**

Contenido

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.	11
Descripción del problema.	13
Justificación.	19
Objetivos.....	20
Objetivo General	20
Objetivos específicos.....	20
Marco teórico.	21
Marco Contextual	21
Marco normativo o legal	24
Metodología.	30
Criterios de elegibilidad.	30
Criterios de inclusión.....	30
Criterios de exclusión.....	30
Fuentes de información.	30
Búsqueda.	31
Selección de los estudios.	32
Proceso de extracción de datos.....	32
Lista de datos.	32
Resultados.....	34
Selección de estudios.....	34
Características de los estudios.	35
Resultados por objetivos.....	44
Discusión.	60
Limitaciones.	63
Conclusiones	64
Bibliografía	65

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados búsqueda bases de datos.....	44
--------------------------------------------------	----

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Combinaciones en bases de datos.....	31
Cuadro 2. Combinaciones usadas	32
Cuadro 3. Características de los estudios.....	35

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Reformas a los sistemas de salud en países de Latinoamérica. (16).....	24
Ilustración 2. Esquema de selección de datos	34

Glosario

Enfermedad renal crónica: Deterioro progresivo e irreversible de la función renal, pierden su capacidad para eliminar toxinas y controlar el volumen de agua del organismo. En la mayoría de los casos, se llega a la situación de enfermedad renal crónica, tras un período de tiempo variable, así que pueden pasar años desde el inicio del diagnóstico inicial hasta llegar a la fase crónica.

Diálisis: Procedimiento que elimina los productos de desecho y el exceso de líquido de la sangre que los riñones no pueden eliminar. La diálisis realiza la función que normalmente hacen los riñones cuando están sanos. Hay dos tipos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. La elección de una u otra modalidad depende, en algunos casos, de criterios estrictamente médicos. Pero en otros, es el paciente quien juega un papel fundamental en la toma de decisiones.

La hemodiálisis usa una máquina. A veces es llamada riñón artificial. Usted debe ir en forma frecuente a una clínica especial para recibir el tratamiento varias veces a la semana.

La diálisis peritoneal usa la membrana que recubre el abdomen, llamada membrana peritoneal, para filtrar la sangre.

Trasplante de riñón: Procedimiento quirúrgico que consiste en colocar un riñón sano de un donante vivo o fallecido en una persona cuyos riñones ya no funcionan correctamente. Cuando los riñones pierden esta capacidad de filtrado, se acumulan niveles dañinos de líquido y desechos en el cuerpo, y esto puede elevar tu presión arterial y resultar en insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa terminal). La enfermedad renal terminal se produce cuando los riñones han perdido aproximadamente el 90% de su capacidad para funcionar normalmente.

Calidad de vida: El término calidad de vida se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de estas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. Se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud.

Atención en salud: Según la OMS la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Todos los seres humanos tienen el derecho a recibir atención en salud, aunque realmente en Colombia esta situación se convierte en una razón de muerte, aún más hablando

de la atención en salud para los habitantes de calle, pues ellos, aunque miembros de esta sociedad son marginados y discriminados por su situación; recibiendo mala atención en servicios de salud y poca colaboración del personal generando el aumento de problemas de salud Pública.

Sistema de salud: Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Rectoría en Salud: Es una función indelegable e ineludible del Estado, ejercida a través de la Autoridad de Salud Nacional. Es la capacidad del Estado para conducir el Sector Salud y asumir responsabilidad por la salud y el bienestar de la población. El Ministerio de Salud ejerce dicha rectoría en el Sector Salud y vela por el bien público en materia de salud

Resumen.

Contexto: La enfermedad renal crónica (ERC) es el daño que se presenta cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar la sangre del cuerpo, ocasionando acumulación de desechos que conllevan al desarrollo de otras enfermedades, la atención de esta está sujeta al sistema de salud de cada país.

Objetivo: Describir la atención en salud del paciente con Enfermedad Renal Crónica en algunos países de Latinoamérica, desde el año 2012 hasta el 2022 basados en la literatura existente.

Métodos: Para ello se tomó en cuenta la literatura encontrada en el metabuscador Google Académico y en las bases de datos de Scielo, LILACS, Redalyc, Bireme, además de entes gubernamentales nacionales e internacionales (OPS, OMS, asociación Latinoamericana de Nefrología, etc.) que cumplieran con ciertos criterios de elegibilidad planteados.

Principales resultados: Los resultados encontrados señalan la hemodiálisis como el principal método de tratamiento utilizado por los pacientes en todo Latinoamérica, además muestran similitudes en cuanto al modelo de atención en salud a pesar de que los sistemas de salud sean diferentes; igualmente permitieron evidenciar las falencias que se presentan en la atención que reciben los pacientes con esta enfermedad lo que se atribuye principalmente al diagnóstico tardío de los pacientes.

Conclusión: Según los resultados lo que se requiere primordialmente en los países estudiados es una mayor intervención desde los primeros niveles de atención, con el fin de lograr un diagnóstico a tiempo que permita un tratamiento oportuno que, aunque no cure la enfermedad sí consiga retrasarla y/o mitigar los efectos de esta.

Palabras claves: enfermedad renal crónica, diálisis, hemodiálisis, sistema de salud, atención a la salud, autocuidado, adherencia.

Abstract

Context: Chronic kidney disease (CKD) is the damage that occurs when the kidneys lose the ability to filter the body's blood, causing accumulation of wastes that lead to the development of other diseases, the care of this is subject to the health system of each country.

Objective: To describe the health care of patients with Chronic Kidney Disease in some Latin American countries, from 2012 to 2022 based on the existing literature.

Methods: To this end, the literature found in the Google Scholar meta-search engine and in the databases of Scielo, LILACS, Redalyc, Bireme, in addition to national and international governmental entities (PAHO, WHO, Latin American Association of Nephrology, etc.) that met certain eligibility criteria were taken into account.

Main results: The results found indicate hemodialysis as the main method of treatment used by patients throughout Latin America, and also show similarities in terms of the health care model despite the fact that the health systems are different; they also showed the shortcomings in the care received by patients with this disease, which is mainly attributed to the late diagnosis of the patients.

Conclusion: According to the results, what is required in the countries studied is a greater intervention from the first levels of care, in order to achieve an early diagnosis that allows a timely treatment that, although it does not cure the disease, it does delay it and/or mitigate its effects.

Key words: chronic kidney disease, dialysis, hemodialysis, health system, health care, self-care, adherence.

Introducción.

Caracterización de la enfermedad.

La enfermedad renal crónica (ERC) es la pérdida progresiva e irreversible de las funciones que realizan los riñones. Se pierde su capacidad de eliminar desechos, concentrar la orina, conservar el balance de sustancias en la sangre y mantener un equilibrio metabólico y hormonal que protege a todas y cada una de las células de nuestro organismo. **(1)** Sus síntomas más comunes son: falta de apetito, malestar general y fatiga, dolores de cabeza, picazón y resequead de la piel, náuseas y pérdida de peso, somnolencia y problemas para concentrarse o pensar, entumecimiento o hinchazón en las manos y los pies, problemas con la actividad sexual. Esta enfermedad se clasifica en 5 etapas conocidas como estadios siendo el estadio 1 el más leve y en el cual el daño apenas está comenzando y tiene un tratamiento dependiendo de su causa y el estadio 5 donde el daño renal ya está en su máxima exponencial y ya los riñones pierden su capacidad total de funcionar de manera eficiente, por lo cual se hace necesario aplicar un tratamiento de sustitución renal ya sea por medio de diálisis o en su defecto un trasplante. Esta es una enfermedad progresiva, no transmisible y estrechamente ligada a otras enfermedades. A pesar de su carácter prevenible, su incidencia está en aumento en todo el mundo, principalmente en épocas de globalización, en las que se han introducido nuevos factores de riesgo derivados de la producción y consumo, riesgos que se han sumado a la pobreza e inequidad social y sanitaria. **(2)**

Según resultados de estudios la diabetes es la principal causa de enfermedad renal avanzada en todo el mundo. En 2016, uno de cada once adultos en todo el mundo padecía diabetes y más del 80% vivía en países de ingresos bajos y medios donde los recursos para una atención óptima son limitados; lo cual acrecienta más las consecuencias de la ERC. También se conoce que la hipertensión aqueja a 1.000 millones de personas en todo el mundo y es la segunda causa atribuible de ERC. El control de esta es muy importante para disminuir la progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de mortalidad entre las personas. **(3)**

Los hábitos de estilo de vida, incluidos los patrones dietéticos, están fuertemente influidos por el estatus socioeconómico. En los últimos años, varios patrones dietéticos saludables se han asociado con resultados de ERC favorables y/o desfavorables. **(3)** Las personas de bajos ingresos a menudo enfrentan barreras para una alimentación saludable sufriendo de inseguridad alimentaria entendida como el acceso restringido a alimentos nutritivos que es un factor de riesgo para la ERC y la progresión a insuficiencia renal. Caso contrario pasa en los países de ingresos altos, donde la inseguridad alimentaria se ha asociado a la sobrealimentación que conlleva a sobrepeso y obesidad las cuales empeoran el panorama de la ERC.

La complejidad de su manejo deriva de varios factores interrelacionados: su complejidad clínica y psicosocial, que demanda largos, complejos y costosos tratamientos para un creciente número de afectados, y por lo tanto es una enfermedad de alto costo para el sistema de salud. **(2)** En muchos escenarios, las tasas de enfermedad renal y la provisión de su cuidado están definidas por factores socioeconómicos, culturales y políticos, ocasionando disparidades significativas en la carga de la enfermedad, aún en países desarrollados. Estas disparidades existen a lo largo de todo el espectro de la enfermedad renal; desde los esfuerzos preventivos para limitar el desarrollo de la lesión renal aguda (LRA) o de la enfermedad renal crónica ERC hasta la tamización para enfermedad renal entre las personas con alto riesgo de desarrollarla, al acceso a cuidado y tratamiento subespecializado de la falla renal con terapia de reemplazo renal (TRR). **(3)** Debido a lo complejo y costoso de la atención de la enfermedad renal, su provisión está estrechamente relacionada con las políticas públicas y la situación financiera de cada país. En varios países de valiosos ingresos económicos, la atención médica es universal y es proporcionada por el Estado e incluye el fácil acceso a los tratamientos requeridos de sus habitantes, mientras que en otros países de bajos ingresos el tratamiento de la ERC no es óptimo ya que carecen de una garantía de acceso real a servicios de salud, y la atención es regular ya que no siempre pueden ser financiadas ni en un porcentaje ni en su totalidad con fondos públicos, y los esfuerzos de prevención de la ERC a menudo son limitados ya que carecen de centros de atención habilitados, sin embargo, cabe mencionar también que en varios países se logra una mediana atención de estos pacientes gracias a la colaboración entre los sectores público y privado.

Para los profesionales de los servicios de salud y los usuarios con ERC, una afectación bastante grave es la falta de recursos económicos para el traslado hasta los lugares estimados entre las EPS e IPS más que todo para aquellos usuarios que residen en barrios alejados de la localidad, o cuando se trata de servicios que prestan en hospitales fuera de la red y por el bajo nivel de ingresos económicos se dificulta también el acceso a los servicios. Teniendo en cuenta un atenuante que empeora más el panorama y es la dependencia de un acompañante que tienen algunos pacientes (niños y adultos mayores) que en algunos casos no se tienen porque no cuentan con el debido tiempo ya que requieren trabajar para el sustento de sus familias.

Un factor que ha conllevado al aumento de casos de ERC es la falta de educación y/o conciencia de los pacientes sobre estilos de vida saludable enfocados a la prevención para evitar la enfermedad. Dando paso al uso de los servicios de salud siendo ya un poco tarde, cuando la enfermedad está presente y se encuentra en un estadio que requiere un tratamiento de sustitución renal como lo es la diálisis,

procedimiento que consiste en eliminar los productos de desecho y el exceso de líquido de la sangre que los riñones no pueden eliminar. Teniendo en cuenta que existen dos tipos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal la elección de una u otra depende en algunos casos, de criterios estrictamente médicos, pero en otros, es el paciente quien juega un papel fundamental en la toma de decisiones. La diálisis es un tratamiento de por vida, salvo que se recupere la función renal, situación poco frecuente, o bien se produzca un trasplante de riñón.

Para 2013 la organización mundial de la salud OMS reconoció de modo explícito el verdadero problema de salud pública que representa la enfermedad renal crónica caracterizando la gravedad del problema con una referencia parcial (no mundial) a las comunidades agrícolas de Centroamérica, después de que las autoridades sanitarias de El Salvador informan que, en este país, la enfermedad renal crónica era la primera causa de muerte hospitalaria entre los hombres y la quinta entre las mujeres. **(4)**

La OPS plantea el derecho a la salud y en especial a la asistencia médica, a pesar de esta afirmación, esta Organización indica que actualmente la totalidad de los habitantes de las Américas no consiguen beneficiarse de la cobertura médica y el acceso a los servicios de salud. Para la situación que se presenta actualmente se propone derribar las barreras existentes que se oponen al cumplimiento de todo lo pactado en “salud para todos” que busca exactamente garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Las principales dificultades para conseguir el objetivo de la cobertura sanitaria universal vienen condicionadas por obstáculos físicos o geográficos, la capacidad económica, la deficiente calidad del servicio o la discriminación que pueden llegar a sufrir ciertos grupos de personas. En el tema de geografía Latinoamericana hay poblaciones muy alejadas de las principales ciudades de cada país donde hay asistencia médica integral y es allí donde se presenta un alto porcentaje de poca cobertura en salud e ineficiente acceso a la prestación de los servicios de salud y la baja cobertura de la atención primaria.

Descripción del problema.

En América Latina y el Caribe, dos de cada tres personas mayores reportaron tener una de seis enfermedades crónicas precursoras a la ERC (hipertensión, diabetes, cardiopatía, enfermedad cerebrovascular, artropatías o enfermedad pulmonar crónica) y dos de cada tres dijeron tener al menos dos factores de riesgo dentro de los tomados en cuenta (hábito de fumar, sobrepeso o la falta de actividad física rigurosa), según datos de la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), dirigida por la OPS/OMS. **(5)**

Las desigualdades en salud en el caso de la ERC representan inequidades porque,

al tratarse principalmente de problemas de salud crónicos, con frecuencia están asociados con deficiente manejo por parte del sistema de salud, lo que, por lo general, afecta a menudo a los grupos con escasos recursos económicos, con menor acceso a los servicios de salud y menor calidad en ellos. Para ilustrar estas inequidades puede citarse el estudio de Martínez, en el cual se incluyeron pacientes diabéticos que padecen ERC-5. Este estudio encontró que los pacientes pertenecían predominantemente a grupos con bajo nivel educativo y bajo estrato socioeconómico. Adicionalmente, se encontraron diferencias en la calidad de la atención en las poblaciones del régimen subsidiado. **(6)**

La pobreza influye negativamente en tres determinantes principales de la salud:

1. Los hábitos de vida: los pobres son mucho más susceptibles a la enfermedad debido a la falta de acceso a agua limpia y a sistemas sanitarios, a la información acerca de las conductas preventivas y a una nutrición adecuada.
2. El acceso a los servicios de atención de salud: a menudo carecen de acceso a la atención médica o son mucho menos propensos a buscarla, debido al difícil acceso a los distantes servicios de atención a la salud, la falta de recursos necesarios para cubrir los gastos de salud y la falta de educación sobre cómo combatir la enfermedad.
3. La exposición ambiental: la exposición ambiental a los metales pesados y a otros agentes contaminantes, así como la exposición de por vida a la pobreza, aumentan el riesgo de contraer la enfermedad renal. **(7)**

Según la OPS diez países de la Región disponen de registros nacionales, que funcionan desde hace más de una década y poseen una organización sólida que permite a sus responsables elaborar informes anuales completos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Puerto Rico, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Por otra parte, los registros de Perú y Bolivia tienen datos parciales, ya que solamente registran los pacientes cuyo tratamiento es financiado por la Seguridad Social. Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana carecen de registro organizado y los datos, que son enviados por uno o varios nefrólogos, son parciales. Mención especial merece el caso de México, donde los registros de los estados de Jalisco y Morelos recopilan datos de excelente calidad, que también envían todos los años, y que se utilizan para extrapolar resultados de todo el país. La contribución de Brasil, que representa 30% de la población en DTR en América Latina, se ha consolidado en los últimos tres años y la calidad de los datos de su registro ha mejorado sustancialmente. Dicha información da muestra de la necesidad de la creación y mantenimiento de un registro nacional de la ERC en los distintos países de Latinoamérica que resulte eficiente. **(8)**

En Colombia se tiene un modelo de prevención y control de la ERC denominado "Componente de un modelo de salud renal" fue propuesto por Fedesalud, en concertación con diferentes actores sociales, y fue aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este modelo incluye programas de prevención primaria y secundaria y acepta, teóricamente, que para la implementación se debe disponer

de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades médicas, emocionales, sociales, nutricionales y económicas de los pacientes. **(2)** Posteriormente en 2016 el ministerio de salud pública la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en Colombia la cual tiene como objetivo Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la ERC en pacientes adultos de Colombia. No obstante, en la práctica los programas son sobre todo asistenciales, con énfasis en la diálisis (con coberturas no universales), pero relega los programas de prevención primaria y gestión del riesgo en pacientes en estadios tempranos y con enfermedades precursoras. El enfoque de manejo ha sido predominantemente individual y biomédico, pero no alcanza a aportar una respuesta adecuada para mitigar el problema o la resolución de las complicaciones clínicas y sociales derivadas. **(2)**

Aunque se conocen pocos estudios de las condiciones de atención específicamente para las poblaciones con ERC, son múltiples los estudios que develan las importantes limitaciones estructurales y organizativas del sistema de salud para la población general y las poblaciones vulnerables. Se ha demostrado que las barreras de acceso a los servicios de salud impiden la atención con calidad, limitan la protección clínica y financiera de los afectados e incrementan la inequidad social y sanitaria. Algunos informes recientes han mostrado la persistencia de las desigualdades entre los distintos grupos poblacionales. **(2)** En el caso del sistema de salud colombiano y de otros países, la inequidad se evidencia debido a que existen diferentes regímenes de afiliación y que se prestan servicios diferenciados a la población según su capacidad de pago, por lo tanto, terminan estableciendo una brecha entre la población según su condición socioeconómica. **(9)**

La atención de la población con ERC enfrenta grandes desafíos, ya centrados en el tema del paciente es una lucha constante ya que se espera por parte del personal médico que sea cual sea el tratamiento por seguir cada paciente se adhiera de la manera más comprometida ya que es una lucha clínica que solo se logra con la respuesta positiva del cuerpo humano sino de la actitud del paciente. El no cumplimiento de las indicaciones médicas genera múltiples complicaciones con el sistema respiratorio, digestivo y cardiovascular. Puede provocar edemas en miembros superiores e inferiores, dificultades respiratorias como edema agudo del pulmón, falta de aire y neumonía, náuseas, vómitos, dolores abdominales, paros cardíacos y hasta la muerte. Además, desde el punto de vista económico deben disponerse recursos para atender estas complicaciones, las cuales generan un aumento en los ingresos y las estadías hospitalarias. Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida. Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su

enfermedad, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte. La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona, como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones. Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno. En el caso de los pacientes con enfermedad renal, el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que, al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente. **(8)**

Teniendo en cuenta la integralidad que se busca para la atención de los pacientes con ERC se debe mencionar la importancia de la satisfacción del paciente y su familia en relación con la atención obtenida, es vital que el paciente experimente un resultado positivo de su atención. Más allá de esto es preciso la aseveración de que la seguridad en el servicio obtenido es sumamente importante en el proceso de recuperación del paciente, ya que un primer acercamiento con el hospital, el personal y el tratamiento recibido le motiva a regresar con mayor seguridad a la siguiente cita, o de encontrarse hospitalizado le motiva a seguir luchando por su vida, en tanto, se llena de la creencia que el tratamiento está siendo a su favor; lo cual, influye en su estado anímico; por ende, en su estado físico y en su pronta recuperación. **(10)** Cabe mencionar con relación a lo expuesto que si hay una actitud positiva en el tratamiento se puede lograr una adherencia significativa en el seguimiento de las recomendaciones. **(11)** De igual manera hay que tener presente que el empoderamiento de los pacientes es una parte fundamental en la gestión de las enfermedades crónicas, lo cual permitirá mejorar la eficiencia del sistema de salud, dado que el paciente tendrá la capacidad de decidir, satisfacer sus necesidades y resolver problemas que se presenten sobre su estado de salud, por lo que es indispensable capacitarlo para que tome decisiones sobre su autocuidado. **(12)**

La ERC genera una afectación natural a quien la padece, ya que el paciente siente

miedo e impotencia por los cambios que puede sufrir en todas las esferas de su vida, incertidumbre acerca de su tratamiento sumado a las ineficiencias en los sistemas de salud en cuanto a la detección temprana y tratamiento una vez detectada la ERC. El daño renal somete al paciente a muchas limitaciones, entre las cuales está la capacidad de trabajar, de socializar y/o valerse por sí mismo. Teniendo en cuenta la realidad socioeconómica de los países latinoamericanos, que combina ausencia de soporte social, altos niveles de desocupación y disminución o carencia de ingresos familiares; se ve a diario una grave afectación en la calidad de vida del paciente pues acarrea problemas de malnutrición, fallas en la autoestima, depresión, imposibilidad de adquirir medicamentos, acceder a estudios complementarios, sostener a sus familias y en varias ocasiones hasta acceder al tratamiento de manera constante. Es muy importante brindar un acompañamiento constante al paciente y ayudarlo a entender que es posible desarrollar nuevas capacidades y destrezas que permitan lograr una mejor calidad de vida a pesar de los efectos secundarios que se van presentando. **(13)**

Por esto se justifica realizar la investigación sobre la atención en salud del paciente con enfermedad renal crónica relacionada a la calidad y accesibilidad, ya que cada vez es más necesario tener información que permita analizar la situación y así los actores determinantes en el proceso de atención (políticas, administración, asistencial) tomar decisiones que permitan la mejora de esta. Así mismo se evidencia la falta de conocimiento a nivel de Latinoamérica de la situación actual de la atención de la ERC ya que no se encontraron documentos que tengan información unificada del proceso de atención con un enfoque en la calidad y accesibilidad de este en la región, que permita la creación de lineamientos intersectoriales que lleven a la mejora de la calidad y accesibilidad en salud para las personas con ERC. En las bases de datos utilizadas Google académico, Bireme, Scielo, Lilacs y Redalyc se encontró información muy valiosa pero dispersa; es decir, se encontraron artículos que mencionan el proceso de atención de la enfermedad, pero no especifica el acceso a la misma y otros artículos que no abordan el tema de la calidad en la atención, además de que no se halló un documento que hablara de dicho tema a nivel de la región, todos estos eran específicos para cada uno de los países abordados.

Todo lo expuesto anteriormente da muestra de las deficiencias existentes en la documentación del proceso de atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica, ya que en la actualidad se considera un problema de salud pública y una enfermedad emergente, debido a que su frecuencia ha sido creciente en las últimas décadas, por lo cual es necesaria una revisión bibliográfica para conocer

con claridad la situación actual y así determinar **¿Cómo es la atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica?**

Justificación.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad que día a día va en aumento a nivel mundial y su detección en la mayoría de los casos es tardía, el acrecentamiento de las enfermedades precursoras de dicha enfermedad como lo son principalmente la diabetes y la hipertensión arterial no siempre tienen el adecuado tratamiento y los estilos de vida de las personas tienden a empeorar el panorama de dicha enfermedad. Es considerada como una enfermedad de alto costo precisamente por las implicaciones económicas que acarrea su tratamiento, que aparte de ser extenso resulta ser muy agotador tanto para el paciente como para su familia. El conocimiento acerca de la enfermedad, el acompañamiento y apoyo de las personas cercanas genera empoderamiento y aumenta la posibilidad de una correcta adherencia al tratamiento, lo cual incide positivamente en la vida del paciente, porque adquiere la capacidad de sobreponerse a una situación de impotencia y adquirir control sobre su vida permitiendo el desarrollo de las capacidades, las habilidades y los recursos que le sirven de apoyo, lo cual le permite mejorar su perspectiva sobre la capacidad que tiene para mantener un buen estado de salud. **(12)**

El tratamiento continuo del paciente con enfermedad renal crónica es un objetivo fundamental de los programas de salud pública y que debido a su crecimiento en cifras se vela porque los pacientes reciban los elementos necesarios y que no se afecte su capacidad funcional. Sin embargo, los tratamientos a los cuales puede acceder un paciente dependen del sistema de salud del país donde habita, debido a que a pesar de ser una enfermedad que constituye una de las principales causas de morbilidad en el mundo entero; su atención presenta variaciones y por ende una serie de inequidades que obstaculizan un tratamiento idóneo. Analizar la atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica resulta relevante ya que la información encontrada y estructurada permite hacer un diagnóstico real de la situación actual, lo cual sirve de apoyo a la hora de toma de decisiones. El resultado final de la revisión de la literatura sirve como referente para la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral (MAITE), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), la atención primaria en salud renovada (APS-R) en Colombia y otros programas de los demás países estudiados que se enfoquen en todo tipo de acciones para la búsqueda de una atención en salud integral de su población.

Objetivos.

Objetivo General

Analizar la Atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica.

Objetivos específicos

1. Especificar la atención en salud de los pacientes con ERC según el sistema de salud vigente en algunos países de Latinoamérica.
2. Describir las barreras de acceso que enfrentan los pacientes con ERC.
3. Detallar el tema de adherencia al tratamiento del paciente con ERC.

Marco teórico.

Marco Contextual

Este trabajo se desarrollará a nivel Latinoamericano mediante una búsqueda exhaustiva de bibliografía, referente al tema de la atención de la enfermedad crónica. Para esto se hace necesario mencionar la situación de la región en cuanto a la enfermedad renal crónica.

Latinoamérica es una extensa región del mundo de poco más de 19 millones de km² y con una población de 638 millones, que crece a un ritmo promedio del 1% anual. Para muchos, los 20 países principales que la componen tienen como única característica en común el haber sido colonias y haber heredado la lengua de España y Portugal. Sin embargo, a pesar de las enormes diferencias entre países, la región comparte algunas características que ayudan a explicar por qué la enfermedad renal ocupa el lugar actual en América Latina, y que a su vez reflejan indudables progresos en muchas áreas, pero también innegables rezagos en otras. Aunque en promedio ha habido mayor cobertura de servicios públicos a la población y se ha logrado disminuir el analfabetismo (aunque a niveles aún no óptimos del 9%), el índice de desarrollo humano todavía no es alto (0.75). En términos de macroeconomía, el producto interno bruto PIB de la región no es despreciable (USD 5,954 billones) y, aunque lento, crece a un ritmo de 1.7% al año, mientras que el PIB per cápita hoy día es de USD 8,324.5. El grave problema de Latinoamérica es la injusta distribución de la riqueza, pues mientras que en esta zona viven algunas de las personas o familias más ricas del mundo, el 26% de los pobladores viven en la pobreza. Además de estas situaciones desventajosas en materia de economía, varias condiciones en la esfera de los servicios de salud no han logrado ser superadas. La expectativa promedio de vida al nacer es ahora de 75.8 años y, consecuentemente, la población de más de 60 años ya es del 9%¹. Aunque la mortalidad infantil se ha reducido a 13/1,000 nacidos vivos y el bajo peso al nacer (<2,500 g) al 8%, aún no son cifras ideales. Si bien se ha reducido la desnutrición en la población general a un 6.2%, ahora uno de los problemas de salud más graves son el sobrepeso y la obesidad, que juntos llegan al 58% en nuestra región. El cuadro anterior se agrava cuando se considera que el porcentaje del PIB dedicado a la salud es particularmente bajo (3.7%) y el personal de salud (médicos y enfermeras) también es subóptimo. Más aún, el número de nefrólogos, aunque muy heterogéneo en la región, en promedio es bajo (16 nefrólogos pmp) sobre todo en Centroamérica, México, Colombia, Chile, Bolivia, Paraguay y Ecuador. Esta cifra está por debajo de la meta mínima propuesta por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión SLANH para Latinoamérica, que es de 20 nefrólogos pmp; solo Puerto Rico, Cuba, Argentina, Brasil y Uruguay rebasan esta cifra. **(14)**

La insuficiencia renal tiene una enorme importancia para la zona porque, en primer lugar, Latinoamérica tiene la tasa de mortalidad por enfermedad renal crónica ERC más alta de todo el mundo, y dentro de nuestra región, la ERC es la segunda causa más importante de años de vida perdidos. Según los datos del Institute for Health Metrics and Evaluation de EE. UU., las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT son, con mucho, la principal causa de mortalidad en todo el mundo, seguidas por las enfermedades transmisibles y la violencia y accidentes. De las ECNT, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, pero la diabetes y la ERC también son causas muy relevantes. Cuando se analiza solo la región latinoamericana, las ECNT siguen siendo las principales causas de mortalidad, pero la ERC y la diabetes incrementan en más del doble su presencia. Más aún, si se revisan las causas de años de vida perdidos por discapacidad, la participación de las ECNT también son las principales causas, y la ERC y la diabetes juegan un papel más o menos similar en magnitud que como causas de muerte; sin embargo, cuando se considera solo a América Latina, su frecuencia se incrementa aún más notablemente como causas de años perdidos por discapacidad. **(14)**

Algunos países latinoamericanos comparten sus datos con el United States Renal Data System USRDS, y en la comparación internacional del reporte de 2018 de este registro muestran una gran variabilidad en sus tasas de incidencia de pacientes en terapia de reemplazo renal TRR, que van desde las más altas como en el caso de México (debe aclararse que México no tiene un registro nacional de diálisis y, en su lugar, el Registro Estatal de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco aporta sus datos), pasan por tasas intermedias como las de Guatemala, Brasil, Chile, Uruguay y Argentina, y llegan hasta cifras de las más bajas como las de Colombia y Perú. En un análisis más completo con los datos del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante RLADT, en funcionamiento desde 1991, se puede observar que, en el reporte más reciente de 2016, la incidencia promedio en Latinoamérica es de 162 pacientes por millón de población (ppmp), pero de nuevo muestra gran heterogeneidad. Los países con mayor incidencia son Puerto Rico (419 ppmp), Jalisco (411 ppmp), Honduras (260 ppmp) y El Salvador (227 ppmp). Los dos últimos recientemente han aparecido dentro de los países con más pacientes nuevos en TRR, mientras que los países con menor incidencia de TRR son Colombia (79 ppmp), Perú (71 ppmp), Paraguay (46 ppmp) y República Dominicana (15 ppmp). Por otro lado, mientras que algunos países han empezado a encontrar una meseta en su crecimiento en la tasa de incidencia, países como Chile y México muestran aún un constante (y preocupante) crecimiento de esta. **(14)**

Comparando los países Latinoamericanos con el resto del mundo, de acuerdo con los datos del USRDS, también se observa una gran variabilidad en términos de prevalencia, con países con tasas de las más elevadas (México y Chile), intermedias (Uruguay, Argentina y Brasil) y bajas (Colombia, Perú y Guatemala). En el RLADT, la prevalencia promedio en la zona fue de 778 ppmp en 2016, con Puerto Rico (2,129 ppmp), México (1,558 ppmp), Chile (1,470 ppmp) y Uruguay (1,123 ppmp)

como los países con mayores tasas, y Honduras (289 ppmp), Paraguay (271 ppmp), Costa Rica (139 ppmp) y El Salvador (104 ppmp) con las menores tasas. Asimismo, el crecimiento observado de la prevalencia también ha sido constante por más de 30 años, con un crecimiento anual aproximado del 10%. **(14)**

Lo que ocurre en relación con los trasplantes en la zona también muestra un patrón de gran variabilidad, pues de nuevo se observan países con gran actividad de trasplante renal, como Uruguay, Brasil, Argentina, México, Puerto Rico y Costa Rica, y otros prácticamente no reportan actividad, como Perú, República Dominicana y Nicaragua. Aunque la tasa de trasplante ha ido incrementándose de manera constante a través de los años, aún no es suficiente para cubrir las necesidades y listas de espera en cada país. **(14)**

El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal RLDTR comenzó a funcionar en 1991 y recopila datos de los países afiliados a la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión SLANH. La calidad de los datos de un registro regional como éste viene determinada por la calidad de los respectivos registros nacionales. La heterogeneidad o incluso la ausencia de registros en algunos países de la Región de las Américas están en consonancia con las inequidades en el acceso a los tratamientos de reemplazo renal que padecen los pacientes en ella. **(13-15)** La meta de prevalencia del TRR acordada por la OPS (al menos 700 por millón de habitantes en 2019) tiene entre otras pretensiones la de mitigar dichas inequidades. **(8)**

Diez países de la Región disponen de registros nacionales, que funcionan desde hace más de una década y poseen una organización sólida que permite a sus responsables elaborar informes anuales completos: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Puerto Rico, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Por otra parte, los registros de Perú y Bolivia tienen datos parciales, ya que solamente registran los pacientes cuyo tratamiento es financiado por la Seguridad Social. Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana carecen de registro organizado y los datos, que son enviados por uno o varios nefrólogos, son parciales. Mención especial merece el caso de México, donde los registros de los estados de Jalisco y Morelos recopilan datos de excelente calidad, que también envían todos los años, y que se utilizan para extrapolar resultados de todo el país. La contribución de Brasil, que representa 30% de la población en DTR en América Latina, se ha consolidado en los últimos tres años y la calidad de los datos de su registro ha mejorado sustancialmente. **(8)**

Marco normativo o legal.

En América latina la salud pública es la encargada de velar por el bienestar de la población en general en cuanto a calidad de vida y buenas condiciones se trata. No obstante, la inequidad que se presenta entre los diferentes países es abismal y los sistemas de salud no son lo suficientemente eficientes debido a factores socioeconómicos, educativos y políticos que en últimas terminan limitando a las personas más vulnerables a tener una vida digna. En el tema de sistemas de salud el manejo de las enfermedades de alto costo como es el caso de la enfermedad renal crónica es manejada en cada país de acuerdo con la prestación de servicios de salud según la legislación vigente de los mismos. En general se cuenta con sistemas de salud público, privado y/o mixto, todos con la función principal de velar por la salud de las personas, sin embargo, existen grandes brechas en la prestación de los servicios por el tema de capacidad de pago.

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental de las personas, en cada país existe un reto diario de brindar cobertura total de la prestación de los servicios a toda la población en general sin distinción alguna. Para el cumplimiento del derecho a la salud de las personas, independientemente del país en que esté existe una legislación vigente que tiene como propósito cubrir las actividades de atención de servicios de salud en caso de urgencias o emergencias; teniendo en cuenta que esta herramienta a su vez genera responsabilidades civiles, penales y profesionales que deben cumplirse a cabalidad.

A continuación, se menciona la legislación que rige en algunos países de Latinoamérica con relación a la atención en salud.

Ilustración 1. Reformas a los sistemas de salud en países de Latinoamérica. (16)

Países	Inicio de la Reforma	Modelos	Situación de la Reforma 2003-2005
Argentina	1993-1996, 2000-2002	Tripartito: público, seguro social y privado (en expansión)	Continúa caída en la cobertura y gasto del seguro social y aumento del privado
Bolivia	1994-1998	Tripartito: público, seguro social y privado ^a	No ha habido cambios importantes
Brasil	1990	Dual: público-seguro social (3 niveles) y privado (mayormente complementario)	No ha habido cambios importantes
Colombia	1994	Cuatritpartito: contributivo, subsidiado, privado y "vinculado" (público transitorio)	Tres proyectos de ley de reforma del sistema en debate a fines de 2004
Costa Rica	1994-1998	Dual: seguro social y privado (minoritario pero creciente)	Continúa avanzando aunque con problemas y obstáculos
Cuba	1960-1969, 1984, 1990s	Público (no hay privado)	No habido cambios importantes
Chile	1981, 1991, 2004-2005	Dual: público-seguro social y privado (importante)	Cuatro leyes de reforma del sistema de salud, la última aprobada en 2005
Ecuador	1993, 1998-2001 ^b	Tripartito: público, seguro social (con seguro campesino) y privado ^c	La ley de reforma de la seguridad social no estaba implantada del todo en 2005
El Salvador	1999-2000	Tripartito: público, seguro social y privado (pequeño)	Propuesta consensuada de reforma abortada en 2003
Guatemala	1995	Tripartito: público, seguro social y privado (principalmente ONG's) ^e	Extensión de la cobertura de 11 a 15 departamentos
Haití	1996 (no operó)	Dual: público y privado (3 tipos ^a)	Nueva estrategia del ministerio, 2004; marco de cooperación externa, 2004-06
Honduras	2000-2001	Tripartito: público, seguro social y privado (muy pequeño)	Proceso de reforma del código sanitario y de la ley de seguridad social
México	1984-1988, 1994-2003	Tripartito: público, seguro social y privado ^d	Reformas ley general salud en 2003 y 2005, crea Seguro Popular Salud
Nicaragua	1991-1997	Tripartito: público, seguro social (mediante privado) y privado	Nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación 2005
Panamá	1996	Virtualmente dual: seguro social (principal), público y privado (pequeño)	Proyecto de ley de reforma del seguro social sometido al congreso en 2005
Paraguay	1996-1998	Tripartito: público, seguro social y privado ^e	Propuesta de extender la cobertura y separación de funciones en 2003
Perú	1995-1997, 2001	Tripartito: público, seguro social y privado ^d	Extensión del paquete básico para los pobres a 33% de la población total
República Dominicana	2001	Tripartito: público, seguro social y privado; en la reforma: contributivo, contributivo-subsidiado y subsidiado	La reforma sólo está implantada en el régimen subsidiado, se anuncia inicio del contributivo en octubre 2005
Uruguay	1987 ^c	Tripartito: público, seguro social (mediante varios proveedores) y privado	Continúa caída de afiliados en IAMC, extensión maternidad a bajo ingreso
Venezuela	1999 ^d	Tripartito: público, seguro social y privado ^e	Proyecto de ley de salud sometido a la asamblea nacional en 2005 ^e

Las reformas han dado lugar a sistemas de salud con diferentes modelos tripartitos en su mayoría, con diversos roles de los subsectores público, de seguro social y privado, niveles de integración, formas distintas de financiamiento y provisión, y grados de cobertura: (a) público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita (Cuba); (b) seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal (Costa Rica); (c) dual coordinado, combinando subsectores público seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión y cobertura casi universal (Chile); (d) dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal (Brasil); (e) virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal (Panamá); (f) cuatritpartito coordinado, con un subsector público seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público ("vinculado") de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión, cubriendo algo más de la mitad de la población—casi universal si se tiene en cuenta el "vinculado" (Colombia); (g) tripartito con baja

coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal (Argentina); (h) tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal (Uruguay); (i) tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre 57% y 73%, en once países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela), y (j) dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60% (Haití). **(16)**

Desde el año 2000, las resoluciones y los informes sobre las ENT y sus factores de riesgo han ocupado un lugar destacado en las agendas mundiales y regionales y han servido de base para la estrategia regional y plan de acción del 2006 para las ENT. Desde su adopción en el 2006, ha habido adelantos importantes en las políticas y las acciones regionales en materia de ENT en las Américas, que se señalan en la estrategia regional 2012-2025. Varios movimientos subregionales de integración política han dado prioridad a las ENT; la mayoría de los Estados Miembros tienen planes nacionales para las ENT e inversiones relacionadas con los programas; 18 países han aplicado estrategias integradas de atención primaria. **(17)**

Dentro de las medidas que se toman a nivel regional se tienen las guías latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica, la cual fue desarrollada por la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión SLANH en colaboración con la fundación Mexicana del Riñón. 2011. Las guías están diseñadas para ser una fuente de información y una ayuda en la toma de decisiones clínicas. No buscan definir el estándar de atención de los pacientes, por lo que no deben ser consideradas como la única forma de manejo. **(18)**

Se ilustra que para el año 2017 se llevó a cabo el primer Foro Global de Política Pública sobre la enfermedad renal: Enfoque en América Latina. En donde se llegó a unas conclusiones y retos que se deben materializar:

- Trabajar en el marco actual promovido por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, con iniciativas tales como las Metas para el Desarrollo de la Agenda 2030, la cobertura universal de la salud y el enfoque de salud para el curso de la vida en el contexto del documento Salud 2020, para desarrollar e implementar políticas que aseguren integración y sinergias con las iniciativas existentes para prevención y tratamiento de la enfermedad renal.
- Desarrollar e implementar políticas de salud pública para prevenir o reducir los factores de riesgo para la enfermedad renal en adultos y niños, incluyendo:

estrategias para promover salud materno-infantil y nutrición, reducción de carga de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, consumo de tabaco, promoción de sitios de trabajo seguro y prevención de infecciones.

- Implementar y apoyar los mecanismos vigentes de vigilancia, para entender y cuantificar la carga de la enfermedad renal crónica y aguda, en relación e independiente al contexto de las enfermedades no transmisibles, particularmente desarrollando registros apropiados para LRA y ERC en fase terminal.
- Educar al público y en particular a personas en riesgo mediante campañas específicas sobre la enfermedad renal crónica, en el marco de las enfermedades no transmisibles.
- Mejorar la conciencia y el conocimiento de las enfermedades renales entre los trabajadores de la salud de todos los niveles, con la finalidad de asegurar el acceso oportuno y apropiado a herramientas esenciales y medicamentos requeridos para diagnóstico y tratamiento.
- Trabajar hacia la cobertura universal de la salud para permitir el acceso sostenible, efectivo y asequible a medicamentos (para hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, etc.) para tratar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal y así retrasar su aparición y progresión.
- Apoyar la educación de una fuerza nefrológica experta para implementar medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad renal en todas sus etapas.
- Implementar estrategias tempranas de detección, prevención y tratamiento para LRA.
- Integrar tempranamente medidas de tratamiento basadas en evidencia para la ERC, reconociendo claramente las sinergias con el tratamiento de la diabetes, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular.
- Desarrollar e implementar políticas de gobierno transparentes, justas y equitativas para el acceso al cuidado de la enfermedad renal, incluyendo terapias de diálisis y trasplante renal, de acuerdo con estándares internacionales y apoyar programas seguros, éticos, asequibles y sostenibles.
- Promover y expandir los programas de trasplante renal en los países y a lo largo de la región.
- Apoyar la investigación en enfermedades renales a nivel local, regional y multinacional, con la finalidad de fomentar el mayor entendimiento de las estrategias de prevención y tratamiento. **(19)**

Teniendo un enfoque más territorial, se pudo encontrar que algunos países de Latinoamérica manejan algunas normas o políticas acerca de la enfermedad renal crónica.

En **Argentina** se tiene la Resolución 638/2016 INCUCAI. Programa de Abordaje Integral de Enfermedades Renales (PAIER). Tiene como objetivos permitir el monitoreo de las tendencias de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) a lo largo del tiempo, determinar sus patrones en distintas poblaciones, guiar la planificación de los programas de control, y promover actividades de investigación y epidemiología. La articulación de estas premisas contribuye a establecer prioridades para optimizar

la asignación de los recursos de salud.

En base a esta estrategia, el registro del PAIERC gestiona desde el SISA los datos de las personas de entre 18 y 70 años con enfermedad renal crónica en los estadios I a V. En el sistema se registran las consultas de aquellos pacientes que sean atendidos por un médico en todos los niveles del sistema de salud en quienes se detecte la patología, presenten o no síntomas. El relevamiento abarca a los centros públicos y privados en los que se diagnostican y/o tratan los pacientes con enfermedad renal.

De este modo, se conforma una base de datos nacional sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica. Esta información permite la detección precoz y está disponible para el análisis y la elaboración de recomendaciones con medidas eficaces para diferir la progresión de la enfermedad a estadios más avanzados.

Las prestaciones de PAIERC se articulan con otros datos de salud que también se gestionan desde el SISA en la Ficha del Ciudadano, que centraliza los distintos registros asociados a un mismo ciudadano en un repositorio único e individual. De este modo se garantiza la unicidad de los datos de las personas, que pueden mantenerse al día y ser consultados en forma permanente desde el sistema.

El ministerio de salud de Argentina también creó El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) el cual tiene como propósito el manejo de las enfermedades crónica desde el nivel primario. **(20)**

En **Brasil** no se tiene una norma o política específica para la enfermedad renal crónica, pero se maneja el plan de acciones estratégicas para el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles (ent) en Brasil 2011-2022 El Plan busca preparar al Brasil para enfrentar y detener, en los próximos diez años, las Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre las cuales se pueden mencionar: accidente vascular cerebral; infarto; hipertensión arterial; cáncer; diabetes; enfermedad renal y enfermedades respiratorias crónicas. **(21)**

En **México** La ley general de salud en materia de enfermedades no transmisibles, los artículos 158 y 160 de la Ley General de Salud prevén la facultad de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de las entidades federativas para realizar actividades de prevención y control de estas, debiendo dicha Secretaría coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas.

La NOM-003-SSA3-217 Para la práctica de la hemodiálisis. Esta norma establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, con los que deberán contar los establecimientos en los que se practique la hemodiálisis y terapias afines, ya sea en hospitales, unidades independientes o no ligadas a un hospital, así como el perfil del personal y los criterios científicos y tecnológicos a los que deberá sujetarse dicha práctica, pero el Sistema Nacional de Salud no cuenta con la capacidad para verificar el adecuado funcionamiento de las unidades de hemodiálisis. Se recomienda una norma única para el manejo de la Insuficiencia Renal Crónica en México. **(22)**

En **Cuba** no se encontraron normas, políticas o modelos aplicables específicamente a este tema solo se tiene la Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983, la cual establece el derecho que tienen todos los ciudadanos del país a que se les atienda y proteja su salud y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho con la prestación de la asistencia médica de forma gratuita, mediante la red de instalaciones de servicios médicos. Sin embargo, se establecen unas guías de manejo clínico para las enfermedades no transmisibles.

En **Colombia** dentro del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) se incluyó explícitamente, a partir de la Ley 100 de 1993 y de su marco normativo complementario, el manejo clínico de la ERC, puesto que en el anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) ello no se contempló. Desde la promulgación de la mencionada Ley 100, los pacientes con EAC son atendidos por su aseguradora, de acuerdo con el régimen de afiliación al que pertenezcan. Estos servicios están cubiertos por el Plan de beneficios en Salud (PBS) y, por lo tanto, históricamente se manejaron de manera diferencial entre los dos regímenes de afiliación (régimen contributivo y régimen subsidiado). En normas más recientes promovidas por la Sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional se exigió la homologación de un mismo paquete de servicios para los dos regímenes. Con la Ley 1438 del 2014, el Gobierno Nacional intentó responder a este lineamiento mediante la unificación del POS; sin embargo, se desconoce hasta el momento el impacto de la norma en la cobertura y la calidad de la atención para estos pacientes. Además de esta normatividad existe el PAIS, el MAITE, el PDSP, la APS-R que, aunque tienen diferentes lineamientos y formas de accionar se caracterizan por buscar garantizar a todos los ciudadanos una atención en salud integral. **(2)** Adicional a ello se resalta el propósito de la cuenta de alto costo que busca entre otras cosas garantizar la adecuada gestión del riesgo y operar bajo lo establecido en las resoluciones 4700 del 2008 y la 2463 del 2014 expedidas por el ministerio de salud para realizar reportes anuales de la situación actual de la enfermedad.

Metodología.

El presente trabajo se trata de una revisión de la literatura sobre la atención en salud de los pacientes con ERC en algunos países de Latinoamérica, teniendo en cuenta la literatura publicada entre 2012 y 2022 siguiendo las recomendaciones del PRISMA y aplicando alguno de sus ítems. **(23)**

Criterios de elegibilidad.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron artículos que dieron respuesta a la definición de la ERC, sus diferentes tratamientos y su relación con los programas de atención primaria en salud teniendo en cuenta su entorno sociodemográfico, estudios que relacionan la enfermedad renal crónica y los servicios de salud, los sistemas de salud o el acceso a los servicios de salud en Latinoamérica. Se tuvieron en cuenta además reportes e informes gubernamentales sobre la ERC de países Latinoamericanos de acuerdo con las políticas públicas y en salud, literatura con información sobre satisfacción del paciente en relación con la atención de la ERC y así mismo su adherencia al tratamiento. Dichos artículos cumplirían con intervalo de tiempo entre 2012 y 2022 y que su idioma fuese español y portugués.

Criterios de exclusión.

No se tuvieron en cuenta artículos en idiomas diferentes al español y portugués y que su fecha de publicación fuera previa al año 2012. Se descartaron además artículos que hablaban de Latinoamérica, pero no en específico de los países seleccionados y también aquellos que no cuentan con acceso libre y/o que sugieran pago por su contenido.

Fuentes de información.

Con el fin de hallar literatura que prometiera respuestas acerca del tratamiento de la ERC en Latinoamérica y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se realizó una búsqueda en 2 metabuscadores: Google académico y breme y por otro lado en las bases de datos Scielo, Lilacs y Redalyc; teniendo en cuenta los descriptores y operadores booleanos se realizaron búsquedas con las combinaciones que a continuación se ilustran.

Cuadro 1. Combinaciones en bases de datos

Metabuscadores	Combinación 1	Combinación 2	Combinación 3	
Google académico	atención en salud + enfermedad renal crónica + Latinoamérica	asistencia en salud AND falla renal crónica AND Latinoamérica	asistencia sanitaria AND insuficiencia renal crónica AND nombre de los distintos países	
Bireme	sistema de atención de salud AND insuficiencia renal crónica AND país a buscar	atención a la salud OR asistencia sanitaria AND Enfermedad renal crónica	Atenção à Saúde AND Insuficiência Renal Crônica OR Falência Renal Crônica	
Base de datos	Combinación 1	Combinación 2	Combinación 3	Combinación 4
SciELO	atención en salud AND enfermedad renal crónica AND Latinoamérica	atención a la salud AND insuficiencia renal crónica AND nombre de los distintos países	Atenção à Saúde AND Insuficiência Renal Crônica	atención en salud OR sistema de atención a la salud AND insuficiencia renal crónica AND Latinoamérica
Lilacs	accesibilidad a los servicios de salud OR asistencia sanitaria AND insuficiencia renal crónica	atención a la salud AND falla renal crónica or insuficiencia renal crónica	Atenção à Saúde AND Insuficiência Renal Crônica	
Redalyc	enfermedad renal crónica AND atención en salud			

Búsqueda.

La estrategia completa de búsqueda electrónica se llevó a cabo en metabuscadores y bases de datos, se hizo una búsqueda exhaustiva teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión con el fin de encontrar los documentos a utilizar en la presente revisión de la literatura. A continuación, se expone el paso a paso realizado en la base de datos SciELO:

El proceso de búsqueda se llevó a cabo haciendo uso de descriptores encontrados en el DeCS/MeSH del metabuscador Bireme y de los operadores lógicos AND y OR, obteniendo un total de 4 combinaciones a las cuales al realizarles la búsqueda individual en la base de datos arrojaron los siguientes resultados:

Cuadro 2. Combinaciones usadas

atención en salud AND enfermedad renal crónica AND Latinoamérica	atención a la salud AND insuficiencia renal crónica AND nombre de los distintos países	Atenção à Saúde AND Insuficiência Renal Crônica	atención en salud OR sistema de atención a la salud AND insuficiencia renal crónica AND Latinoamérica
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Selección de los estudios.

Teniendo en cuenta las ventajas de Google drive se creó un documento de Excel al cual ambas estudiantes tuvieron acceso, se planeó una estrategia de búsqueda individual que consistió en dar respuesta en el Excel a variables tales como base de datos, autor, país y año de publicación, título del artículo y un breve resumen con el cual se diera respuesta a alguno de los objetivos planteados. Cabe resaltar que la selección de los estudios no presentó inconvenientes debido al acceso simultáneo en el que se trabajó, se logró evitar duplicidad en la información registrada y finalmente se validó en conjunto la información y se hizo la selección final de los documentos para tener en cuenta a la hora de construir el texto.

Proceso de extracción de datos.

Para el desarrollo de la revisión de la literatura una vez escogido el tema, se realizó el planteamiento de la pregunta de dicho tema. Posteriormente se realizó la búsqueda en las bases de datos utilizadas (Bireme, Google académico, Scielo, Lilacs, Redalyc) de toda la literatura relacionada al tema y la pregunta, luego se aplicaron los diferentes criterios de selección para los estudios (criterios como país, año, idioma) también se validaron las duplicidades entre las bases, a los cuales se les realizó una lectura determinando que tuvieran una relación directa con la pregunta y que cumplieran alguno de los objetivos definidos. Para esto se creó una tabla especificando las características de los estudios (año, país, autor, resumen y bibliografía), para posteriormente realizar lectura y análisis de documentos y así llegar a los resultados, discusión y conclusiones de la revisión de la literatura. Todo el proceso se llevó a cabo siguiendo los pasos de la declaración PRISMA 2020 y aplicando alguno de sus ítems.

Lista de datos.

Para la presente revisión de la literatura se utilizó una lista de datos claves para extraer de los documentos y poder dar respuesta a los objetivos planteados, dicha lista se realizó en consenso de ambas investigadoras donde por medio de un cuadro se registró la información más relevante de cada documento, información tal como:

- Nombre del autor o de los autores.

- Año de publicación.
- Título del artículo, publicación o investigación.
- País al cual hace referencia el trabajo investigado.
- Palabras claves utilizadas.
- Idioma de la publicación

Características de los estudios.

Cuadro 3. Características de los estudios.

Base de datos	Autor	Año	Título	País	Resumen	Cita bibliográfica
	PAHO	2019	Modelo de atención integral en salud		La atención en salud según la PAHO son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria	PAHO. Modelo de atención integral en salud. 2015. [internet]. [Consultado 2021 Julio 01]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care
	ONU	2018	La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina		No cabe duda de que el derecho a la salud, y en especial a la asistencia médica, forman parte de la Declaración Universal de Derechos Humanos, recuerda por su parte la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo y pese a esa afirmación, esta Organización indica que actualmente la totalidad de los habitantes de las Américas no consiguen beneficiarse de la cobertura médica y el acceso a los servicios de salud.	Organización de las Naciones Unidas. La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina. 2018. [internet]. [Consultado 2021 Julio 01]. https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582 .
Scielo	Crews, D. C., Bello, A. K., & Saadi, G.	2019	Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal	Argentina	La enfermedad renal es un problema global de salud pública que afecta a más de 750 millones de personas alrededor de todo el mundo. Debido a la naturaleza compleja y costosa de la atención de la enfermedad renal, su provisión está estrechamente relacionada con las políticas públicas y la situación financiera de cada país.	Crews DC, Bello BK, Saadi G. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. Rev Nefrol Dial Traspl. 2019 Abr; 39(1):1-11. Disponible en: https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/399 .
Google Académico	SLANH	2017	ISN serie del Foro Global de Política Pública sobre la enfermedad renal: Enfoque en América Latina	México	Existen desigualdades demostradas en la calidad y el acceso a la atención, las tasas de sobrevida entre y dentro de los países, así como retos éticos en la asignación de recursos. La falta de seguridad social es un tema recurrente en relación con el cuidado renal, como también la inversión insuficiente en gastos de	Foro Global de Política Pública sobre la enfermedad renal: Enfoque en América Latina. Ciudad de México 2017 Abril 21. Sociedad Internacional de Nefrología; 2017.

					salud, la fragmentación del sistema de salud, el alto costo de la diálisis, falta de inversión en identificación temprana y prevención e ineficiencias estructurales en la provisión de servicios de salud	
Scielo	Aldrete Velasco JA., Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R, Correa Rotter R, García Peña R, Pedraza Chávez J.	2018	Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México	México	El primer nivel de atención es crítico porque constituye el filtro más elemental para la puesta en práctica de las estrategias de prevención primaria. En este primer nivel, resulta decisiva la optimización de las estrategias de prevención dirigidas a: La educación para la salud, La promoción de hábitos dietarios sanos, La prevención y el control tempranos y oportunos de los factores de riesgo cardiovasculares, etc.	Aldrete Velasco JA., Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R, Correa Rotter R, García Peña R, Pedraza Chávez J. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. Int Méx. 2018 Jul; 34 (4) :536-550. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400004 .
Google Académico	Martínez, M. F.	2017	INEQUIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA: ANÁLISIS PARA COLOMBIA, ARGENTINA Y MÉXICO	Colombia	Las inequidades en la salud son consecuencia de los sistemas de salud. Es decir, es posible que en países con elevadas concentraciones de riqueza tengan sistemas de salud que amortigüen las desigualdades en la prestación del servicio. Sin embargo, este no es un patrón de organización en los sistemas de salud en América Latina. Estas brechas regionales se asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles.	Martínez MF. Inequidades en los sistemas de salud de América Latina: análisis para Colombia, Argentina y México. CELAC, Bucaramanga, 2017. Disponible en: http://svrweb.unicienciabga.edu.co:3000/Pagina/36ia36ly/pluginfile.php/13340/mod_resource/content/4/INEQUIDADSSISTEMASDESALUD.pdf .
Scielo	MM Lopera-Medina	2016	La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Colombia	La ERC se ha manejado bajo un modelo de atención individual y biomédico que desestima la importancia de la prevención de la enfermedad. La autoridad sanitaria no ejerce eficazmente la vigilancia y control de los actores y privilegia la compensación económica a las Empresas Promotoras de Salud (eps), sin que medie una verdadera evaluación de los resultados en salud.	Lopera Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016 May; 15(30): 212-233. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a15.pdf .

LILACS	Bravo Zúñiga J, Gálvez Inga J, Carrillo Onofre P, Chávez Gómez R, Castro Monteverde P	2018	Detección precoz de la enfermedad renal crónica: trabajo coordinado entre atención primaria y especializada en una red peruana de atención renal ambulatoria	Perú	Son pocos los países latinoamericanos que cuentan con programas nacionales de prevención de la ERC. Según el informe Cusumano, sólo Brasil, Cuba, Uruguay, Venezuela y Perú contaban con estos programas en ese momento. Es necesario un enfoque multifactorial con la aplicación de todas las medidas preventivas posibles para la ERC. Entre los obstáculos para la consecución de estos propósitos se encuentra la falta de políticas públicas que fomenten estilos de vida saludables entre la población general y la focalización en el tratamiento por parte de los programas clínicos con énfasis en la diálisis. También existen limitaciones estructurales y organizativas del sistema sanitario para la población general y las personas vulnerables.	Bravo Zúñiga J, Gálvez Inga J, Carrillo Onofre P, Chávez Gómez R, Castro Monteverde P. Detección precoz de la enfermedad renal crónica: trabajo coordinado entre atención primaria y especializada en una red peruana de atención renal ambulatoria. Rev Bras Nefrol. 2019 jun; 41 (2): 176-184, disponible en: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002019000200176&lng=en&nr=m=iso .
Redalyc	Alcalde P, Mastroianni G	2015	Gasto del Sistema Único de Salud brasileño en la enfermedad renal crónica	Brasil	Las enfermedades renales y algunas de las principales enfermedades asociadas a ellas, representaron el 7,61% de las internaciones y el 12,97% del total de hospitalizaciones y gastos en Brasil, considerando todas las causas, estas cifras representan un porcentaje importante del gasto sanitario nacional y sólo tienden a aumentar, incluso si sólo se tienen en cuenta aspectos específicos, como el cambio en el perfil de desarrollo del país y el envejecimiento de la población.	Alcalde P, Mastroianni G. Gasto del Sistema Único de Salud brasileño en la enfermedad renal crónica. Rev Bras. Nefrol. 2018 Abr; 40 (2): 122-129, Disponible en: https://www.scielo.br/j/jbn/a/7VzNY7GR8FvFHHvw3bKBRQx/abstract/?lang=en .
Bireme	Mercado Martínez F, Guerreiro Vieira da Silva D, da Silva de Souza S, Vestana Zillmer J, Rozza Lopes S, Böell J.	2015	Vivir con insuficiencia renal: obstáculos en la terapia de hemodiálisis desde la perspectiva de los pacientes y sus familias.	Brasil	Según las disposiciones oficiales de Brasil, todas las personas con insuficiencia renal tienen derecho a una atención universal, gratuita, integral e igualitaria; pero a pesar de que se tiene una atención gratuita, la falta de recursos humanos, materiales y medicamentos en el acceso y tratamiento de la hemodiálisis en un hospital público parece favorecer, a su vez, las desigualdades entre las personas con ERC. Los resultados	Mercado Martínez F, Guerreiro Vieira da Silva D, da Silva de Souza S, Vestana Zillmer J, Rozza Lopes S, Böell J. Vivir con insuficiencia renal: obstáculos en la terapia de hemodiálisis desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. Rev. Physis. 2015 Sep; 25 (1): 59 – 74. Disponible en: https://www.redalyc.org/revista.oa?id=4008&tipo=indicadores

					muestran que las desigualdades sociales no desaparecen con la propuesta de un sistema sanitario gratuito y universal.	
Bireme	Candelaria Brito J, Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Ruiz Pérez F, Labrador Mazon O, Guilarte Delfinol W	2018	Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud	Cuba	En Cuba desde el nivel primario de salud como piedra angular del Sistema Nacional de Salud se fortalecen las acciones de promoción, ya que constituyen un proceso político y social que abarca no solamente las prácticas dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual	Candelaria Brito J, Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Ruiz Pérez F, Labrador Mazon O, Guilarte Delfinol W. Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud. Rev.Med.Electrón. 2018 Feb; 40(1): 48-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100006&lng=es .
LILACS	Bencomo Rodríguez o	2015	Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla	Cuba	La ERC es una problemática de salud que potencializa la importancia del trabajo interdisciplinario, la contribución social con respecto a la participación de las personas sobre el cuidado de su propia salud, la institucionalización de programas preventivos y un mayor nivel de cooperación entre el equipo de salud para la prevención y retardo de la ERC.	Bencomo Rodríguez O. Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2015 Jul; 31 (3): 353 – 362. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n3/mgi10315.pdf
Google Académico	Gonzalez-Bedat M, Rosa-Diez G, Ferreiro A	2017	El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica		El RLDTR constituye uno de los registros regionales de diálisis y trasplante más importantes a nivel mundial. Seis países de la región disponen de RN, activos desde hace más de una década, y poseen una organización sólida que permite a sus responsables elaborar informes anuales completos. La heterogeneidad o incluso la ausencia de registros en algunos países de la región de las Américas están en consonancia con las inequidades en el acceso a los tratamientos de reemplazo renal, así como la disponibilidad de recursos humanos especializados.	Gonzalez Bedat M, Rosa Diez G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Rev. Nefrol Latinoamericana. 2017 Ene; 14 (1): 12 – 21. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2444903216300051/pdf .

Google Académico	Ministerio de salud argentina	2020	Proyecto de Resolución de incorporación del PROGRAMA NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES RENALES a la DINAIENT	Argentina	La ERC aún no está asumida como problema sanitario integral. Un ejemplo es que se encuentra denominada solamente en su etapa terminal, tanto la cobertura dialítica como los estudios pre y post trasplante renal, formando parte del Programa Médico Obligatorio de Emergencia. Se evidencia un déficit en la detección precoz, el registro, el tratamiento y el seguimiento de la ERC en sus etapas iniciales (I a IV). Si bien existe el Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal desde el año 2004, sólo se reportan con detalle los pacientes en etapa V, con tratamiento sustitutivo de la función renal (pacientes en diálisis o trasplantados)	Ministerio de salud argentina. Proyecto de Resolución de incorporación del PROGRAMA NACIONAL DE ABORDAJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES RENALES. Argentina. 2020. Consultado [10 de mayo 2022]. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infol egInternet/anexos/345000-349999/347584/res729.pdf .
Google académico	Belalcázar Peña, I. E.	2012	La equidad en el plan obligatorio de salud colombiano: una visión comparada	Colombia	Uno de los cuestionamientos importantes en términos de la equidad en salud gira en torno a la existencia de regímenes diferenciados, que terminan estableciendo una división entre la población a partir de los ingresos y generando la existencia de un sistema de salud para ricos, otro para las clases medias y otro para pobres.	Belalcázar Peña IE. La equidad en el Plan Obligatorio de Salud Colombiano: Una visión comparada. [Trabajo de grado maestría en derecho]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales; 2012. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/9019/1/isabeleugeniabelalcazarpeña.2012.pdf .
Google Académico	Acuña L, Sánchez P, Soler L, Alvis L	2016	Enfermedad renal crónica en Colombia: prioridad para la gestión de riesgo	Colombia	De acuerdo con los resultados del trabajo se pone en manifiesto la necesidad de realizar una evaluación precoz para identificar los estadios tempranos y poder realizar acciones para evitar la enfermedad y retrasar la progresión hacia estadios más avanzados. En Colombia aún es insuficiente la realización de pruebas de detección temprana. Esto sugiere que se deben aplicar estrategias de prevención secundaria, en la población en riesgo y en la población identificada en estadios tempranos para evitar su progreso. Además, se deben implementar acciones en prevención primaria para reducir la prevalencia de factores de riesgo.	Acuña L, Sánchez P, Soler L, Alvis L. Enfermedad renal crónica en Colombia: prioridad para la gestión de riesgo. Rev Panam Salud Publica. V 40, n 1, p 16 – 22, julio 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28575/v40n1a3_16-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y .

Redalyc	Cueto Manzano AM, Cortés Sanabria L, Martínez Ramírez HR, Márquez Herrera RM, Solórzano Rodríguez EC, Rojas Campos E	2017	modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria en salud	México	Un abordaje multidisciplinario facilita y mejora el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en el primer nivel de atención médica. Este abordaje es una estrategia para mejorar el cuidado de una forma más completa, iniciando y manteniendo conductas saludables, promoviendo el trabajo en equipo, eliminando barreras para alcanzar objetivos y mejorando los procesos de la atención.	Cueto Manzano AM, Cortés Sanabria L, Martínez Ramírez HR, Márquez Herrera RM, Solórzano Rodríguez EC, Rojas Campos E. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria en salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, V 55, n 2, p 134-142, Marzo 2017.
Scielo	Mercado Martínez F, Correa M	2015	Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias	México	Los enfermos renales y sus familias en México afrontan diversos inconvenientes, en los cuales el económico es prioritario por 3 situaciones: la carencia de un sistema de custodia que cubra este procedimiento, las ganancias limitadas de los individuos con ERC y el elevado precio de la terapia. Pese a que lo económico representa el problema central que afrontan los individuos enfermos y sus familias, el asunto merece atención por diversos motivos. Todo sugiere que el procedimiento de dichos enfermos es dependiente de la función de administración del núcleo familiar, puesto que es un actor central para obtener recursos que aseguren el procedimiento doctor y la misma supervivencia de los enfermos.	Mercado Martínez F, Correa M. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. Salud pública de México, Ciudad de México, vol. 57, no. 2, p 155 - 160, marzo 2015. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200010 .
Redalyc	Cortés Sanabria L, Ayala Cortés RA, Calderón García CE, Silva Ocegueda A.	2017	Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017	México	En México, establecer un manejo ideal de la ERC no es nada fácil, es una actividad muy compleja, con múltiples facetas debido a la presencia de diversos desafíos que tiene que enfrentar nuestro sistema de salud. Estos desafíos, no son solo de tipo médico-científico, sino también de orden político-económico.	Cortés Sanabria L, Ayala Cortés RA, Calderón García CE, Silva Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. Sal Jal. Jalisco, Vol. 4, N° 1, Pp. 6 – 9. 2017. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76952

Bireme	Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, De Vos P, Van der Stuyft P	2012	Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo	Cuba	El modelo cubano para la prevención y el control de las ENT prioriza las intervenciones que pueden impactar sobre toda la población y que no dependen esencialmente de lo que el sector salud pueda hacer; continúa resguardando dichas intervenciones en un sistema de cuidados basado en su propio modelo de atención primaria, que en este caso demandan acciones más sistemáticas, consistentes y efectivas de control y de manera complementaria, mejora la prevención secundaria.	Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, De Vos P, Van der Stuyft P. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. Santiago de Cuba, Vol. 15, N° 11, Pp 1609-1620, nov 2011 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100012&lng=es .
	Pérez Díaz J, Almaguer López M, Herrera Valdés R, Martínez Machín M, Martínez Morales M	2017	Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria de Salud. Cuba, 2017	Cuba	Cuba cuenta con los principales grupos de protección cardio-renal medicamentos para el control de los factores de riesgo y las enfermedades que causan la ERC y su progresión a estadios más avanzados, y una política nacional de medicamentos que los garantiza. Al mismo tiempo la Nefrología como especialidad tiene una clara estrategia y trabaja en el adecuado manejo de la ERC y sus factores de progresión mediante múltiples intervenciones desde la APS.	Pérez Díaz J, Almaguer López M, Herrera Valdés R, Martínez Machín M, Martínez Morales M. Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria de Salud. Cuba. Rev. Habanera de Cienc. Vol. 16, N° 7, Pp 1153 - 1165, 2017. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2355 .
Google Académico	Ministerio de salud, República de Cuba	2021	Día del Riñón: Vivir bien con la enfermedad renal	Cuba	En el 2021, Cuba tiene una campaña que tiene como tema central "Salud renal en todas partes: Vivir bien con la enfermedad renal", y persigue el propósito de concientizar a los diagnosticados con este padecimiento de que es posible "vivir bien", en dependencia de cómo sean capaces de controlarlo y de mantener una vida social activa en lo cotidiano, laboral y familiar.	Ministerio de salud pública, república de Cuba. Día del Riñón: Vivir bien con la enfermedad renal. [internet]. [consultado 2021 agosto 17]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/41ía-del-rinon-vivir-bien-con-la-enfermedad-renal/?doing_wp_cron=1652208925.8532330989837646484375#:-:text=Cada%2011%20de%20marzo%20se%20celebra%20el%20D%C3%Ada%20Mundial%20del%20Ri%C3%B1on .

Google Académico	Acuña, M., Canel, O., Greco, G., Weisman, C., Procupet, A., Kaufmann, R., & Jaime, C.	2013	Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica	Argentina	La ERC, que coexiste con HTA y la diabetes a su vez se asocia a un mayor riesgo de muerte por causa cardiovascular y general, dando lugar, de esta forma, a un círculo vicioso difícil de desentrañar. De esta manera, se hace necesario incorporar la problemática y el abordaje de la ERC en el primer nivel de atención, en vista de su importancia epidemiológica y del impacto sanitario que podría alcanzarse. Sin duda, siendo tan prevalentes la HTA y la diabetes, y teniendo una relación tan estrecha con el desarrollo de ERC, los equipos de salud del PNA tienen un lugar de privilegio para prevenir la progresión de la enfermedad.	Acuña M., Canel O., Greco G., Weisman C., Procupet A., Kaufmann R., & Jaime C. (2013). Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 51 – 55
Google Académico	Torales, S., Vallejos, A., & Valenti, L.	2018	Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada	Argentina	En la organización sanitaria Argentina, el seguimiento de pacientes con ERC avanzada transcurre entre dos instancias inconexas de financiamiento y gestión clínica: la etapa previa al TSR, con inadecuada participación nefrológica, sin registros clínicos evolutivos, con prácticas y financiamientos desagregados, sin tasas de utilización o precios prestacionales definidos.	Torales S., Vallejos A., & Valenti L. Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. Rev Argent Salud Pública, Vol. 9, n° 35, pp 33-37, 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v9n35/v9n35a06.pdf .
LILACS	Sesso R, Lugon J	2020	Perspectiva mundial de la diálisis: Brasil	Brasil	Aunque existe una cobertura universal de diálisis crónica en Brasil, el acceso a la atención no es uniforme. Algunos pacientes con insuficiencia renal, en particular los de mayor edad, los de clase social más baja o los que viven lejos de los centros de salud con instalaciones de diálisis, pueden no recibir un tratamiento oportuno.	Sesso R, Lugon J. Perspectiva mundial de la diálisis: Brasil. Rev. Sociedad Estadounidense de Nefrología. Vol. 1, n° 3, Pp 216-219, Mar 2020. Disponible en: https://kidney360.asnjournals.org/content/kidney360/1/3/216.full.pdf?with-ds=yes .
Redalyc	Miguel-Hernández, M., Romero-Quechol, G. M., & Cruz-Ojeda, G. A.	2019	Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo	México	El empoderamiento ha sido reconocido como una herramienta eficaz y se encuentra incluido en el programa Health 2020, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como uno de los objetivos específicos, el cual tiene la finalidad de guiar la relación médico-paciente al hacer a este último responsable de sus elecciones y de	Miguel Hernández M., Romero Quechol GM., & Cruz Ojeda GA. (2020). Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 27(3), 146-153.

			nivel		las consecuencias.	
Redalyc	Matos Trevín G, Martín Alfonso L, Álvarez Vázquez B, Remón Rivera L, González Gacel J.	2019	Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico	Cuba	El 72% de los pacientes con ERC presentan conocimientos correctos sobre la enfermedad, este porcentaje involucra tanto a los no adheridos como a los adheridos parciales. De este modo no se aprecia vínculo entre conocimiento y adherencia debido a que el 80% de los pacientes no adheridos reconocen los beneficios del tratamiento y a pesar de reconocer la enfermedad como grave no siguen las indicaciones.	Matos Trevín G., Martín Alfonso L., Álvarez Vázquez B., Remón Rivera L., & González Gacel J. (2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 18(4), 666-677
Google académico	Díaz-Soto, C. M., Présiga-Ríos, P. A., & Zapata-Rueda, C. M.	2017	Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia	Colombia	Las personas que sienten más apoyo de otros aumentan la probabilidad de atender las indicaciones médicas que aquellos que presentan menos apoyo social, inestabilidad familiar o aislamiento, en este estudio se encontró que el 43.1% de las personas adherentes al tratamiento estaban casadas, lo que puede significar mayor acompañamiento, dado que el apoyo familiar y los vínculos contribuyen a incrementar la adherencia al tratamiento.	Díaz Soto, C. M., Présiga Ríos P. A., & Zapata Rueda, C. M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. Revista de Educación y Desarrollo, 41, 17-25.
Scielo	Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., & González-Sotomayor, R.	2017	Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal	México	Se han identificado las variables que se relacionan de forma directa con una escasa adherencia: la edad, por cuanto los pacientes más jóvenes son el grupo menos adherente; la complejidad del tratamiento, pues en la medida en que este es más complejo la adherencia disminuye; el tiempo, ya que se detectó que a mayor tiempo menor adherencia; el costo del tratamiento, debido a que los pacientes abandonan el tratamiento cuando no cuentan con un seguro que lo subsidie, y también se ven en la necesidad de dejar de tomar los medicamentos por falta de recursos económicos.	Rojas Villegas Y., Ruíz Martínez A. O., & González Sotomayor R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. Revista de psicología (Santiago), 26(1), 65-77

Luego de aplicar todas las combinaciones planteadas en las fuentes de información, los resultados obtenidos de las bases de datos utilizadas arrojaron un total de 1.042.320 artículos, a los cuales se les aplicó una serie de filtros que obedecieron a los criterios de elegibilidad y finalmente quedaron 103.927 artículos. La siguiente tabla muestra los resultados de los artículos encontrados discriminados por base de datos antes y después de los filtros y el rango de fecha en que se hizo la búsqueda.

Tabla 1. Resultados búsqueda bases de datos

Bases de Datos	Total artículos encontrados	artículos luego de aplicar filtros	Periodo de búsqueda
Google académico	12.540	10.873	Oct 2021 - mayo 2022
Bireme	689.778	44.990	Feb 2022 - mayo 2022
Scielo	100.245	20.027	Oct 2021 - mayo 2022
Lilacs	2.952	2.750	Feb 2022 - mayo 2022
Redalyc	236.805	25.287	Oct 2021 - mayo 2022
Total	1.042.320	103.927	Oct 2021 - mayo 2022

Luego de obtener el total de artículos y aplicar los filtros, se hace una lectura del título, objetivo y resumen; esto con el fin de eliminar los artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión. Así mismo se excluyeron los artículos que presentaron algún tipo de duplicidad, ya fuera duplicidad entre bases de datos y/o duplicidad en la misma base, esto debido a que en varias ocasiones el mismo artículo estaba en diferente idioma. Después de haber hecho una selección preliminar y concertar los artículos a revisar, se llega a un total de 215 artículos para su lectura y selección final; teniendo como resultado el uso de 29 textos los cuales aportaron la información necesaria para el análisis y construcción de la presente revisión de la literatura.

Resultados por objetivos.

La atención en salud según la PAHO son acciones de los proveedores de salud Institucionales y comunitarios para la promoción de la salud, prevenir las enfermedades, recuperar la salud y rehabilitar el daño, ejecutando intervenciones a escala individual, familiar y comunitaria. **(24)** No cabe duda de que el derecho a la salud, y en especial a la asistencia médica, forman parte de la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin embargo, esta Organización indica que actualmente la totalidad de los habitantes de las Américas no consiguen beneficiarse de la cobertura médica y el acceso a los servicios de salud. **(25)** Teniendo en cuenta que la enfermedad renal crónica es una enfermedad que va en aumento constante a nivel mundial debido a los estilos de vida que se adoptan, cada vez más sedentarios y perjudiciales; como el aumento de enfermedades precursoras de dicha enfermedad; requiere una atención en salud bastante particular y que va de acuerdo al estadio en que se encuentren los pacientes; en Latinoamérica debido a la naturaleza compleja y costosa de la atención de la enfermedad renal crónica (ERC), su provisión está estrechamente relacionada con las políticas públicas y la situación financiera de cada país;**(3)** Existen desigualdades demostradas en la calidad y el acceso a la atención, las tasas de sobrevivencia entre y dentro de los países, así como retos éticos en la asignación de recursos. La falta de seguridad social es un tema recurrente en relación con el cuidado renal, como también la inversión insuficiente en gastos de salud, la fragmentación del sistema de salud, el alto costo de la diálisis, falta de inversión en identificación temprana y prevención e ineficiencias estructurales en la provisión de servicios de salud **(19)**.

Especificación de la atención en salud de los pacientes con ERC según el sistema de salud vigente en algunos países de Latinoamérica.

Lo ideal de la atención en salud es tener un enfoque preventivo y no curativo lo cual ayude a evitar la aparición de cualquier tipo de enfermedades, desde los lineamientos que plantea la OMS los sistemas de salud deben contar con un estudio de la población para saber qué estrategias implementar en aras de mantener a la población sana, los programas de PYP están enfocados a todas las personas y su proceder está ligado a tener el control de la salud por medio de hábitos de vida saludables. Pese a las estrategias implementadas en Latinoamérica no se logra evidenciar una población sana, muy por el contrario cada vez hay mayor incidencia en la aparición de múltiples patologías que afectan a las personas. En el tema de las enfermedades crónicas y en el caso específico de la atención de la enfermedad renal se presenta un diagnóstico tardío debido a que no se trata a tiempo las enfermedades precursoras, en el manejo de la diabetes y de la hipertensión existen aún brechas para una atención integral debido a la falta de recursos económicos, físicos y humanos necesarios en los primeros niveles de atención. A pesar de que no se cuenta con un diagnóstico a tiempo las IPS donde se presentan casos de ERC inmediatamente deben activar un proceso de atención luego que se presente alguna alteración de la función renal, alteración que puede ser reportada en un examen de sangre o una imagen diagnóstica. El tema del proceso de atención desde que se reporta el caso aunque es el mismo clínicamente hablando puede

variar dependiendo del sistema de salud de cada país y de la situación clínica del paciente. Como se pierde la esencia de la prevención se activa el proceso de curación o mitigación de los efectos secundarios a los cuales se exponen los pacientes.

A continuación se especificarán algunos aspectos relevantes de la atención en salud de los pacientes con ERC en los países de estudio elegidos según su sistema de salud vigente.

Colombia.

En el país colombiano el sistema de salud está compuesto por el régimen subsidiado y el régimen contributivo, ambos regímenes de aseguramiento tienen un eje central que es el SGSSS y buscan dar cobertura a toda la población afiliada con recursos del sector público y del privado. La ERC en Colombia está dentro de las enfermedades catalogadas como de alto costo definidas en la resolución 2565 de 2007 y la resolución 3974 de 2009 basados en que son enfermedades que tienen gastos muy altos, derivados de tratamientos y medicamentos debido a su grado de complejidad y/o especialidad y en donde además hacen la salvedad de que están exentas de copagos. Según el modelo de atención en salud del país, la ERC se maneja dentro de un protocolo que inicia desde que se presentan indicios de daño renal y busca a toda costa evitar la progresión de la enfermedad y que va hasta el control de los efectos de la enfermedad, aplicación de cualquier tipo de diálisis o en casos extremos hasta un trasplante de riñón, todo dependiendo de la complejidad clínica de cada paciente. Dentro de este protocolo se tiene muy presente que desde que en el primer nivel de atención se logre detectar si hay una disminución lenta, progresiva e irreversible en la función renal se debe iniciar un tratamiento farmacológico que consiste en controlar las señales y los síntomas, reducir las complicaciones y retrasar o evitar el progreso de la enfermedad. Si con los medicamentos no se logra lo deseado se empieza un proceso donde el paciente se somete a un tratamiento que puede ser diálisis peritoneal o hemodiálisis, las cuales buscan el mismo resultado pero que se diferencian en la manera en que se hacen.

(26)

Basados en este modelo podemos afirmar que la atención que reciben los pacientes con ERC es idónea, ideal y equitativa. Sin embargo este derecho se ve afectado porque el sistema de salud nos plantea un cuestionamiento importante en términos de la equidad en salud debido a la existencia de regímenes diferenciados, que terminan estableciendo una división entre la población a partir de los ingresos y generando la existencia de un sistema de salud para ricos, otro para las clases medias y otro para pobres.**(26)** Dicha división crea brechas para el acceso a los servicios de salud y de una u otra manera involucra la eficiencia y calidad de los tratamientos ofrecidos a los pacientes, el tema económico no debería ser un

determinante en la atención recibida pero lastimosamente así lo es porque hay instituciones públicas y/o privadas donde hay mejor infraestructura y un amplio personal médico que va acompañado de los mejores y más actualizados equipos biomédicos a los cuales solo unos pocos pueden acceder. A eso se le suma que hay pacientes que no tienen la capacidad económica de continuar tratamientos y no por el costo como tal porque por ser una enfermedad de alto costo está exenta de copagos sino porque no tienen los recursos suficientes para asistir de manera constante a recibir la atención médica necesaria.

Otro factor que empaña este proceso que debiera ser idóneo es la detección de casos de pacientes con ERC a tiempo, los pacientes con las enfermedades precursoras como la diabetes y la hipertensión arterial asisten a un primer nivel de atención para el control de su patología como tal sin hacer exámenes rutinarios aun sabiendo las probabilidades de desarrollar daño renal, por ejemplo el 30,7% de los hipertensos y el 35,7% de pacientes con diabetes mellitus, fueron reportados como población no estudiada para ERC, lo cual se constituye un aspecto sustancial, ya que podría estar enmascarando un número importante de personas con esta patología, en quienes se puede actuar en forma temprana para evitar las consecuencias sociales y económicas de la enfermedad. Esto pone de manifiesto la necesidad de realizar una evaluación precoz de estos pacientes, para identificarlos en estadios tempranos y poder realizar acciones para evitar la presentación de la enfermedad y retrasar la progresión hacia estadios más avanzados, en los cuales el daño puede llegar a ser irreversible.**(27)** Es notable que el tema de la prevención en salud no es el fuerte en el sistema de atención en salud de este país y es más notable aún la ausencia de las autoridades que regulan este sector y que permitan que la ERC se maneje bajo un modelo de atención individual y biomédico que desestima la importancia de la prevención de la enfermedad.

La prevención en Colombia aún no es efectiva, cada día se presentan casos nuevos y pese a los controles y/o rutas de atención de las EPS aún hay mucho por mejorar porque es un trabajo que debe ser articulado entre EPS, IPS y entidades reguladores, para este escenario de todo tipo de carencias se sugiere que se deben aplicar estrategias de prevención secundaria, en la población en riesgo y en la población identificada en estadios tempranos para evitar la progresión de la enfermedad renal. Además, se deben implementar acciones en prevención primaria para reducir la prevalencia de factores de riesgo. Es necesario que se mejore el reporte de información realizado y que las aseguradoras implementen de forma más acuciosa programas de nefroprotección enfocados en los grupos con factores de riesgo. **(27)**

México.

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. En el sector público se atiende a la población sin seguridad social y en el privado a las personas con seguridad social y/o a las que tienen capacidad de pago. En México, al igual que en otras partes del mundo, la IRC constituye un problema de salud pública, asociado a elevada morbilidad, mortalidad, grandes costos y una calidad de vida disminuida. Desafortunadamente, pocas instituciones han prestado atención a este crecimiento a pesar de lo alarmante de estas cifras. A nivel internacional, México ocupa los primeros lugares con mayor carga relacionada a la IRC. El Instituto Mexicano del Seguro Social, atiende aproximadamente al 73% de la población mexicana que requiere diálisis o trasplante. **(28)**

En la actualidad México no cuenta con rutas o modelos de atención para la IRC lo que sumado al modelo de atención en salud donde se tiene dos sectores (público y privado) no brinda garantía para el acceso al servicio de salud a las personas que requieren tratamiento.

Los enfermos renales y sus familias en México enfrentan múltiples problemas, dentro de los cuales el económico es prioritario por tres situaciones: la falta de un sistema de protección que cubra este tratamiento, los ingresos limitados de las personas con ERC y el alto costo de la terapia. A pesar de que lo económico representa el problema central que enfrentan las personas enfermas y sus familias, el tema merece atención por varios motivos. Uno de ellos es el hecho de que los costos de la hemodiálisis son cubiertos por ellos mismos y no por los hospitales, los servicios de salud o el gobierno mexicano, según se argumenta con frecuencia. Finalmente, el seguimiento del padecimiento también implica el pago de consultas, estudios clínicos, medicamentos, traslados y alimentación. Todo indica que el tratamiento de estos enfermos depende de la capacidad de gestión de la familia, pues es un actor central para obtener recursos que aseguren el tratamiento médico y la misma supervivencia de los enfermos. **(29)**

Similar a lo que ocurre en muchas partes del mundo, en México, establecer un manejo ideal de la ERC no es nada fácil, es una actividad muy compleja, con múltiples facetas debido a la presencia de diversos desafíos que tiene que enfrentar nuestro sistema de salud. Estos desafíos, no son solo de tipo médico-científico, sino también de orden político-económico. **(30)**

Debido al vacío existente para la atención de estos pacientes se propone un modelo de atención multidisciplinar que incluye la participación conjunta y coordinada de diferentes profesionales miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogas, entrenadores físicos, entre otros). Un abordaje multidisciplinario facilita y mejora el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en el primer nivel de atención médica. Este abordaje es una

estrategia para mejorar el cuidado de una forma más completa, iniciando y manteniendo conductas saludables, promoviendo el trabajo en equipo, eliminando barreras para alcanzar objetivos y mejorando los procesos de la atención. La atención actual de los pacientes con ERC, fragmentada y compleja, asociada con los malos resultados frecuentemente observados, pone de manifiesto la importancia de la implementación de un abordaje multidisciplinario desde las etapas más tempranas de la enfermedad. **(28)**

Cuba.

El modelo de salud cubano es conocido como un verdadero Sistema Nacional de Salud ya que es solo el estado quien regula, financia y presta los servicios de salud. El ente encargado de velar por el cumplimiento de las metas en salud es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y está a disposición de toda la población para atender cualquier irregularidad que se pueda presentar. El sistema de salud del país para la prevención y el control de las ENT prioriza las intervenciones que pueden impactar sobre toda la población y que no dependen esencialmente de lo que el sector salud pueda hacer; continúa resguardando dichas intervenciones en un sistema de cuidados basado en su propio modelo de atención primaria, que en este caso demandan acciones más sistemáticas, consistentes y efectivas de control y de manera complementaria, mejora la prevención secundaria. **(31)**

El modelo de APS desempeña una función primordial para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, basado en 2 elementos fundamentales: por un lado, la dispensarización como eje central para el control, mediante consultas de seguimiento 3 veces al año (2 en consulta y 1 en terreno) de pacientes crónicos compensados y, por otro, los programas específicos de control. **(20)**

En Cuba, la prevalencia de pacientes con ERC registrados en la APS fue de 2,16 por 1.000 habitantes y la prevalencia de pacientes con ERC de pacientes con ERC y diabetes mellitus fue de 0,48 por cada 1 000 habitantes en 2015. **(32)**

La proyección comunitaria de la atención nefrológica y la referencia contra referencia del Sistema Único de Salud garantiza la consulta con un Nefrólogo para una segunda opción. El otro elemento para el diagnóstico precoz de la ERC y la estratificación del riesgo es la microalbuminuria. Cuba cuenta con equipos de laboratorio de producción nacional que garantizan la medición de la microalbuminuria en la APS. **(32)**

Cuba cuenta con los principales grupos de protección cardio-renal medicamentos para el control de los factores de riesgo y las enfermedades que causan la ERC y su progresión a estadios más avanzados, y una política nacional de medicamentos que los garantiza. Al mismo tiempo la Nefrología como especialidad tiene una clara estrategia y trabaja en el adecuado manejo de la ERC y sus factores de progresión

mediante múltiples intervenciones desde la APS. **(32)**

En el 2021, Cuba tiene una campaña que tiene como tema central “Salud renal en todas partes: Vivir bien con la enfermedad renal”, y persigue el propósito de concientizar a los diagnosticados con este padecimiento de que es posible “vivir bien”, en dependencia de cómo sean capaces de controlarlo y de mantener una vida social activa en lo cotidiano, laboral y familiar. **(33)**

Argentina.

La salud en el país está conformada por 3 sectores que son: el sistema de salud público que es regulado por el estado, el sistema de obras sociales que tiene a cargo la población que tiene un empleo estable y el de la salud privada a la cual solo tienen acceso quienes tienen la capacidad económica de costearla. En cuanto a la ERC, en Argentina se desconoce su prevalencia. Sin embargo desde hace más de 15 años cuentan con el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), el cual está bajo vigilancia del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) con el fin de brindar un registro obligatorio de pacientes en TSR. Se tiene el dato que de las 29.264 personas del país que están sometidas a tratamientos de ERC el 93,7% utiliza la hemodiálisis.

La hipertensión arterial (HTA) en Argentina es causante de 52.300 muertes anuales y es la responsable del 20,6% de ingreso a diálisis, por su parte la diabetes, es la primera causa de ingreso a diálisis crónica en Latinoamérica. La ERC, que coexiste con estas dos enfermedades, a su vez se asocia a un mayor riesgo de muerte por causa cardiovascular y general, dando lugar, de esta forma, a un círculo vicioso difícil de desentrañar. De esta manera, se hace necesario incorporar la problemática y el abordaje de la ERC en el primer nivel de atención, en vista de su importancia epidemiológica y del impacto sanitario que podría alcanzar. **(34)**

En la organización sanitaria argentina, el seguimiento de pacientes con ERC avanzada transcurre entre dos instancias inconexas de financiamiento y gestión clínica: la etapa previa al TSR (predialítica), con inadecuada participación nefrológica, sin registros clínicos evolutivos, con prácticas y financiamientos desagregados, sin tasas de utilización o precios prestacionales definidos; la etapa de TSR, delegada exclusivamente al nefrólogo, con registros sólidos y obligatorios para recibir pago por prestaciones de alto costo, generalmente moduladas y con inclusiones/exclusiones definidas.**(35)** Frente al panorama anteriormente mencionado se evidencia la misma falla que en otros países de Latinoamérica porque no se tiene un plan efectivo que ayude a la prevención de la ERC, sin embargo si se concentra la atención en el pago de los eventos presentados de usuarios que ya no tienen la posibilidad de evitar la progresión de la enfermedad.

Pese a la intención de acceso y calidad en la atención en salud que se busca en el sistema de salud argentino la ausencia de un modelo de integración para estos compartimentos estancos, con fragmentación de los roles y responsabilidades de la atención, gestión clínica y financiamiento de prestaciones, es quizás el factor clave para explicar los malos resultados observados. Se carece de una adecuada articulación entre el seguimiento y la derivación temprana a consulta nefrológica de los pacientes, característica que ha demostrado mejorar la efectividad en otros modelos. **(35)**

Teniendo en cuenta la problemática que se evidencia con los pacientes con ERC, Argentina se adhiere al Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas MAPEC, modelo impulsado por la OPS busca pasar de un enfoque reactivo, es decir de una atención centrada en la enfermedad para pasar a un enfoque proactivo y planificado que se basa en la persona y su contexto, enfocado a mejorar la calidad de vida mediante el seguimiento y la adherencia al tratamiento. **(35)**

El primer nivel de atención juega un papel muy importante en la implementación de este modelo pues es allí donde se pueden captar todos los usuarios que manifiesten algún tipo de sintomatología asociada a la enfermedad renal, para ello además se tienen en cuenta 2 modelos de atención que pueden coexistir y trabajar de manera articulada: el primer modelo es la gestión de la enfermedad, entendida como la coordinación de la atención centrada en la mejora de resultados clínicos con un uso más eficiente de recursos. En la ERC, los principales objetivos son: detección temprana con inicio de tratamientos para retrasar su progresión; identificación precoz y manejo de las complicaciones propias de la ERC. El segundo modelo se basa en Centros de Atención Orientados al Paciente (CAOP): dispositivos de atención liderados por un médico a cargo del paciente, con énfasis sobre la coordinación sin fisuras con otros especialistas y servicios de salud. Acompañan al individuo en todo el proceso para simplificar y facilitar su atención, relevando continuamente las posibilidades y necesidades del paciente y su entorno para mejorar las condiciones de adherencia terapéutica. **(35)**

Brasil.

En Brasil se cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) que es un sistema público, universal y gratuito, financiado por los impuestos y el encargado de su regulación es el ministerio de salud. La implementación de un sistema unificado de salud pública en 1993 fue una piedra angular en la afirmación de la creación de un programa permanente en todo el país para financiar integralmente el tratamiento de diálisis crónica de mantenimiento de todos los pacientes con ERS. Desde entonces, el tamaño del programa y el número de pacientes y clínicas han aumentado

progresivamente. A lo largo de los años, Brasil ha ocupado el tercer lugar en el mundo en cuanto al número de pacientes sometidos a diálisis, la modalidad de atención está representada un 92,2% de pacientes en hemodiálisis y el 7,7% en diálisis peritoneal, lo cual hace evidente la preferencia de los pacientes para su tratamiento. Para estos tratamientos se cuenta con centros de diálisis los cuales atienden a pacientes tanto del sistema público como a los del seguro médico privado. Cada centro médico cuenta con nefrólogo, nutricionista, psicólogo, trabajador social y personal de enfermería quienes son los encargados de asistir a los pacientes según cada requerimiento. **(36)**

La Sociedad Brasileña de Nefrología ha estado monitoreando anualmente los datos epidemiológicos de estos pacientes a través de un registro nacional de diálisis. En las últimas encuestas, la tasa de respuesta de las clínicas fue de alrededor del 40%. Aunque existe una cobertura universal de diálisis crónica en Brasil, el acceso a la atención no es uniforme. Algunos pacientes con insuficiencia renal, en particular los de mayor edad, los de clase social más baja o los que viven lejos de los centros de salud con instalaciones de diálisis, pueden no recibir un tratamiento oportuno. Todavía hay un considerable margen de mejora en lo que respecta a la integración de los centros de atención primaria con los centros de salud más avanzados. **(36)**

Descripción de las barreras de acceso que enfrentan los pacientes con ERC.

Actualmente es evidente como en varios de los países de Latinoamérica predominan los sistemas de salud duales, en los que participan tanto el sector público como privado. Los Ministerios de salud son los actores más importantes del sector público, aunque en algunos países las instituciones de seguridad social son parte del sistema de salud. Generalmente, los Ministerios de Salud son los encargados de administrar y regular las políticas y la provisión de servicios en cada uno de los países estudiados. En algunos países el sector privado ha crecido considerablemente en especial en el campo de la provisión. Sin embargo, en países como Cuba es totalmente inexistente, debido a la organización política de esa nación. **(37)**

Las inequidades en la salud son consecuencia de los sistemas de salud. Es decir, es posible que en países con elevadas concentraciones de riqueza tengan sistemas de salud que amortigüen las desigualdades en la prestación del servicio. Sin embargo, este no es un patrón de organización en los sistemas de salud en América Latina. De hecho, la fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas regionales se

asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles. **(38)**

Referente a lo anteriormente expuesto, las personas con ERC no son la excepción a estas brechas poblacionales, Latinoamérica tiene la tasa de mortalidad más alta por ERC en todo el mundo y es la segunda causa principal de años de vida perdidos. La carga de la enfermedad renal varía sustancialmente a lo largo del planeta, al igual que su detección y tratamiento. A pesar de que la magnitud y el impacto de la enfermedad renal están mejor definidos en los países desarrollados, evidencia reciente sugiere que los países en desarrollo tienen una carga de la enfermedad similar o incluso mayor que los primeros **(3)**.

En países como Colombia y México donde la atención se divide en sector público y privado se hace evidente esta brecha en la atención. Donde la enfermedad se maneja preferentemente dentro de un modelo de atención individual y biomédico que desestima la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Contrario a lo que se pretende llevar a la práctica un programa de prevención integral e integrado, que se materializa en la remisión y contra remisión de los pacientes hacia y desde el segundo nivel de atención según el estadio de la ERC y los factores de progresión que se identifiquen en cada paciente; la integralidad se pone de manifiesto en la educación al paciente y en la intervención multidisciplinaria en ambos niveles de atención. Además de las limitantes de acceso por falta de especialistas y costo asumidos por los pacientes y sus familias para que estos puedan recibir su tratamiento. **(7)**

En el caso particular de Colombia la experiencia adversa con el sistema de salud es descrita por las personas con IRC, sus cuidadores y los profesionales de enfermería. La demora en la entrega de medicamentos induce a prácticas inadecuadas como el préstamo entre usuarios o disminuir las dosis de los medicamentos para sostener el tratamiento y lograr que estos alcancen mientras son suministrados por la EPS. Adicionalmente, los problemas administrativos de las aseguradoras impiden el acceso a las consultas especializadas. Esto es el resultado de la fragmentación del sistema de salud y el debilitamiento en la calidad y efectividad de los servicios, la falta de transparencia de las EPS en su funcionamiento y la incapacidad del estado de regular y establecer la rentabilidad de estas entidades. La calidad del sistema se ve seriamente afectado, por lo que las personas en tratamiento para la IRC recurren a demandas judiciales para alcanzar el acceso a los servicios; esto es evidente en el incremento del número de tutelas a las que recurren las personas con el fin de lograr el amparo del derecho fundamental a la salud y la cobertura necesaria para sus enfermedades y/o tratamientos. **(39)**

En consecuencia, los usuarios del sistema de salud —en este caso las personas con IRC y sus cuidadores familiares— experimentan barreras para acceder a los medicamentos y a consultas especializadas, así como a la libre elección de la Institución Prestadora de Salud (IPS) en el tratamiento de HD o DP y a las autorizaciones para los procedimientos por problemas administrativos y de no pago de su EPS, eventos que los llevan a percibir sentimientos de abandono, orfandad o atropello por parte del sistema de salud. Cabe señalar que actualmente Colombia destina un monto razonable de recursos financieros para la cobertura en salud de su población. No obstante, el sistema impone diferentes barreras de acceso a los servicios de salud, descritas estas como “un conjunto de estrategias técnico-administrativas que se interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados”. En el caso particular de Colombia la experiencia adversa con el sistema de salud es descrita por las personas con IRC, sus cuidadores y los profesionales de enfermería. **(39)**

Como en México y Colombia en Argentina el sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas). Todos los ciudadanos tienen derecho a una cobertura básica brindada por el subsistema público, principalmente a cargo de las provincias y los municipios. Dado que el proceso de descentralización de los servicios de salud no siempre fue acompañado con las contrapartidas presupuestarias, los servicios brindados pasaron a depender en gran medida de los recursos y capacidades jurisdiccionales, produciendo un fuerte deterioro en muchos de ellos (a nivel de infraestructura y de recursos humanos). Esto genera que los servicios ofrecidos por este sector varíen notablemente según el lugar de residencia. Por su parte, en el subsistema de obras sociales también existe una gran heterogeneidad en la calidad de servicios ofrecidos, al punto que la deficiencia en algunas de ellas genera que una parte de sus beneficiarios utilicen el subsistema público. Como resultado de todo lo anterior, encontramos una oferta de servicios con calidades de atención muy heterogénea, a la vez que las posibilidades de acceso a servicios de calidad se encuentran relacionadas con los recursos y el lugar de residencia de los usuarios. **(40)**

En cuanto a los factores socioeconómicos, varios estudios sostienen que la clase social y el ingreso inciden fuertemente en las consultas, aunque según el sistema de salud los hallazgos son diversos. Dado que los sectores socialmente más desfavorecidos tienen mayores cargas de morbilidad, tienden a utilizar más los servicios en aquellos sistemas donde la accesibilidad al sistema de salud les es favorable (por ejemplo, en países donde hay un sistema universal de salud y se promueven políticas para favorecer el acceso a los sectores postergados). En

cambio, en otros países en los que el sistema no corrige las desigualdades de recursos para acceder a los servicios, o incluso las aumenta, puede suceder la situación inversa. Entre los factores del sistema de salud que explican la utilización, se encuentran la distancia y la existencia de los recursos (en lugares donde no hay una “razonable” red de atención y/o tienen una topografía que presenta dificultades para la accesibilidad física), la cobertura o seguro de salud y el tener un médico definido. También el período de espera para que den un turno, el tiempo y costo de viaje, el tiempo transcurrido en la sala de espera e interrupciones en la prestación de los servicios son indicadores tenidos en cuenta. Por último, cabe destacar que teniendo en cuenta son múltiples los sentidos que cobra el concepto acceso, es lógico que no exista una única forma de comprender y analizar las barreras en el acceso. Si bien el término suele ser utilizado para dar cuenta de los mecanismos a partir de los cuales el sistema dificulta la utilización de los servicios (disponibilidad del servicio, tiempos de espera, distancia, costos), también se utiliza para dar cuenta atributos de los pacientes (la clase social, el ingreso, el nivel educativo, las creencias sobre salud) que implican un límite en el acceso a un servicio en un sistema de salud determinado. Además, hay otras variables como el tipo de cobertura de salud, que está vinculada tanto con el sistema (en tanto puede ser considerada una fuente de financiamiento) como con los sujetos (en tanto está fuertemente asociado con la posición en la estructura social de las personas) **(40)**

Las enfermedades renales y algunas de las principales enfermedades asociadas a ellas, representaron el 7,61% de las internaciones y el 12,97% del total de hospitalizaciones y gastos en Brasil, considerando todas las causas, estas cifras representan un porcentaje importante del gasto sanitario nacional y sólo tienden a aumentar, incluso si sólo se tienen en cuenta aspectos específicos, como el cambio en el perfil de desarrollo del país y el envejecimiento de la población **(9)**. Según las disposiciones oficiales de Brasil, todas las personas con insuficiencia renal tienen derecho a una atención universal, gratuita, integral e igualitaria; pero a pesar de que se tiene una atención gratuita, la falta de recursos humanos, materiales y medicamentos en el acceso y tratamiento de la hemodiálisis en un hospital público parece favorecer, a su vez, las desigualdades entre las personas con ERC. Las personas con más recursos económicos acuden a la consulta con el médico especialista privado, se hacen las pruebas puntualmente en unidades privadas y compran los medicamentos en farmacias privadas, además de reducir el tiempo de transporte y espera de las sesiones porque tienen su propio coche. Sin embargo, las personas sin recursos económicos esperan más tiempo para consultar con el especialista del SUS, para recibir y, en consecuencia, consumir los medicamentos y realizar los exámenes necesarios. Los resultados muestran que las desigualdades sociales no desaparecen con la propuesta de un sistema sanitario gratuito y

universal. **(10)**

En Cuba desde el nivel primario de salud como piedra angular del Sistema Nacional de Salud se fortalecen las acciones de promoción, ya que constituyen un proceso político y social que abarca no solamente las prácticas dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual **(11)**. La ERC es una problemática de salud que potencializa la importancia del trabajo interdisciplinario, la contribución social con respecto a la participación de las personas sobre el cuidado de su propia salud, la institucionalización de programas preventivos y un mayor nivel de cooperación entre el equipo de salud para la prevención y retardo de la ERC, son imperativos. Acciones sencillas y de bajo costo en comparación con los tratamientos dialíticos y la pérdida de la salud. Lo que conlleva una serie de acciones inmediatas para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria para los usuarios y en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención. **(12)**

El complejo equilibrio entre el acceso y la concentración de servicios debe tenerse en cuenta en la formulación de las políticas sanitarias. Por un lado, si los servicios complejos se concentran geográficamente en diferentes intensidades, la sinergia entre los diferentes tipos de tratamiento es un elemento extremadamente importante en la organización del sistema. Es necesario considerar el flujo de tratamiento, la comunicación y la cooperación mutua para reforzar la capacidad de respuesta. Para garantizar la igualdad en salud, los estudios e investigaciones deben centrarse en estas cuestiones para apoyar los procesos de toma de decisiones gubernamentales, ya que las políticas públicas destinadas a promover la garantía de acceso deben concebirse teniendo en cuenta las múltiples variables que conforman el complejo estado de salud de los individuos y las comunidades. Por otra parte, los procedimientos más complejos deben organizarse para permitir la escala no sólo por razones económicas, en las que el volumen contribuye a la reducción de costes, sino también por la calidad de los servicios. En los procedimientos de alta complejidad, el gran volumen permite la especialización de los recursos, lo que conduce a una mayor calidad. **(14)**

Detalles de la adherencia al tratamiento del paciente con ERC.

La enfermedad renal crónica afecta a casi el 10% de la población mundial, es una enfermedad que se puede prevenir pero que hasta el momento no tiene cura, se presenta de manera progresiva y silenciosa. Al no presentar síntomas hasta etapas avanzadas el tiempo se hace muy valioso para tratar de contrarrestar las

consecuencias de esta. El acceso a los tratamientos que se tienen presenta una clara desventaja para los países y poblaciones con menores ingresos, aumentando así el riesgo de deterioro de salud que puede llegar a causar una muerte temprana. La adherencia como lo explica la OMS es el cumplimiento del tratamiento tal cual lo indica el médico e implica tomar la medicación según ciertas instrucciones y tener la disposición para regirse a las diferentes intervenciones necesarias. En cuanto a la ERC no es solo la toma de los medicamentos lo que se necesita mantener en el tiempo sino también hábitos de vida saludable y el empoderamiento que hace que sea más liviana la carga de la enfermedad tanto para el sistema de salud, como para el paciente y su familia.

El empoderamiento ha sido reconocido como una herramienta eficaz y se encuentra incluido en el programa Health 2020, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como uno de los objetivos específicos, el cual tiene la finalidad de guiar la relación médico-paciente al hacer a este último responsable de sus elecciones y de las consecuencias. El éxito de la terapia o tratamientos depende del nivel de empoderamiento que tenga el paciente, dado que si se convierte en experto sobre su cuidado, mejorará su calidad de vida.**(41)** Es esencial el papel que juega el personal médico en estos tratamientos ya que su actuar puede influir de manera positiva o negativa en el paciente, se hace mucho énfasis en calidad de atención al paciente con ERC y se busca una atención humanizada y con calidad que incluya desde el principio el brindar los conocimientos suficientes sobre la enfermedad, un estudio cubano evidenció que la adherencia al tratamiento obedece en gran medida a los conocimientos que se les facilitaron en las consultas de seguimiento relacionadas con la enfermedad, sobre cómo afrontarla de forma activa y consciente, en conjunto con el apoyo familiar, lo que les permite además una adecuada preparación para aceptar la vida con sus cambios e influir positivamente en la calidad de vida de ellos como seres biopsicosociales.**(42)** Sin embargo a pesar de que el paciente tenga la información no es total garantía de nada ya que el 72% de los pacientes con ERC presentan conocimientos correctos sobre la enfermedad, este porcentaje involucra tanto a los no adheridos como a los adheridos parciales. De este modo no se aprecia vínculo entre conocimiento y adherencia debido a que el 80% de los pacientes no adheridos reconocen los beneficios del tratamiento y a pesar de reconocer la enfermedad como grave no siguen las indicaciones.**(43)** Es importante que a partir de esos conocimientos adquiridos los pacientes logren tener una conciencia que les permita su aceptación y un mejor cuidado de su salud tanto física como mental, ya que la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a la máquina de hemodiálisis y al personal sanitario, las limitaciones en la dieta, los cambios en el aspecto físico, en la situación laboral y en las relaciones sociales y familiares, entre otros, explican la aparición de trastornos emocionales en los

pacientes sometidos a esta situación.**(42)**

El acompañamiento familiar es otro factor esencial, ya que está comprobado que una persona que está rodeada de personas interesadas en su bienestar es una persona que posiblemente tendrá mayor disposición para llevar a cabo su tratamiento tal cual lo indica el médico tratante. Según un estudio realizado en Colombia las personas que sienten más apoyo de otros aumentan la probabilidad de atender las indicaciones médicas que aquellos que presentan menos apoyo social, inestabilidad familiar o aislamiento, en este estudio se encontró que el 43.1% de las personas adherentes al tratamiento estaban casadas, lo que puede significar mayor acompañamiento, dado que el apoyo familiar y los vínculos contribuyen a incrementar la adherencia al tratamiento.**(44)** Este tipo de apoyo ayuda tanto moral como psicológicamente porque le brinda al paciente la capacidad de sobrellevar la enfermedad y no perder la autonomía sobre su vida, se ha identificado que personas que presentan niveles altos de autoeficacia están relacionados con un estado de ánimo positivo, estado de salud más adecuado y mayores conductas de adherencia al tratamiento como lo es la restricción de líquidos, cumplimiento de prescripciones médicas, disminución de síntomas de las respuestas exageradas que se evidencian como un estrés psicológico.**(44)**

El acompañamiento psicológico se considera como una gran herramienta para no dejar decaer la parte emocional la cual se ve afectada por los cambios a los que conlleva la enfermedad, dicho acompañamiento incluye a la familia y supone estar dentro de la atención integral de la ERC, sin embargo; un panorama no muy alentador se ve reflejado en países como México donde el sistema sanitario no facilita suficientes fondos para la implementación de acompañamiento psicológico e interdisciplinario, y se cuenta con pocas o nulas contrataciones de profesionales de psicología. Se han identificado variables que se relacionan de forma directa con una escasa adherencia: la edad, por cuanto los pacientes más jóvenes son el grupo menos adherente; la complejidad del tratamiento, pues en la medida en que este es más complejo la adherencia disminuye; el tiempo, ya que se detectó que a mayor tiempo menor adherencia; el costo del tratamiento, debido a que los pacientes abandonan el tratamiento cuando no cuentan con un seguro que lo subsidie, y también se ven en la necesidad de dejar de tomar los medicamentos por falta de recursos económicos.**(45)**

El tema de adherencia es única y exclusivamente decisión del paciente, involucra la fuerza de voluntad del mismo y lo condiciona para tener una buena calidad de vida; sin embargo en la mayoría de países de Latinoamérica no es suficiente con eso, ya que infortunadamente los sistemas de salud que se tienen aún presentan brechas para la atención en salud inclusive para la ERC que es una enfermedad de alto costo y que a nivel mundial su incidencia crece día a día. Pese al derecho universal

a la salud con calidad hay pacientes con ERC a quienes se les dificulta tener un tratamiento continuo, ya sea por falta de recursos económicos o por los trámites administrativos que deben realizar ante las empresas responsables de pago; lo cual lleva a que la adherencia se vea afectada. Es una decisión compleja hacer al lado un tratamiento que podría prolongar la vida, pero para algunos pacientes se hace difícil la tramitología requerida y luchar por una atención con calidad, cuando no se cuenta ni con recursos económicos ni con un buen sistema de salud que garantice su tratamiento lo más factible es que el paciente desista y se pase a un panorama desfavorable donde ya no hay un mínimo equilibrio entre la adherencia esperada vs la adherencia real. En países donde la situación de pobreza no es tanta y ante esta situación presentada, los pacientes recurren a sus propios recursos económicos para lograr una mejor atención institucional y minimizar el riesgo de morir.

Discusión.

Históricamente la enfermedad renal crónica ha tenido avances significativos en cuanto a los métodos utilizados para su tratamiento, a medida que ha ido pasando el tiempo y según los estudios realizados se ha podido por decirlo así perfeccionando los tratamientos a los cuales se puede acceder. Una muestra real es que un paciente según su condición clínica y su condición social y económica puede elegir entre si tratar su enfermedad en un centro de diálisis o sencillamente lo hace desde su hogar. Los factores que influyen en esta decisión van ligados a un sistema de salud que respalde y contribuya al acceso total y equitativo a cada uno de los servicios que demanda la enfermedad. A lo largo de la lectura de los diferentes textos se evidencia la necesidad de enfocar la atención en los primeros niveles de atención, ya que constituye el filtro más elemental para la puesta en práctica de las estrategias de prevención primaria haciendo urgente una implementación efectiva, ya que en varios países Latinoamericanos es evidente que no se da un seguimiento oportuno a aquellos pacientes con enfermedades precursoras a la ERC (diabetes mellitus, hipertensión y riesgo cardiovascular). En este primer nivel, resulta primordial la optimización de las estrategias de prevención dirigidas a: la educación para la salud, la promoción de hábitos dietarios sanos, la prevención y el control temprano y oportuno de los factores de riesgo y diagnóstico oportuno. A pesar de la implementación de las estrategias mencionadas se evidencia que no se logra la efectividad esperada, lo cual se ve reflejado en el aumento de casos de pacientes con ERC y en el aumento de pacientes fallecidos por la enfermedad o por complicaciones de alguna enfermedad precursora.

El proceso de atención para los pacientes con ERC debería ser un proceso fácil y llevadero por la rutas o modelos de atención establecidos en los diferentes países, pero se evidencia que hay personas que no acceden a los medicamentos, ni a terapias de sustitución renal por factores como la distribución geográfica de las IPS (lugares alejados de su vivienda), falta de profesionales, los gastos en los que se debe incurrir para empezar o dar continuidad al tratamiento y en un escenario más desfavorable porque el paciente no tiene interés en acceder a ningún tratamiento debido al duelo que viven por padecer esta enfermedad y su adaptación a la misma por el cambio en el estilo de vida que deben tener, a lo cual también se le suma el perfil sociodemográfico y cultural. Para contrarrestar estos factores los pacientes buscan apoyo en el área social de su entorno, es decir buscan subsidios en las entidades estatales y gubernamentales ya que por la falta de recursos económicos no se accede de forma adecuada al tratamiento y se pone en riesgo la vida y es ahí donde no se da garantía del derecho a la salud que es considerado como un derecho legal y/o constitucional que está debidamente organizado para hacerse cumplir.

Al momento de la formulación de las políticas públicas sanitarias el equilibrio entre el acceso y la concentración de servicios es complejo puesto que debe tenerse en

cuenta, por un lado, si los servicios complejos se concentran geográficamente en diferentes intensidades, la sinergia entre los diferentes tipos de tratamiento es un elemento extremadamente importante en la organización del sistema. Es necesario considerar el flujo de tratamiento, la comunicación y la cooperación mutua para reforzar la capacidad de respuesta. Para garantizar la igualdad en salud, los estudios e investigaciones deben centrarse en estas cuestiones para apoyar los procesos de toma de decisiones gubernamentales, ya que las políticas públicas destinadas a promover la garantía de acceso deben concebirse teniendo en cuenta las múltiples variables que conforman el complejo estado de salud de los individuos y las comunidades. Por otra parte, los procedimientos más complejos deben organizarse para permitir la escala no sólo por razones económicas, en las que el volumen contribuye a la reducción de costes, sino también por la calidad de los servicios. En los procedimientos de alta complejidad, el gran volumen permite la especialización de los recursos, lo que conduce a una mayor calidad. Pese a la intención de cobertura universal en salud o cobertura sanitaria universal encontramos que la atención en salud en los países latinoamericanos presentan desigualdad e inequidad a la hora de acceder a los servicios básicos requeridos por el paciente con ERC como también la percepción o satisfacción de estos; muestra de esto es que en varios países de altos ingresos, la atención médica universal es proporcionada por el gobierno e incluye la ERC y en los países de ingresos bajos y medios-bajos, la atención de la ERC no pueden ser financiadas con fondos públicos, y los esfuerzos de prevención de la ERC a menudo son limitados.

Se logra evidenciar que sin distinción del sistema de salud aplicado en los diferentes países las personas con ERC al momento de evaluar la atención recibida toman en cuenta aspectos como la atención del personal de enfermería y personal médico, el cual resulta de gran importancia para la concientización y adherencia al tratamiento de la enfermedad, como el apoyo recibido en el ámbito social y familiar. Lo que permite afirmar que la atención debe de ir más allá de tener buenos equipos médicos a tener un buen equipo de profesionales que presten atención idónea, cálida y segura para generar confianza y credibilidad entre los pacientes que reciben el tratamiento. El tema de adherencia es única y exclusivamente decisión del paciente, involucra la fuerza de voluntad de este y lo condiciona para tener una buena calidad de vida; sin embargo, en la gran mayoría de países de Latinoamérica no es suficiente con eso, ya que lastimosamente los sistemas de salud que se tienen aún presentan brechas para la atención en salud inclusive para la ERC que es una enfermedad de alto costo y que a nivel mundial su incidencia crece día a día. Pese al derecho universal a la salud con calidad hay pacientes con ERC a quienes se les dificulta tener un tratamiento continuo, ya sea por falta de recursos económicos o por los trámites administrativos que deben realizar ante las empresas responsables de pago; lo cual lleva a que la adherencia se vea afectada. Es una decisión compleja hacer al lado un tratamiento que podría prolongar la vida, pero para algunos pacientes es más complejo estar de un lado para otro y luchar por una atención con calidad. Cuando no se cuenta ni con recursos económicos ni con un buen sistema de salud que garantice su tratamiento lo más factible es que el paciente desista y se pase a un panorama desfavorable donde ya no hay un mínimo equilibrio entre la

adherencia esperada vs la adherencia real. En países donde la situación de pobreza no es tanta y ante esta situación presentada, los pacientes recurren a sus propios recursos económicos para lograr una mejor atención institucional y minimizar el riesgo de morir.

Limitaciones.

El idioma fue un limitante que se presentó en el desarrollo de la presente revisión de la literatura ya que no se accedió a publicaciones en idiomas diferentes al español y/o portugués, además; el año de publicación de los textos encontrados nos limitó el número de textos a tener en cuenta ya que del 2012 hacia atrás no estaban contemplados en los criterios de inclusión. A modo general debido al tipo de revisión realizada la limitación mayor está relacionada a posibles sesgos de información por la omisión significativa de literatura valiosa, debido a la posibilidad de selección de bibliografía acomodada a la visión personal acerca del mundo dando paso a la subjetividad.

Conclusiones

La enfermedad renal crónica (ERC) representa uno de los principales retos para los sistemas de salud en Latinoamérica debido al costo que se asume de esta y el riesgo financiero que representa para los mismos; pero así mismo es una prioridad en salud pública dado el aumento progresivo de su incidencia, prevalencia y mortalidad a nivel mundial lo que representa un desmejoramiento en la calidad de vida de las personas y sus familias. A pesar de que en la mayoría de países estudiados los programas y proyectos relacionados a la ERC van enfocados a una atención primaria donde se tiene como objetivo la prevención o detección temprana de la enfermedad (con el control y manejo de enfermedades precursoras), la falta de un diagnóstico a tiempo es el desencadenante de un tratamiento arduo y a veces sin buenos resultados por lo que se requiere de una priorización para la captación inmediata de la población en riesgo de sufrir la enfermedad.

Pese a los esfuerzos del personal asistencial, barreras como la fragmentación de los sistemas de salud, la falta de articulación entre los actores del sistema, factores sociales, económicos y familiares; y la baja resolutivez en los primeros niveles de atención han contribuido a la inequidad en el proceso de atención, lo cual conlleva a una mayor incidencia de la ERC.

La concientización, interiorización y autoaceptación de los pacientes que sufren ERC es primordial para una adecuada adherencia al tratamiento, ya que como experimentan cambios en el estilo de vida relacionados a lo familiar, social, laboral; implican un reto para el paciente y su familia.

Con lo anteriormente mencionado se encuentra una similitud en los diferentes textos ya que, en su mayoría, a pesar de ser de distintos países, se puede reflejar como teóricamente las políticas y el sistema deben manejar la ERC, pero en su práctica existen grandes fallas que llevan a los resultados actuales. Aunque en la presente revisión de la literatura, se encontraron los elementos necesarios para el desarrollo de esta, se requiere mayor producción y publicación de literatura relacionada al tema en Latinoamérica, sobre todo en algunos países donde no se desarrollan políticas en pro de la ERC, ya que este es un tema de interés mundial el cual no se puede pasar por alto

Bibliografía

1. Sociedad Chilena de Nefrología. Que es la enfermedad renal crónica. [Internet]. [Consultado 2021 Junio 25]. Disponible en: <https://www.nefro.cl/v2/post.php?id=570>
2. Lopera Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016 May; 15(30): 212-233. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a15.pdf>.
3. Crews DC, Bello BK, Saadi G. Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. Rev Nefrol Dial Traspl. 2019 Abr; 39(1):1-11. Disponible en: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/399>.
4. Aldrete Velasco JA., Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R, Correa Rotter R, García Peña R, Pedraza Chávez J. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. Int Méx. 2018 Jul; 34 (4) :536-550. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400004
5. La Organización Panamericana de la Salud (OPS). Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Centro de prensa.2014.
6. Martínez FL, Ordoñez IE, García DL. Deficiencias en el tratamiento de pacientes diabéticos que terminaron en enfermedad renal crónica Acta Médica Colombiana. 2007; 32 (2): 57-67
7. García García G. La pobreza: el denominador común de la amenaza mundial de la ERC. MEDICC Review. 2014; 16(2):83.
8. Gonzalez Bedat M, Rosa Diez G, Ferreiro A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. Rev. Nefrol Latinoamericana. 2017 Ene; 14 (1): 12 - 21. disponible en : <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S2444903216300051/pdf>.
9. Belalcázar Peña IE. La equidad en el Plan Obligatorio de Salud Colombiano: Una visión comparada . [Trabajo de grado maestría en derecho]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales; 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9019/1/isabeleugeniabelalcazarpeña.2012.pdf>.
10. Colombia, Ministerio de Protección Social. Ley 1438 del 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

11. Lopera MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomédica* 2017;37:577-89.
12. Miguel Hernández M., Romero Quechol GM., & Cruz Ojeda GA. (2020). Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(3), 146-153PAHO. Modelo de atención integral en salud. 2015. [internet]. [Consultado 2021 Julio 01]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
13. Acosta Hernández PA, Chaparro López LC, Rey Anacona CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev. Colombiana de Psicología*. 2008; 17: 9-26.
14. Cueto Manzano AM, Cortés Sanabria L, Martínez Ramírez HR, Márquez Herrera RM, Solórzano Rodríguez EC, Rojas Campos E. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria en salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Ciudad de México, V 55, n 2, p 134-142, Marzo 2017.
15. Clínica Barcelona. Insuficiencia Renal Crónica.[internet]. [consultado 2021 Julio 01]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/insuficiencia-renalcronica/definicion>
16. Mesa Lago C; Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. 2005 diciembre. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3888/S2005077_es.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud OPS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013 - 2019 [internet]. [consultado 2021 agosto 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-entamericas.pdf> FALTA
18. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión SLANH. Guías Latinoamericanas de la práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de los estadios 1-5 de la enfermedad renal crónica [internet]. [consultado 2021 agosto 17]. Disponible en: <https://slanh.net/guias-latinoamericanas-de-practica-clinica-sobre-laprevenciondiagnostico-y-tratamiento-de-los-estadios-1-5-de-la-enfermedad-renalcronica>
19. Foro Global de Política Pública sobre la enfermedad renal: Enfoque en

América Latina. Ciudad de México 2017 Abril 21. Sociedad Internacional de Nefrología; 2017.

20. Argentina. Instituto Nacional Central único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Resolución 638/2016 INCUCAI. Programa de Abordaje Integral de Enfermedades Renales (PAIER). 27 de junio de 2013.

21. Brasil. Ministerio de Salud. Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) en Brasil 2011-2022.

22. México. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, con los que deberán contar los establecimientos en los que se practique la hemodiálisis y terapias afines. NOM-003-SSA3-217.

23. Larissa Shamseer, David Moher, Mike Clarke, Davina Gherzi, Alessandro Liberati (fallecido), Mark Petticrew, Paul Shekelle, Lesley A Stewart. Elementos de informe preferidos para protocolos de revisión sistemática y metaanálisis (PRISMA-P). Consultado 15 abril 2022.

24. PAHO. Modelo de atención integral en salud. 2015. [internet]. [Consultado 2021 Julio 01]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>

25. Organización de las Naciones Unidas. La desigualdad, el gran enemigo de la salud en América Latina. 2018. [internet]. [Consultado 2021 Julio 01]. <https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582>.

26. Belalcázar Peña IE. La equidad en el Plan Obligatorio de Salud Colombiano: Una visión comparada . [Trabajo de grado maestría en derecho]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales; 2012. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9019/1/isabeleugeniabelalcazarpeña.2012.p>

27. Acuña L, Sánchez P, Soler L, Alvis L. Enfermedad renal crónica en Colombia: prioridad para la gestión de riesgo. Rev Panam Salud Publica. V 40, n 1, p 16 - 22, julio 2016. disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28575/v40n1a3_1622.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

28. Cueto Manzano AM, Cortés Sanabria L, Martínez Ramírez HR, Márquez Herrera RM, Solórzano Rodríguez EC, Rojas Campos E. Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria en salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, V 55, n 2, p 134-142, Marzo 2017.

29. Mercado Martínez F, Correa M. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. Salud pública de México, Ciudad de México, vol. 57, no. 2, p 155 - 160, marzo 2015. Disponible en

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342015000200010.

30. Cortés Sanabria L, Ayala Cortés RA, Calderón García CE, Silva Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. Sal Jal. Jalisco, Vol. 4, N° 1, Pp. 6 - 9. 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76952>

31. Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, De Vos P, Van der Stuyft P. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. Santiago de Cuba, Vol. 15, N° 11, Pp 1609- 1620, nov 2011 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011001100012&lng=es.

32. Pérez Díaz J, Almaguer López M , Herrera Valdés R , Martínez Machín M, Martínez Morales M. Comportamiento de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria de Salud. Cuba. Rev. Habanera de Cienc. Vol. 16, N° 7, Pp 1153 - 1165, 2017. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2355>.

33. Ministerio de salud pública, república de Cuba. Día del Riñón: Vivir bien con la enfermedad renal. [internet]. [consultado 2021 agosto 17]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/dia-del-rinon-vivir-bien-con-la-enfermedadrenal/?doing_wp_cron=1652208925.8532330989837646484375#:~:text=Cada%2011%20de%20marzo%20se%20celebra%20el%20D%C3%ADa%20Mundial%20del%20Ri%C3%B1%C3%B3n.

34. Acuña M., Canel O., Greco G., Weisman C., Procupet A., Kaufmann R., & Jaime C. (2013). Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 51 – 55

35. Torales S., Vallejos A., & Valenti L. Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. Rev Argent Salud Pública, Vol. 9, n° 35, pp 33-37, 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v9n35/v9n35a06.pdf>.

36. Sesso R, Lugon J. Perspectiva mundial de la dialisis: Brasil. Rev. Sociedad Estadounidense de Nefrología. Vol. 1, n° 3, Pp 216- 219, Mar 2020. Disponible en: <https://kidney360.asnjournals.org/content/kidney360/1/3/216.full.pdf?with-ds=yes>.

37. Aldrete Velasco JA., Chiquete E, Rodríguez García JA, Rincón Pedrero R, Correa Rotter R, García Peña R, Pedraza Chávez J. Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. Med. Int Méx. 2018 Jul; 34 (4) :536-550. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000400004.

38. Martínez MF. Inequidades en los sistemas de salud de América LATina: análisis para Colombia, Argentina y México. CELAC, Bucaramanga, 2017. Disponible en: http://svrweb.unicienciabga.edu.co:3000/Pagina/moodle/pluginfile.php/13340/mod_resource/content/4/INEQUIDADSISTEMASDESALUD.pdf.
39. Ramírez-Perdomo CA, Perdomo Romero AY, Rodríguez Vélez ME. El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica. *av.enferm.* [Internet]. 2020 Aug; 38(2): 191-201. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002020000200191&lng=en. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83555>.
40. Ballesteros M. Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina. X jornada de Sociología. Facultad de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos aires.
41. Miguel Hernández M., Romero Quechol GM., & Cruz Ojeda GA. (2020). Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(3), 146-153.
42. Brito JCC., Gutiérrez CG., Cruz CA., Pérez FRR., Mazon OL., & Delfino WG. (2018). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad renal crónica en el nivel primario de salud. *Revista Médica Electrónica*, 40(1), 48-56.
43. Matos Trevín G., Martín Alfonso L., Álvarez Vázquez B., Remón Rivera L., & González Gacel J. (2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), 666-677
44. Díaz Soto, C. M., Présiga Ríos P. A., & Zapata Rueda, C. M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Revista de Educación y Desarrollo*, 41, 17-25.
45. Rojas Villegas Y., Ruíz Martínez A. O., & González Sotomayor R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77