



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Características y barreras de atención de personas, con y sin seguridad social, en terapias de reemplazo renal en la Ciudad de México*

Marcela Agudelo-Botero¹

¹ Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México

Volumen 42, 2023

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356078>

Recibido: 08/02/2024

Aprobado: 28/06/2024

Publicado: 10/09/2024

Cita:

Agudelo M. Características y barreras de atención de personas, con y sin seguridad social, en terapias de reemplazo renal en la Ciudad de México. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e356078

doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e356078>

Resumen

Objetivo: Describir las características de las personas con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal (diálisis o hemodiálisis), con y sin seguridad social, así como las barreras de atención que experimentaron.

Metodología: Se recolectaron datos entre junio de 2019 y febrero de 2020, en tres hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Se encuestaron 163 personas en terapia de reemplazo renal. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para reportar los resultados.

Resultados: Poco más de la mitad de las personas no tenía seguridad social y la edad mediana fue de 56 años. El 40,0 % de las personas recibió el diagnóstico de enfermedad renal crónica por parte de un/a médico/a familiar o una/o general. La terapia de reemplazo renal más común, entre la población sin seguridad social, fue la hemodiálisis intermitente (72,6 %), y la diálisis peritoneal continua ambulatoria para las personas con seguridad social (72,2 %). El 31,0 % de las personas sin seguridad social no recibió las sesiones de terapia de reemplazo renal recomendadas.

Conclusiones: Las personas, con y sin seguridad social, enfrentaron barreras para la atención de la enfermedad renal crónica; sin embargo, estas fueron más acentuadas en este último grupo poblacional. Además, las personas sin seguridad social tuvieron acceso a peores esquemas terapéuticos, ya que fue frecuente que recibieran tratamientos subóptimos.

-----**Palabras clave:** barreras de atención, enfermedad renal crónica, seguridad social, terapia de reemplazo renal.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NonCommercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

* Los datos recolectados en este estudio son producto del proyecto “Desigualdades en las trayectorias de atención de pacientes con enfermedad renal crónica en México: estudio multicéntrico”, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Duración: agosto de 2018-agosto de 2020. Registro núm. FMED/CI/SPLR/065/2015.

Characteristics and barriers to care for people with and without social security undergoing renal replacement therapy in Mexico City

Abstract

Objective: To describe the characteristics of people with chronic kidney disease on renal replacement therapy (dialysis or hemodialysis), with and without social security, as well as the barriers to care they experienced.

Metodología: Data were collected between June 2019 and February 2020, in three tertiary care hospitals in Mexico City. A total of 163 people on renal replacement therapy were surveyed. Frequencies and percentages were used to report the results.

Results: Slightly more than half of the people had no social security and the median age was 56 years. In 40.0% of the cases, the diagnosis of chronic kidney disease was made by a family physician or general practitioner. The most common renal replacement therapy among the population without social security was intermittent hemodialysis (72.6%), while for those with social security it was continuous ambulatory peritoneal dialysis (72.2%). 31.0% of people without social security did not receive the recommended renal replacement therapy sessions.

Conclusions: People faced barriers to chronic kidney disease care regardless of their social security status; however, the barriers were more accentuated for people without social security. Moreover, people without social security had access to worse therapeutic regimens, as they frequently received suboptimal treatment.

-----*Keywords:* barriers to care, chronic kidney disease, social security, renal replacement therapy

Características e barreiras de atenção de pessoas, com e sem seguridade social, em terapias de substituição renal em Cidade do México

Resumo

Objetivo: Descrever as características das pessoas com doença renal crônica em terapia de substituição renal (diálise ou hemodiálise), com ou sem seguridade social, assim como as barreiras de atenção que experimentaram.

Metodologia: Foram coletados dados entre junho de 2019 e fevereiro de 2020, em três hospitais de terceiro nível de atenção de Cidade do México. 163 pessoas em terapia de substituição renal foram entrevistadas. Foram usadas frequências e porcentagens para apresentar os resultados.

Resultados: Pouco mais da metade das pessoas não tinha seguridade social e a idade média foi de 56 anos. 40% das pessoas receberam o diagnóstico de doença renal crônica por parte de um(a) médico(a) familiar ou geral. A terapia de substituição renal mais comum entre a população sem seguridade social foi a hemodiálise intermitente (72,6%) e a diálise peritoneal ambulatorial contínua para as pessoas com seguridade social (72,2%). 31,0% das pessoas sem seguridade social não receberam as sessões de terapia de substituição renal recomendadas.

Conclusões: As pessoas, com e sem seguridade social, enfrentaram barreiras para a atenção da doença renal crônica; contudo tais obstáculos foram mais agudos no último grupo. Além disso, as pessoas sem seguridade social tiveram acesso a piores esquemas terapêuticos já que receberam tratamentos subótimos com frequência.

-----*Palavras-chave:* barreiras de atenção, doença renal crônica, previdência social, terapia de substituição renal.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública de grandes proporciones en México, el cual, con el paso de los años, ha ido escalando aceleradamente [1-3]. Aunque no existe una estimación precisa de la prevalencia e incidencia de esta enfermedad en el país, debido a las dificultades para su detección, se ha llegado a establecer que el 7 % de la población podría presentar una tasa de filtración glomerular menor que 60 mL/min/1,73 m² y el riesgo de desarrollar ERC sería superior al 50 % [4]. Sin embargo, datos del “Estudio de la carga global de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo” muestran que, entre 1990 y 2019, la tasa estandarizada de mortalidad por esta causa pasó de 14,2 a 58,1 por cada 100 mil personas, lo que significó un incremento del 107,7 % [5]. Esto contrasta con el panorama mundial, donde dicha tasa se incrementó en 64,3 % (tasa estandarizada de mortalidad de 11,2 en 1990 y de 18,4 en 2019) [5].

Si bien los indicadores epidemiológicos relacionados con la ERC son abrumadores en todo el mundo, en México son altamente preocupantes [1,3,6], en tanto el incremento en la mortalidad, la discapacidad y la pérdida de años de vida saludables se han visto exacerbados [3], en gran parte, por el aumento de factores de riesgo como la obesidad, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica (HAS) [3,7]. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022, la prevalencia de estas enfermedades, en la población de 20 años o más, fue de 75,2, 18,4 y 29,4 %, respectivamente [7].

La ERC tiene serias implicaciones a nivel individual, familiar y para los sistemas de salud [8,9]. Se sabe que las personas con ERC, generalmente, llegan a los servicios de salud en etapas avanzadas, cuando se hace inevitable recurrir a terapias de reemplazo renal (TRR); sin embargo, no todas las personas reciben dichas terapias [10-12]. Incluso, aquellas sin seguridad social tienen menos probabilidades de recibir un trasplante renal respecto a quienes cuentan con acceso a alguna cobertura de seguridad social [13].

En el país, han sido ampliamente documentadas las marcadas diferencias en el acceso a las TRR entre la población, con y sin seguridad social [9,13]. Esto se debe, principalmente, a la segmentación y la fragmentación de los servicios de salud, lo que contribuye a profundizar las desigualdades en la atención de la ERC. Existen serias limitaciones para la provisión de TRR óptimas, especialmente para la población sin seguridad social, aunque también se han señalado aspectos a mejorar para garantizar una atención de calidad en la población con seguridad social [9,13]. En México, el gasto en salud representa alrededor del 3 % del producto interno bruto

total, cifra que está lejos del 6 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud [14].

A pesar de las evidencias disponibles, aún son escasos los estudios que realicen análisis comparativos entre las personas con ERC en TRR que tienen y no tienen seguridad social. Esto es fundamental para medir las brechas, pero también para identificar áreas de oportunidad que contribuyan a reducir las inequidades de atención. Por lo tanto, el objetivo de este artículo es describir las características de las personas con ERC en TRR (diálisis peritoneal y hemodiálisis), con y sin seguridad social, que acudieron a hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, así como las barreras de atención que experimentaron.

Metodología

Estudio observacional y descriptivo, basado en información que se recolectó entre junio de 2019 y febrero de 2020. La muestra fue por conveniencia, no probabilística. La población de estudio se conformó por 163 personas con ERC que acudían a tres hospitales de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Uno de ellos es un hospital público que atendía a personas sin seguridad social, mientras que los otros dos hospitales recibían a personas con seguridad social.

La recolección de la información se hizo mediante un cuestionario estructurado que contenía 126 reactivos, con preguntas cerradas, sobre datos sociodemográficos y de salud, barreras y facilitadores en el acceso a las TRR, gastos asociados con la atención, calidad de vida, entre otros. El cuestionario fue llenado por tres personas (con formación en medicina) que diseñaron y probaron el instrumento, antes de efectuar la recolección final de los datos. Estas personas recibieron capacitación para unificar la forma de hacer las preguntas y registrar las respuestas.

La duración promedio de cada encuesta fue de aproximadamente 25 minutos. Esta se realizó cara a cara con las personas en los hospitales seleccionados y que, además, cumplían con los siguientes criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años, 2) tener un diagnóstico de ERC en estadio 5 (según la *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*) [15], 3) haber estado en TRR (diálisis o hemodiálisis en sus distintas modalidades) por tres meses o más, y 4) no presentar limitaciones/dificultades para comunicarse de forma verbal. Durante la duración del estudio se encuestó a todas las personas que cumplieron dichos criterios en los tres hospitales.

Tras recabar la información, se describieron las características sociodemográficas y de salud de las personas, así como las barreras de atención relacionadas con las TRR, mediante frecuencias y porcentajes. Se calcula-

ron las diferencias entre grupos y variables, por medio de pruebas de ji cuadrado para variables con distribución normal y Wilcoxon-Mann-Whitney para las variables sin distribución normal. Para todos los análisis, se consideró una significancia $p \leq 0,05$. Los datos se desagregaron en dos grupos (personas con y sin seguridad social).

De cada una de las personas participantes se obtuvo el consentimiento informado por escrito. El proyecto, del cual deriva este análisis, contó con la aprobación de las Comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (Número FM/DI/058/2018). Los datos se procesaron con Stata® 17 [16].

Resultados

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la población de estudio. Del total de personas encuestadas (163), el 51,5 % no tenía seguridad social y la mayoría fue hombres, porcentaje que fue más alto para el caso de las personas con seguridad social

(58,2 %). La edad mediana fue de 56 años, siendo menor para la población sin seguridad social (47) y mayor para aquellas personas con seguridad social (61). Si bien las personas provenían, principalmente, de Ciudad de México, el 41,7 % de las que no contaba con seguridad social residía en el Estado de México. El 96,3 % radicaba en zonas urbanas, además de que casi todas sabían leer y escribir (93,9 %), en tanto un bajo porcentaje hablaba lengua indígena (9,2 %).

Por otro lado, más de la mitad de la población se encontraba unida (casada o en unión libre) (60,1 %), cifra que fue más alta para la población con seguridad social (70,9 %). La mayor parte de la población reportó contar con educación media superior (49,1 %), teniendo un porcentaje más alto la población con seguridad social (70,9 %) y menor para la población sin seguridad social (47,6 %), ya que en este último grupo predominaron las personas con baja escolaridad. Se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) entre las personas con y sin seguridad, por edad, estado civil, escolaridad, ocupación y estado de residencia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio, con y sin seguridad social

Características	Total (%)	Sin seguridad social	Con seguridad social	Ji cuadrado
		n (%)	n (%)	
Sexo	Hombre	89 (54,6)	43 (51,2)	0,367
	Mujer	74 (45,4)	41 (48,8)	
Edad mediana (años)	56	47	61	0,000
Estado civil	Unido	98 (60,1)	42 (50,0)	0,006
	No Unido	65 (39,9)	42 (50,0)	
Sabe leer y escribir	No	10 (6,1)	8 (9,5)	0,063
	Sí	153 (93,9)	76 (90,5)	
Escolaridad	Ninguna	19 (11,7)	14 (16,7)	0,000
	Primaria	42 (25,8)	27 (32,1)	
	Secundaria/Preparatoria/Bachillerato	80 (49,1)	40 (47,6)	
	Licenciatura y más	22 (13,5)	3 (3,6)	
Ocupación actual	Ninguna/Desempleada(o)/Estudiante/Ama(o) de casa/Jubilada(o)	56 (34,4)	27 (32,1)	0,000
	Campesina(o)/Trabajador(a) informal/Empleada(o) doméstica(o)/Profesionista	46 (28,2)	6 (7,1)	
	NS/NR/Otros	61 (37,4)	51 (60,7)	
Estado de residencia	Ciudad de México	120 (73,6)	43 (51,2)	0,000
	Estado de México	37 (22,7)	35 (41,7)	
	Otros estados	6 (3,7)	6 (7,1)	

Características		Total (%)	Sin seguridad social	Con seguridad social	Ji cuadrado
			n (%)	n (%)	
Localidad	Rural	6 (3,7)	5 (6,0)	1 (1,3)	0,112
	Urbana	157 (96,3)	79 (94,0)	78 (98,7)	
Habla lengua indígena	No	148 (90,8)	77 (91,7)	71 (89,9)	0,692
	Sí	15 (9,2)	7 (8,3)	8 (10,1)	

NS: No sabe; NR: No responde.

En la Tabla 2 se presentan las características de atención a la ERC en la población de estudio. Resalta que más de la mitad de las personas encuestadas contaba con seguridad social antes del diagnóstico (52,8 %). Asimismo, el 58,9 % de la población autorreportó vivir con diabetes *mellitus* (DM), con un mayor porcentaje para la población con seguridad social (72,2 %), mientras que el 79,8 % de la población sin seguridad social indicó vivir con HAS. Antes de recibir un diagnóstico de ERC, fue frecuente que las personas participantes no se realizaran exámenes de rutina (de sangre y orina) (39,3 %), aunque esto fue menos frecuente en la población sin seguridad social (58,3 %) que en aquella con seguridad social (19,0 %). Una tercera parte de la población sabía que su ERC se debía a DM (37,4 %); sin embargo, cuando se contrastó por seguridad social, el 45,6 % de las personas con seguridad social conocía el

origen de su enfermedad, respecto al 29,8 % de quienes no contaba con dicha seguridad social.

El 39,9 % recibió el diagnóstico de su enfermedad por parte de un/a médico/a familiar o general, porcentaje que fue mayor para la población sin seguridad social; además, el 31,6 % de las personas con alguna seguridad social fue diagnosticado con ERC por parte de un/a nefrólogo/a, frente al 15,5 % de las personas sin seguridad social. En términos generales, el 37,4 % del total de las personas fue diagnosticado con ERC en la Secretaría de Salud/Seguro Popular, aunque cabe destacar que el 26,2 % de las personas sin seguridad social recibió este diagnóstico en consultorios adyacentes a farmacias. Todas las variables mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$), excepto en aquellas personas con diagnóstico previo de HAS.

Tabla 2. Características de salud de la población de estudio, con y sin seguridad social

Características		N (%)			Ji cuadrado
		Total	Sin seguridad social	Con seguridad social	
Derechohabiencia antes del diagnóstico	No	77 (47,2)	72 (85,7)	5 (6,3)	0,000
	Sí	86 (52,8)	12 (14,3)	74 (93,7)	
Con diagnóstico de diabetes mellitus	No	67 (41,1)	45 (53,6)	22 (27,8)	0,001
	Sí	96 (58,9)	39 (46,4)	57 (72,2)	
Con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica	No	37 (22,7)	17 (20,2)	20 (25,3)	0,439
	Sí	126 (77,3)	67 (79,8)	59 (74,7)	
Frecuencia de exámenes de sangre y orina	Nunca	64 (39,3)	49 (58,3)	15 (19,0)	0,000
	Cada 6 meses	33 (20,2)	8 (9,5)	25 (31,6)	
	6 meses a menos 1 año	32 (19,6)	11 (13,1)	21 (26,6)	
	Cada año o más	11 (6,7)	4 (4,8)	7 (8,9)	
	Otro	23 (14,2)	12 (14,3)	11 (13,9)	
Origen de la ERC	No	49 (30,1)	25 (29,8)	24 (30,4)	0,000
	Diabetes T1/T2	61 (37,4)	25 (29,8)	36 (45,5)	
	Hipertensión arterial sistémica	10 (6,1)	5 (6,0)	5 (6,3)	
	Glomerulonefritis	2 (1,2)	1 (1,2)	1 (1,3)	
	Otros/NS/NR	41 (25,2)	28 (33,2)	13 (16,5)	

Características	N (%)			Ji cuadrado	
	Total	Sin seguridad social	Con seguridad social		
Profesional que proporcionó el diagnóstico de ERC	Médica(o) familiar/general	65 (39,9)	34 (40,5)	31 (39,2)	0,000
	Nefróloga(o)	38 (23,3)	13 (15,5)	25 (31,6)	
	Ingreso a urgencias	42 (25,8)	30 (35,7)	12 (15,3)	
	Otro/NS/NR	18 (11,0)	7 (8,3)	11 (13,9)	
Tipo de institución donde fue diagnosticado con ERC	Seguro Popular/Secretaría de Salud	61 (37,4)	52 (61,9)	9 (11,4)	0,006
	IMSS/ISSSTE	60 (36,8)	2 (2,4)	58 (73,4)	
	Hospital privado	16 (9,8)	6 (7,1)	10 (12,7)	
	Consultorio adyacente a farmacia/Consultorio médico general	24 (14,7)	22 (26,2)	2 (2,5)	
	NS/NR	2 (1,3)	2 (2,4)	-	

ERC: Enfermedad renal crónica; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; NS: No sabe; NR: No responde; T1: Tipo 1; T2: Tipo 2.

En la Figura 1 se distingue entre la primera TRR que las personas que vivían con ERC recibieron, así como la terapia que tenían al momento de la recolección de los datos. Como primera TRR que se recibió, predominó la hemodiálisis intermitente (menos de tres sesiones a la semana), así como la diálisis peritoneal mecánica intermitente, en la población en general. No obstante, el

58,3 % de las personas sin seguridad social inició con hemodiálisis intermitente, frente al 6,3 % de quienes contaban con seguridad social. Respecto a la TRR que las personas recibían cuando se realizó el estudio, se encontró que el 72,2 % de las personas sin seguridad social estaba bajo la modalidad de hemodiálisis intermitente o diálisis peritoneal continua ambulatoria.

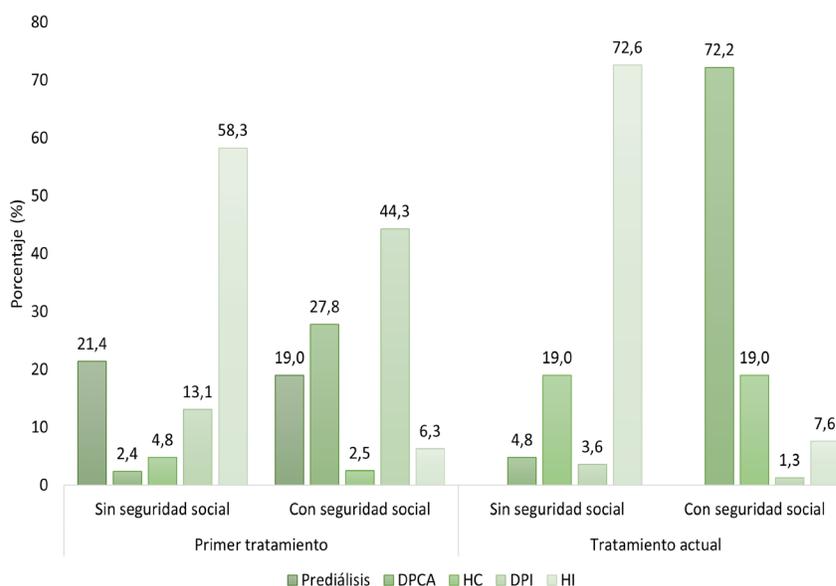


Figura 1. Distribución porcentual de la población de estudio, según primera y actual terapia de reemplazo renal recibida. DPCA: Diálisis peritoneal continua ambulatoria; DPI: Diálisis peritoneal intermitente; HC; Hemodiálisis continua; HI: Hemodiálisis intermitente.

Las barreras de atención que las personas experimentaron se resumen en la Figura 2. Se encontró que menos de la mitad de las personas recibió atención oportuna de la ERC, es decir, que fueron atendidas cuando así lo requirieron. Pese a que la mayoría de las personas con ERC tuvo las sesiones de TRR recomendadas, el 17,0 % no las recibió a tiempo, porcentaje que se elevó al 31,0 % para las personas sin seguridad social; en este sentido, el 33,7 % consideró requerir más sesiones de diálisis o hemodiálisis, siendo del 40,5 % para las personas sin ningún tipo de seguridad social. La satisfacción con el tratamiento fue de más del 80,0 % para las personas, indistintamente si contaban o no con seguridad social. Es importante resaltar que solo el 54,0 % de las personas fue atendida en el hospital de preferencia, aunque este porcentaje se redujo al 44,3 % para las personas con seguridad social. El 23,4 % tuvo condiciones de salud que limitaron siempre, o con frecuencia, recibir las sesiones de TRR.

Discusión

Los resultados obtenidos indican la existencia de múltiples brechas y diferencias en el acceso a las TRR en las personas con y sin seguridad social. Aunque se ha enfatizado en la necesidad e importancia de establecer un programa nacional para la prevención y la detección oportuna de la ERC [2,3,8,12], una prioridad para las personas que viven con la enfermedad es garantizarles TRR centradas en sus necesidades y características, independientemente del subsistema de salud al cual pertenecen.

En relación con la ERC, México encara desafíos de grandes proporciones, como: 1) desconocimiento por parte de las personas que viven con la enfermedad e infradiagnóstico; 2) diagnósticos tardíos, cuando la enfermedad ha progresado a etapas avanzadas, y 3) alta prevalencia e incremento de obesidad, DM e HAS, las cuales son subyacentes a la ERC [1,3,7,9]. Todo esto, con repercusiones directas en el sistema de salud, debido a los altos costos que significa su atención [17], lo que pone en riesgo la sostenibilidad de cualquier programa que se diseñe para ello.

La ERC es un marcador importante de inequidades en salud [18], puesto que los desenlaces adversos, como complicaciones, hospitalizaciones y muertes prematuras, son más recurrentes en personas que presentan desventajas sociales [2,8,19-22]. La frecuencia y la magnitud de la ERC al interior del país [3] ponen de manifiesto las inequidades que se derivan de diferenciales en el financiamiento, acceso y calidad de los servicios de salud, lo que se traduce, entre otras cosas, en retraso en el diagnóstico, intermitencia o falta de TRR —como diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal— y menor supervivencia [10,20].

Aunado a lo anterior, las inequidades se ven exacerbadas por los altos costos que implica la atención de la enfermedad, lo cual está estrechamente vinculado con las políticas públicas y la situación financiera de cada país [1,22-25]. Gran parte de las personas usuarias de servicios de salud en México son diagnosticadas con ERC en etapas avanzadas, momento en el que los costos de atención y manejo son considerablemente altos, tanto para las instituciones prestadoras de servicios de salud como para las personas usuarias de estos servicios y sus familias [9,10,17]. Es por ello por lo que se ha instado a que los países valoren los elementos de cuidado renal que son prioritarios y factibles para cada uno de ellos, a la luz de los factores políticos, económicos y culturales [24,25].

Las barreras que aluden las personas sin seguridad social coinciden con lo que se ha encontrado en otros estudios; sin embargo, el aporte de este trabajo es el contraste que se observa entre las personas que tienen cobertura de salud. Así, por ejemplo, en un estudio realizado por Mercado-Martínez y Correa-Mauricio, se identificó que las personas sin seguridad social y que vivían con ERC afrontan la falta de protección para cubrir las TRR, limitados ingresos para cubrir sus necesidades y los altos costos de la terapia [26]. Por su parte, Agudelo-Botero et al. encontraron que las personas sin seguridad social que acudían a un hospital de referencia de la Ciudad de México, enfrentaron barreras de acceso a las TRR, así como para disponer de información clara y precisa sobre la enfermedad. También observaron que estas personas vivieron el proceso de atención médica con miedo, angustia y depresión [10].

Finalmente, es imperioso diseñar políticas públicas justas que conduzcan a la equidad en salud, considerando que la ERC es una de las enfermedades crónicas con el mayor incremento en los últimos años en México [3]. De no tomarse medidas inmediatas, el panorama futuro no parece ser alentador. Por tal motivo, se debe seguir trabajando para reducir estas diferencias y garantizar que “nadie quede atrás”, en consonancia con lo que se plantea en los Objetivos de Desarrollo Sostenible [25].

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La primera de ellas es que el muestreo fue no probabilístico, motivo por el cual los resultados no pueden extrapolarse a un número mayor de personas con ERC en TRR. En segundo lugar, este es un estudio descriptivo, lo que significa que no se pudieron establecer los factores que se asocian con las barreras de atención experimentadas. Aunque este es un trabajo valioso, solo es una primera exploración que tendrá que seguirse abordando en otros estudios, a través de muestras representativas de las personas con ERC que acceden a distintos subsistemas de salud.

En conclusión, se evidenciaron brechas y diferencias en las TRR entre las personas con y sin seguridad

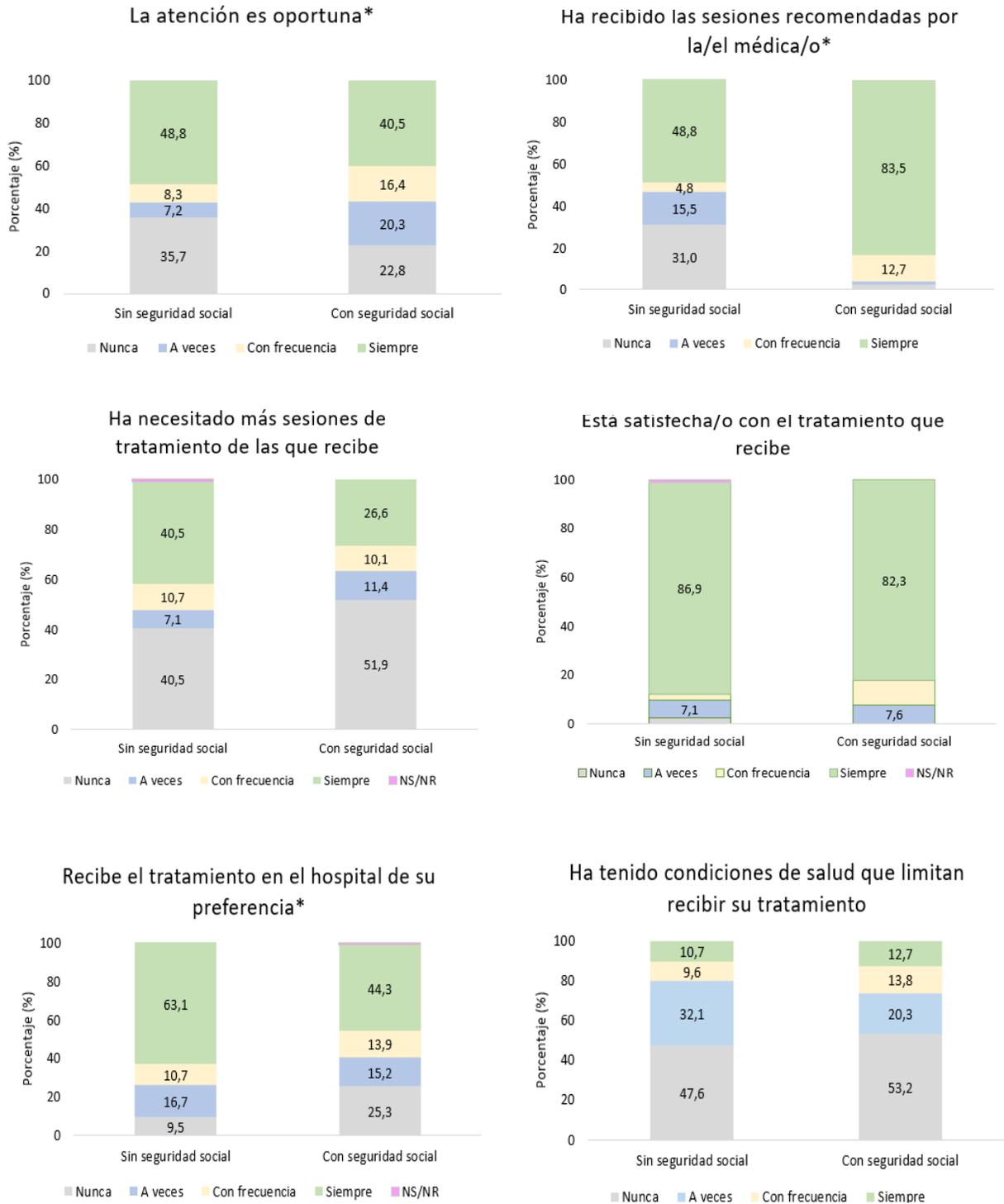


Figura 2. Barreras en la atención de las personas con enfermedad renal crónica en terapias de reemplazo renal, con y sin seguridad social. NS: No sabe; NR: No responde.

* Diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$).

social que fueron atendidas en hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México, siendo estas últimas las que tuvieron peores esquemas terapéuticos, ya que, en su mayoría, reciben sesiones de hemodiálisis subóptimas (una o dos sesiones a la semana). A pesar de que son estas personas las que presentan mayores barreras de atención relacionadas con las TRR, también fue posible dilucidar que quienes cuentan con seguridad social experimentaron dificultades a la hora de recibir dichos tratamientos. Los resultados indican que se debe seguir mejorando los servicios de salud dirigidos a las personas con ERC en TRR, indistintamente de su tipo de cobertura en salud.

Agradecimientos

A todas y cada una de las personas que accedieron participar en el estudio y proporcionar su valioso tiempo, así como al personal administrativo y operativo de los hospitales donde se recolectó la información, por permitir a las/los encuestadoras/es acceder a los servicios de nefrología.

Declaración de fuente de financiación

Para la recolección de datos, la autora de este artículo recibió financiamiento de la Dirección General Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) (#IA203819). El análisis de datos se hizo en el marco del PAPIIT 2022 (#IT300621).

Declaración de conflictos de intereses

La autora declara no tener conflictos de intereses.

Declaración de responsabilidad

La autora es responsable de la información declarada en este artículo, así como de su veracidad.

Declaración de contribución por autores

La autora concibió el estudio, realizó los análisis y redactó la totalidad del artículo.

Referencias

1. Correa-Rotter R, Méndez Durán A, Vallejos A, et al. Unmet needs of CKD in Latin America: A review from expert virtual working group. *Kidney Int Rep.* 2023;8(5):954-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2023.02.1082>

2. García-García G, Chavez-Iñiguez JS. The tragedy of having ESRD in Mexico. *Kidney Int Rep.* 2018;3(5):1027-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2018.07.018>
3. Agudelo-Botero M, Valdez-Ortiz R, Giraldo-Rodríguez L, et al. Overview of the burden of chronic kidney disease in Mexico: Secondary data analysis based on the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ Open.* 2020;10(3):e035285. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035285>
4. Argaiz ER, Morales-Juárez L, Razo C, et al. La carga de enfermedad renal crónica en México. Análisis de datos basado en el estudio Global Burden of Disease 2021. *Gac Med Mex.* 2023;159(6):487-93. DOI: <https://doi.org/10.24875/gmm.23000393>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD compare data visualization [internet]. 2019 [citado 2024 feb. 13]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
6. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020;395(10225):709-33. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
7. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 [internet]. 2023 [citado 2023 dic. 02]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/documentos_analiticos.php
8. Kierans C, Padilla-Altamira C, Garcia-Garcia G, et al. When health systems are barriers to health care: Challenges faced by uninsured Mexican kidney patients. *PLoS One.* 2013;8(1):e54380. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054380>
9. Tamayo J. Implicaciones de la ERC para pacientes, familias y sociedad. En: Tamayo J, Lastiri HS. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. México: Intersistemas S. A. de C. V. [internet]; 2016. pp. 19-22. [citado 2023 dic. 14]. https://www.anmm.org.mx/pdf/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
10. Agudelo-Botero M, González-Robledo MC, Reyes-Morales H, et al. Health care trajectories and barriers to treatment for patients with end-stage renal disease without health insurance in Mexico: A mixed methods approach. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):90. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01205-4>
11. López-Cervantes M, Rojas-Russell ME, Tirado-Gómez LL, et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. Ciudad de México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
12. Mejía-Avila RE, Arredondo A, De la Sierra de la Vega LA, et al. Barriers and facilitators in timely detection of chronic kidney disease: Evidences for decision-makers. *Arch Med Res.* 2020(5):355-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.04.009>
13. Amato JD. Grandes retos de la enfermedad renal crónica en México. En: Tamayo J, Lastiri HS. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. México: Intersistemas S. A. de C. V. [internet]; 2016. pp. 39-48. [citado 2023 dic. 14]. https://www.anmm.org.mx/pdf/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
14. Redacción El Economista. Gasto público en salud: recursos en México cayeron 3.4% en 2023. *El Economista* [internet] 2024 feb. 19 [citado 2024 may. 5]. Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Gasto-publico-en-salud-Recursos-en-Mexico-cayeron-3.4-en-2023-20240219-0074.html>
15. International Society of Nephrology. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease [internet]. 2013 [citado 2023 dic. 14]. Disponible en:

https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

16. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC; 2021.
17. Figueroa-Lara A, Gonzalez-Block MA, Alarcon-Irigoyen J. Medical expenditure for chronic diseases in Mexico: The case of selected diagnoses treated by the largest care providers. *PLoS One*. 2016;11(1):e0145177. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145177>
18. Quiñones J, Hammad Z. Social determinants of health and chronic kidney disease. *Cureus*. 2020;12(9):e10266. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.10266>
19. Valdez Ortiz R, Escorza-Valdivia S, Benitez-Renteria S, et al. Factors of poor prognosis associated with chronic kidney disease by stage in ambulatory patients: A cross-sectional study. *Arch Med Res*. 2022;53(5):524-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2022.06.005>
20. Valdez-Ortiz R, Navarro-Reynoso F, Olvera-Soto MG, et al. Mortality in patients with chronic renal disease without health insurance in Mexico: Opportunities for a national renal health policy. *Kidney Int Rep*. 2018;3(5):1171-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2018.06.004>
21. Crews DC, Bello AK, Saadi G. Burden, access, and disparities in kidney disease. *Clin Nephrol*. 2019;91(3):129-37. DOI: <https://doi.org/10.5414/CN91WKDEDI>
22. Arce-Moguel FE, García-Chong NR, Salvatierra-Izaba BE. Los desafíos de la enfermedad renal crónica en México (2000-2018). Quintana Roo: El Colegio de la Frontera Sur; 2022.
23. Kalantar-Zadeh K, Kam-Tao Li P, Tantisattamo E, et al. Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: Kidney health for everyone everywhere. *Clin Nephrol*. [internet]. 2021;95(3):115-22. DOI: <https://doi.org/10.5414/cn110436>
24. Anandh U, Meena P, et al. Social, political and legal determinants of kidney health: Perspectives from lower-and middle-income countries with a focus on India. *Front Nephrol*. 2022;2:1024667. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneph.2022.1024667>
25. Neuen BL, Chadban SJ, Demaio AR, et al. Editorial. Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. *BMJ Glob Health*. 2017;2(2):e000380. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000380>
26. Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *Salud Pública Mex*. 2015;57(2):155-60. DOI: <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7411>