

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Modos de vida de pacientes en hemodiálisis por insuficiencia renal
crónica**

Una mirada desde la determinación social

María Estefanía Osejo Villarreal

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2023



Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, María Estefanía Osejo Villarreal, autora del trabajo intitulado “Modos de vida de pacientes en hemodiálisis por Insuficiencia renal crónica. Una mirada desde la determinación social” mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y salud colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

17 de marzo del 2023

Firma: _____

Resumen

El aumento alarmante de afecciones renales genera preocupación por los altos costos, aumento de casos y la falta de recursos públicos para la atención. Quienes padecen esta afección coinciden en que su vida personal, laboral, social y económica sufre modificaciones con el diagnóstico de la enfermedad. La carencia de estrategias de promoción integral de salud genera diagnósticos tardíos justo cuando la opción de tratamiento es la diálisis o el trasplante renal. Esta problemática vista desde el enfoque biomédico asistencial no considera el contexto en donde se desarrollan los modos y estilos de vida de este colectivo; de manera que el problema no es abordado desde su complejidad, multicausalidad, multidimensionalidad e integralidad.

La investigación se desarrolló en un hospital público de Machala, en la provincia de El Oro. Se recabó la información por intermedio de una encuesta epidemiológica aplicada a 70 pacientes y familiares; entrevistas a profesionales de salud y familiares y la observación participante. Los principales resultados mostraron que las inequidades de clase condicionan el acceso al tratamiento, calidad de los cuidados, efectos en la salud y vida de los pacientes diferenciados por sus modos de vida subsumidos en un modelo capitalista extractivista. Se identificaron 4 grupos sociales; profesionales, empleado público o privado, pequeños empresarios y clase obrera y trabajadora. Las inequidades de clase se relacionan con una mayor vulnerabilidad en la clase obrera y trabajadora (53%); el no contar con trabajo estable, e ingresos inferiores a un salario básico, son procesos que no les permiten acceder a un tratamiento oportuno y además, no pueden asegurar la continuidad del tratamiento.

El estudio demostró que el enfoque integral de la salud y con conocimiento de los modos de vida en un ambiente hospitalario, sirven para la formulación participativa de un plan de acción de mejoramiento de algunos procesos críticos del servicio donde los pacientes reciben tratamiento con hemodiálisis.

Palabra clave: Insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, determinación social de la salud, epidemiología crítica, extractivismo agroindustrial, El Oro

A la Virgen de Purificación de San Pedro de Huaca por las bendiciones en esta etapa de mi vida. A la persona que siempre creyó en mí y fue el motor principal en este proceso; mi compañero de vida: Jairo Antonio Huera Huera, por su infinita paciencia, amor y comprensión en este largo proceso sobre todo con su ejemplo de humildad, constancia, y sacrificio que me motivaron a superarme. En memoria de la persona que fue mi guía por 25 años Rosa Elvira Enríquez Ortiz, que desde el infinito está bendiciéndome. A mi mamá, hermanos/as familia y amigos, infinitas gracias por siempre creer en mí.

Tabla de contenidos

Figuras y Tablas	13
Introducción.....	15
Capítulo primero Enfoque y marco teórico	19
1. El pensamiento y modelo médico hegemónico en la atención de los pacientes con IRC.....	19
2. Epidemiología crítica.....	21
3. Categorías de la epidemiología crítica.....	22
3.1 Determinación social	22
3.2 Reproducción social	23
3.3 Dimensiones de la reproducción social	24
3.3.1 Dimensión general.....	24
3.3.2 Dimensión particular/ Modos de vida	24
3.3.3 Dimensión singular / Estilos de vida	25
3.4 Metabolismo sociedad naturaleza.....	26
4. Subsunción y autonomía relativa.....	27
5. Procesos críticos	27
6. Inequidad y matriz de poder	28
7. Modelo territorial desde la geografía crítica.....	29
Capítulo segundo Metodología.....	31
1. Pregunta central	31
2. Objetivos.....	31
2.1 Objetivo general	31
2.2 Objetivos específicos	31
3. Tipo de estudio	32
4. Definición y caracterización de población.	32
4.1 Criterios de inclusión.....	32
4.2 Criterios de exclusión	33
5. Recolección de datos	33
5.1 Técnica e instrumentos	33

6. Modelo analítico	35
6.1 Matriz de poder.....	37
7. Operacionalización de las variables	37
8. Ética	38
8.1 Consentimiento previo, libre e informado	38
8.2 Confidencialidad y anonimato.....	38
8.3 Compromiso de la praxis.....	38
Capítulo tercero Resultados.....	39
1. Desarrollo de la Provincia de El Oro influenciada por capitalismo	39
2. Políticas públicas en salud para el tratamiento de hemodiálisis.....	41
2.1 Distribución de los centros de diálisis en la Provincia de El Oro.....	45
3. Caracterización de los modos de vida de los pacientes en hemodiálisis	49
3.1 Configuración de clase, género, etnia y otras condiciones sociales	49
3.2 Modos de vida de los/las pacientes con IRC en hemodiálisis	53
3.2.1 Espacios de la configuración de los modos de vida (Trabajo)	54
3.2.2 Espacios de la configuración de los modos de vida: Consumo (vivienda, transporte, acceso a salud, alimentación)	55
3.2.2.1 Acceso a servicio de salud.....	56
3.2.2.2 Espacios de la configuración de los modos de vida (Vivienda).....	59
3.2.3 Espacios de la configuración de los modos de vida (Conocimiento- Conciencia)	60
3.2.4 Espacios de la configuración de los modos de vida Soportes (colectivos- familiares).....	61
3.2.5 Espacios de la configuración de los modos de vida (Metabolismo sociedad- naturaleza.)	62
3.2.6 Exposiciones y vulnerabilidades	63
3.2.7 Principales cambios en la vida del paciente	68
4. Perfil de la salud individual.....	71
4.1 Antecedentes de hábitos malsanos en los pacientes con IRC.....	72
4.2 Antecedentes afecciones en salud.....	74
5. Procesos críticos identificados.....	75
6. Lineamientos para la construcción de plan de acción institucional en base a los procesos críticos identificados.....	75

6.1 Lineamientos para la elaboración del plan de acción de los pacientes del área de hemodiálisis	77
6.2 Recomendaciones	77
Capítulo cuarto Discusión y conclusiones	81
Discusión	81
Conclusiones.....	83
Obras citadas.....	85
Anexos	87
Anexo 1: Formulario encuesta epidemiológica de los modos de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis	87
Anexo 2: Guía de entrevista para el personal de salud.....	94
Anexo 3: Guía de entrevista para los familiares	95
Anexo 4: Consentimiento previo e informado	96
Anexo 5: Autorización para realizar el estudio en la institución.....	97
Anexo 6: Recepción de procesos críticos identificados en los pacientes del área de hemodiálisis	98
Anexo 7: Operacionalización de las variables de la Determinación social de la salud de los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis	99
Anexo 8. Procesos críticos de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Mirada desde la determinación social de la salud	105
Anexo 9: Evidencia fotográfica	111

Figuras y Tablas

Figura 1: Modos de vida, propuestos desde la Epidemiología Crítica	23
Figura 2: La Reproducción Social y el metabolismo “S-N”	26
Figura 3: La salud un objeto multidimensional	28
Figura 4: Mapa de estimación de superficie plantada del cultivo de banano 2021 en el Ecuador.....	40
Figura 5: Número de pacientes que iniciaron terapia de reemplazo renal por coordinación, desde el período 2012-2022.....	41
Figura 6: Atención de pacientes en terapia de reemplazo renal por provincia de residencia	43
Figura 7: Mapa de la distribución de los centros de diálisis Provincia de El Oro.....	45
Figura 8: Inserción social del hogar de los pacientes con IRC, Machala 2022.....	50
Figura 9: Responsable económico del hogar por género en los pacientes con IRC.....	53
Figura 10: Antecedentes de actividades laborales por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	54
Figura 11: Acceso vascular proporcionado por la institución	56
Figura 12: Gastos adicionales por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	58
Figura 13: Origen de los pacientes del área de hemodiálisis 2022.....	63
Figura 14: Georreferenciación de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis en los pacientes con IRC, Machala 2022	64
Figura 15: Vivienda y tiempo en auto de los pacientes en relación a la unidad de hemodiálisis 2022.....	65
Figura 16: Transporte en el que se moviliza paciente para acudir a sus terapias dialíticas por clase social 2022.....	66
Figura 17: Afecciones en los pacientes por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	69
Figura 18: Recopilación de los procesos críticos institucionales	76
Tabla 1: Caracterización de los pacientes según género, identidad étnica, edad y nivel de instrucción en pacientes con IRC, Machala 2022.....	49

Tabla 2: Rango de ingresos, medios de producción, número de personas que aportan económicamente tarea principal del responsable económico por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	51
Tabla 3: Situación laboral por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	55
Tabla 4: Propiedad de la vivienda por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	60
Tabla 5: Actividades sugeridas por el paciente y familia para los pacientes con IRC, Machala 2022	60
Tabla 6: Apoyo en los cuidados por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	62
Tabla 7: Agua de consumo doméstico por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	62
Tabla 8: Ubicación de la vivienda y distancia de contaminantes domiciliarias por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	67
Tabla 9: Antecedente de exposiciones laborales por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	67
Tabla 10: Limitaciones en la vida de los/las pacientes por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	69
Tabla 11: Afecciones familiares por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	70
Tabla 12: Afecciones en la salud por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	71
Tabla 13: Hábitos malsanos por género en los pacientes con IRC, Machala 2022	72
Tabla 14: Hábitos malsanos por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	73
Tabla 15: Antecedentes personales de salud por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022	74
Tabla 16: Ficha de registro de paciente de nuevo ingreso al área de hemodiálisis	79

Introducción

Treviño (2004), cataloga a la insuficiencia renal crónica (IRC) como una enfermedad emergente, por su alta mortalidad, los costos que genera el tratamiento, el aumento progresivo de casos y los limitados recursos que se destinan para su atención. Esto se evidencia en la saturación de los centros de diálisis y la lista de personas en espera de recibir la terapia renal, aproximadamente el 10% de la población mundial padece IRC, y las cifras aumentan tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados.

La Sociedad Ecuatoriana de Nefrología refiere que la IRC es una patología a la cual se le debe prestar mayor atención, ya que en el país esta afección se encuentra en las 10 principales causas de mortalidad, debido a que es una afección que presenta síntomas en etapas avanzadas y, dada la alta demanda de pacientes renales y la poca disponibilidad para empezar tratamientos en instituciones públicas, las personas con esta enfermedad podrían fallecer antes de iniciar la terapia dialítica.

El modelo lineal que reproduce el sistema de salud actual, se limita a visualizar los procesos que contribuyen a que se desarrollen las enfermedades renales, bajo el enfoque biomédico asistencial en el que se considera que la IRC surge básicamente como consecuencia de la diabetes y la hipertensión arterial, sin tomar en cuenta que las inequidades de clase que a su vez determinan los modos de vida. Es que la falta de estrategias de promoción integral de la salud que hacen que esta afección sea diagnosticada en etapas avanzadas, cuando la única opción de tratamiento son la terapia de diálisis o el trasplante renal, que se consideran procedimientos invasivos y generan altos costos para quien padece la enfermedad y para el sistema de salud.

Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis requieren de esta terapia dos a tres veces por semana, dependiendo la condición de salud y la disponibilidad de la institución, de manera que el acceso al tratamiento es inequitativo por los alto costo, pérdida de bolsillo, elemento que están en dependencia de los modos de vida, así por ejemplo quienes desarrollaban trabajos precarios e inestables, sin las garantías laborales injustificadamente abandonaron sus trabajos, generando mayor vulnerabilidad. El colectivo que padece esta afección y sus familiares coinciden en que la IRC y su tratamiento repercute en el ámbito familiar, laboral, social y, sobre todo, en lo económico, debido a que la condición socioeconómica de la familia no les permite contar con los recursos suficientes para cubrir

sus costos elevados, ya que los servicios de salud pública no garantizan la cobertura total del tratamiento.

Numerosas investigaciones estudian las causas y efectos de la IRC, sin embargo, no ofrecen un abordaje crítico que busque conocer cómo se afectan los modos y estilos de quien recibe tratamiento con hemodiálisis, la investigación que se presenta en este trabajo, busca generar esa información a partir de un estudio que se realizó en un hospital general en el cantón Machala, Provincia de El Oro. En este hospital de referencia provincial se brinda atención a pacientes de su provincia y cantones de provincias aledañas Guayas (Naranjal, Balao, Tenguel), Azuay (Camilo Ponce Enríquez), Loja (Alamor); y, como parte de un convenio binacional, a los usuarios provenientes del norte del vecino país del Perú.

La investigación se desarrolló con el enfoque de la Epidemiología crítica Latinoamericana, principalmente con el apoyo de Jaime Breilh, uno de sus grandes íconos. Enfoque que sirvió como guía para plantear la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los procesos críticos que se presentan diferencialmente según los modos de vida de los pacientes que se dializan en un Hospital público de la provincia de El Oro? Las categorías de la epidemiología crítica permitieron abordar de forma procesual, compleja y multidimensional el perfil epidemiológico crítico de los modos de vida de los pacientes en tratamiento renal, destacando los antecedentes y exposiciones laborales, exposiciones domiciliarias, clase social, limitaciones dietéticas, uso de medicamentos, patrones laborales, sociales, económicos, familiares y todos los procesos particulares a los que se enfrenta el colectivo de estudio.

Con enfoque metodológico cuantitativo y con el desarrollo de herramientas cualitativas y participativas, este estudio fue observacional, transversal, descriptivo y analítico. Para la recopilación de información se utilizó una encuesta epidemiológica que constó de 51 preguntas con ítems que permitieron caracterizar modos y estilos de vida de la población de estudio, a la vez, se realizaron entrevistas focales al personal de salud y a los pacientes. Para finalizar, se realizó un trabajo participativo con la finalidad de elaborar un esquema del plan de acción que considere los modos y estilos de vida de la población de estudio, de manera que cuando se elaboren las políticas institucionales se considere los procesos identificados en la investigación. Esto podría abrir senderos para establecer medidas que mejoren la atención familiar, clínica y social hacia los pacientes con IRC. Los instrumentos se aplicaron con el respectivo consentimiento de los pacientes, que en

el informe final se encuentra como anexo, en conjunto con el detalle de los instrumentos utilizados.

Con una mirada desde la determinación social de la salud, el informe de la investigación se organiza de la siguiente manera; el primer capítulo, se edifica a partir de la investigación bibliográfica, en donde se presenta las principales categorías de la epidemiología crítica; el segundo capítulo, detalla la ofrece metodología, instrumentos, técnicas y objetivos utilizados en la investigación; el tercer capítulo, un abordaje integral de los procesos críticos recopilados en la investigación, que agrupa en las tres dimensiones de los modos de vida de los pacientes en hemodiálisis por IRC; y, el capítulo cuarto, se recopila la información sobre la discusión, conclusiones y recomendaciones sobre la IRC.

Finalmente, se espera que los resultados obtenidos en la investigación sirvan como guía para las instituciones de salud al momento de desarrollar las políticas para los pacientes en terapia sustitutiva renal. Buscando de esta manera que se considere los modos y estilos de vida, para el fortalecimiento de la atención de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

Capítulo primero

Enfoque y marco teórico

En este capítulo se introducen las principales categorías de la epidemiología crítica, bajo la perspectiva de contribuir a desarrollar políticas en salud que beneficien a los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis por IRC, basadas en el análisis de los modos de vida, con una mirada de la determinación social de la salud, para así conocer los procesos críticos subyacentes a las dimensiones general, particular e individual. Numerosos estudios se han centrado en datos estadísticos de incidencia y prevalencia de la IRC, en la casuística del problema, mientras que con la epidemiología crítica se busca conocer los procesos críticos societarios, institucionales, colectivos, familiares y personales a los que se enfrentan los pacientes que reciben el tratamiento con hemodiálisis que deben ser analizados para poder orientar y alentar a las instituciones a que generen políticas basadas en ellos.

1. El pensamiento y modelo médico hegemónico en la atención de los pacientes con IRC

La (OMS 2015) define a la IRC como la disminución progresiva de la función renal es decir “Los riñones filtran los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, que luego son excretados en la orina. Cuando la enfermedad renal crónica alcanza una etapa avanzada, niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y los desechos pueden acumularse en el cuerpo”. El pensamiento médico hegemónico que domina el sistema de salud, considera el proceso salud-enfermedad como un hecho biológico natural y no como un hecho que resulta de lo social e histórico. Para el pensamiento médico hegemónico, la enfermedad evoluciona y no tiene historia, se centra en tratar una dolencia, en desarrollar programas asistenciales, sin comprender que estas son el resultado de los procesos críticos que se desencadenan desde los modos de vida de las personas que se encuentran influenciados por las dinámicas insalubres que instaura el modelo capitalista en las sociedades.

En las instituciones de salud pública el proceso salud-enfermedad se comprende bajo el enfoque biomédico asistencial, centrado en la enfermedad y no en la salud, trabajando bajo el enfoque de los determinantes sociales o los clásicos factores de riesgo, que consideran que una enfermedad se presenta cuando se pierde el equilibrio de la tríada

ecológica o epidemiológica de Leavell y Clark, cuando realmente los eventos epidemiológicos resultan de la interacción de los procesos malsanos generados en el dominio general, particular e individual de las personas. Limitándose a estudios de prevalencia e incidencia. La salud colectiva, con el enfoque de la epidemiología crítica “No pretendió desplazar a la epidemiología biomédica, sino complementarla, cuestionando algunos de sus enfoques, y sobre todo incluyendo no solo los procesos y relaciones sociales, sino también los culturales, ideológicos y de poder, así como analizarlos en términos de relaciones de hegemonía, subalternidad y contrahegemonía” (Menéndez 2018).

La medicina no solo debe basarse en lo superficial o en tratar la dolencia, la medicina debe analizar todo el contexto de las personas, incluyendo su condición socioeconómica, política, cultural, ambiental, entre otras. Así, puede comprender de dónde vienen los acontecimientos de salud de las personas y en la lucha constante contra esa fragmentación de la salud, Breilh manifiesta que:

No se puede lograr una vida saludable con cambios de los efectos y de los estilos de vida individuales, aunque se lo haga en una campaña epidemiológica masiva, eso puede lograr mejoras, pero no sustentables. Uno puede atender y cambiar un problema de salud en la consulta y eso está bien y es necesario, se puede lograr cambios masivos con operaciones masivas en individuos, y es muy bueno y necesario hacerlo, pero sólo se pueden lograr transformaciones profundas y sustentables cuando se dan cambios de la reproducción social más amplia y en los modos estructurados de vivir de las clases sociales. (Breilh 2010a, 110)

La medicina biomédica asistencial está reproduciendo el modelo empresarial en la atención en salud, en donde los pacientes se consideran clientes y los médicos se evalúan dependiendo de la productividad del día. El tiempo destinado para la consulta no les permite indagar sobre el origen de la dolencia, se enfocan en la automedicación con fármacos y no en indagar los procesos que desataron la enfermedad. Una expresión del modelo empresarial es la fragmentación del sistema de salud, sobre todo su segregación clasista: de un lado un sistema público con unidades del MSP que no se despegan de una mirada asistencial, focalizado en asalariados o trabajadores autónomos afiliados y sus familias; y, un creciente sistema privado con clínicas y hospitales con fines de lucro. Lo cual, hace que no se garantice el acceso oportuno a los servicios de salud para toda la ciudadanía general, impidiendo que pueda garantizarse la continuidad de los tratamientos.

El Estado Ecuatoriano en sus políticas sanitarias establece que se garantizará el acceso oportuno a la salud y más aún en las personas que padecen de afecciones

catastróficas, como en pacientes en tratamiento con hemodiálisis por IRC. Deberes estatales que no se están cumpliendo, existe déficit de centros de atención renal, escases de insumos y medicamentos en las instituciones sanitarias, y los modos y estilos de vida de las personas están influenciados por una sociedad capitalista que condiciona a llevar procesos de la vida insalubres, agrava, las condiciones de tratamiento y mejora en las personas. Con la ayuda de la corriente crítica se identifican los principales procesos críticos a los que se enfrentan quien recibe el tratamiento con hemodiálisis de tal manera que se comprende que los procesos salud-enfermedad no se tratan de hechos aislados, y se los analiza como el resultado del movimiento dialectico de la dimensión general, particular e individual de cada paciente. Comprender la IRC de esta manera permitirá encontrar estrategias que tomen en cuenta los modos y estilos de vida de la población de estudio.

La epidemiología crítica explica que la IRC no solo es el resultado de la complicación de la diabetes y la hipertensión arterial, también lo es de los acontecimientos de la vida diaria insalubre instaurados por el modelo capitalista, principalmente por las inequidades de clase, etnia o género al que pertenece la población. Es así que, cuando la población de la clase obrera y trabajadora enferma, no cuenta con acceso a seguridad social debido a las condiciones laborales precarias, deben esperar la disponibilidad de las instituciones públicas para poder iniciar cualquier procedimiento médico. El tratamiento dialítico modifica los modos de vida de quien padece IRC y es que genera múltiples gastos (insumos, medicamentos, transporte, alimentación y cuidados personales) tanto para quien padece la afección como para el sistema de salud. Los procesos propios del paciente como las comorbilidades ya presentes, los procesos institucionales como el acceso oportuno a la terapia de hemodiálisis, la disponibilidad de los accesos vasculares, la experiencia y capacitación del personal y principalmente la condición socioeconómica baja, son procesos malsanos a los que se enfrenta el paciente en tratamiento renal. El sistema de salud debe trabajar con los entes reguladores ambientales y laborales para que las políticas sean respetadas y obligar a las empresas a que brinden ambientes laborales que protejan la salud de la población.

2. Epidemiología crítica

El ecuatoriano Jaime Breilh (2015), describe que la epidemiología crítica es una propuesta para romper con la lógica fragmentaria del unicausalismo instaurado por la epidemiología clásica, considerando a la salud como un proceso multidimensional que se constituye por relaciones que se desarrollan entre procesos individuales y colectivos, de

forma dialéctica y tomando en cuenta los procesos de la sociedad (generales) y los modos de vida socio-biológicos individuales y de grupos específicos. De manera específica, la define como un:

Conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, los cuales llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o en su condición individual junto con su núcleo familiar para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que generan y reproducen la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provocan en los órdenes general, particular y singular. (Breilh 2015, 974)

Con esta definición, se puede determinar tres principales categorías analíticas en las que la epidemiología crítica se sustenta: la determinación social de la salud, la reproducción social y el metabolismo sociedad-naturaleza.

3. Categorías de la epidemiología crítica

3.1 Determinación social

Existe una lucha constante entre la medicina social Latinoamericana y la occidental por tratar de explicar la salud. Las posiciones occidentales, de la mano de las organizaciones internacionales y la vieja escuela de la salud pública, continúan con el enfoque basado en determinantes sociales de las enfermedades centradas en lo individual, mientras que, las Latinoamericanas, se alinean a una visión social-comunitaria y colectiva que lucha contra esos modelos individualistas de salud instaurados por años “no es igual hablar de determinantes sociales que hablar de determinación social” (Soliz Torres 2014, 33).

Para fortalecer esas miradas colectivas, el modelo de Jaime Breilh identifica 5 elementos en donde se radica su complejidad multidimensional:

- a) Multidimensionalidad: salud abarca espacio “macro” y “micro”; las dimensiones “general” (G)/ “particular” (P)/ “singular” (S)
- b) Carácter contradictorio de su movimiento: estructuras de reproducción y procesos de generación; así como oposición de procesos protectores y malsanos en todas las dimensiones.
- c) Jerarquía y conexión: “subsunción” y “autonomía relativa”.
- d) Identidad: comunalidad (unidad) y diversidad.
- e) Sistema: abierto-irregular y cerrado-regular. (Breilh 2010a, 109)

Breilh (2017), afirma que la determinación social ayuda a comprender que los acontecimientos de la vida presentes en los individuos, resultan de la interacción de la

dimensión general, particular y singular, y es por esto que, no se trata de hechos aislados. Por lo tanto, es necesario trabajar en superar el paradigma individualista, biomédico y asistencial de los procesos salud-enfermedad, para pasar a otros que los aborden desde la mirada de la determinación social de la salud con base en la epidemiología crítica, que, además, trabaja en la búsqueda por la reivindicación los derechos de la naturaleza.

La figura 1, muestra como el abordaje colectivo de la salud permite analizar las formas de vida, exposiciones, condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y laborales de las comunidades e individuos. Incluso, permite conocer cómo se desencadenan los procesos críticos dentro de los centros de diálisis, ampliando la visión de los procesos salud-enfermedad con la que se puede plantear estrategias que beneficien a las colectividades que requieren tratamiento con hemodiálisis.

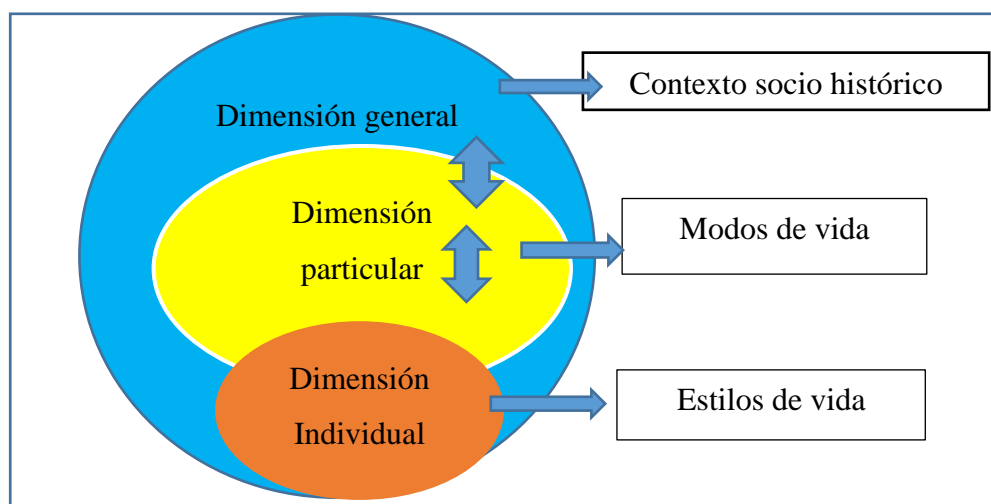


Figura 1: Modos de vida, propuestos desde la Epidemiología Crítica
Fuente: (Breilh 2013)

3.2 Reproducción social

Otra de las categorías de la epidemiología crítica es la reproducción social. Para Breilh (2017), esta categoría implica hacer visibles las interrelaciones entre estado, sociedad, familia, consumo, mercado, clase, etnia, género y otros procesos de existencia que determinan la vida de las personas. Así pues, más allá de la dinámica económica y de consumo, esta categoría reproduce las relaciones de las distintas formas de culturas, políticas y del metabolismo sociedad con la naturaleza. Esto surge como crítica al empirismo causal, en el afán de entender que la salud no surge de una relación causa-efecto, sino que resulta de la interacción del movimiento dialéctico de las tres dimensiones de la determinación social que desencadenan procesos críticos bajo ciertas

condiciones históricas en que determinada sociedad se desenvuelve y responde a las necesidades de consumo (Breilh 2019).

3.3 Dimensiones de la reproducción social

3.3.1 Dimensión general

Los procesos críticos que se desencadenan en la dimensión general se establecen por las expresiones de un estado capitalista, que, en el afán de acumulación de capital, instaaura en la sociedad claras diferencias sociales y reproduce la lógica, políticas y expresiones de los sistemas de producción, condicionantes epistémicos y los procesos generales de la cultura. (Breilh 2010a, 29).

3.3.2 Dimensión particular/ Modos de vida

Para poder analizar los procesos de la dimensión particular de la determinación social es imprescindible comprender los procesos salud-enfermedad tomando en cuenta los modos de vida de las personas de estudio. La acelerada acumulación de capital, modelo de que se ha instaurado en las ciudades y en los barrios donde se desarrolla la vida, dan paso a que se generen fisuras que dan paso al establecimiento de estructuras de poder, que se ponen en evidencia en los procesos protectores, destructivos y las diferencias de clases sociales, relaciones étnicas y de poder de género (Breilh 2010b, 90).

Es por esto que, con el paradigma de la determinación social se apertura la posibilidad de identificar las particularidades de los diferentes modos de vida de las colectividades. Para Breilh se deben identificar las siguientes características:

- a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.
- b) Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistemas de acceso; patrones de consumo.
- c) Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí).
- d) Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.
- e) Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza. (Breilh 2010a, 103)

Para comprender los procesos a los que se enfrenta la población de estudio es indispensable comprender los modos de vida y es que la reproducción social de las clases sociales se desenvuelve en los barrios donde se desarrolla la vida de la población. “En la interfase de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos, característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una” (Breilh 2010b).

El modelo de acumulación económica instaurado en las ciudades influencia directamente la viabilidad, avances y retrocesos de los modos de vida a los que se debe enfrentar la población estos pueden ser protectores o destructivos para la salud, sin embargo, las inequidades de clase social condicionan los acontecimientos de la vida diaria.

Los modos de vivir que desarrolla cada grupo social hacen que se forjen las formas de vivir y así estos se van desarrollando como procesos protectores o destructivos para la salud. Esto se da por el movimiento contradictorio de los procesos sea este protector o destructivo, que como consecuencia “condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica)”(Breilh 2010b).

Los modos de vida que se desarrollan en las distintas dimensiones de la vida, que se relaciona con las con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias, se los denomina o conoce como perfiles epidemiológicos.

Los perfiles epidemiológicos no se tratan de establecer datos estadísticos, sino se trata de explicar y entender que los acontecimientos en salud están condicionados por las clases sociales y estas modifican los modos de vida del colectivo. A pesar de que cada ciudad genere sus propios modos de vida y grupos con las manifestaciones culturales y étnicas, sin embargo, esto no significa que las personas compartan aspectos comunes en la determinación de la salud, los individuos en la búsqueda del buen vivir y ciudades saludables se establecen metas superiores que comprendan la importancia de los procesos frente a sus intereses estratégicos (Breilh 2010b).

3.3.3 Dimensión singular / Estilos de vida

El espacio del individuo y la familia es el reflejo de la construcción de la vida de las personas y es necesario tomar esto en cuenta para poder analizar la dimensión singular de la población de estudio, cómo se organizan para cumplir con su régimen alimenticio, medicamentoso, personal e incluso terapéutico desde el inicio de la terapia renal. Cada individuo desarrolla sus propios estilos de vida y es ahí donde se pueden desencadenar los procesos protectores o destructivos para la salud de las personas (Breilh 2010b, 92), ya que, estilos de vida en donde prevalecen procesos destructivos “condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades, limitaciones y debilidad psicológica)” (Breilh, 2010b,

92). Para poder reconocer estos modos o estilos de vida de las personas de estudio, será necesario poder identificar las siguientes características:

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- c) Concepciones y valores personales.
- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal. (Breilh 2010a, 104)

3.4 Metabolismo sociedad naturaleza

El metabolismo sociedad-naturaleza resulta de las relaciones de producción y consumo generadas en las tres dimensiones de la reproducción social. A través de estas relaciones, se desencadenan procesos que resultan protectores o destructivos para la sociedad y la naturaleza, y está influenciado por las relaciones sociales, políticas, económicas, culturales, entre otras. El modelo económico hegemónico instaurado en la Provincia de El Oro y la configuración de Machala como ciudad neoliberal, genera procesos destructivos en lo ambiental y social, como lo es el extractivismo en la agricultura, acuicultura y minero, con el que se incrementa el uso de agro-químicos nocivos para el ambiente y la población, causando degradación ambiental y la expansión de espacios malsanos.

La figura 2 “permite identificar los principales procesos críticos resultantes del metabolismo y la reproducción social y natural: utilización, transformación, distribución, consumo y excreción” (Allan Künzle 2021, 10).

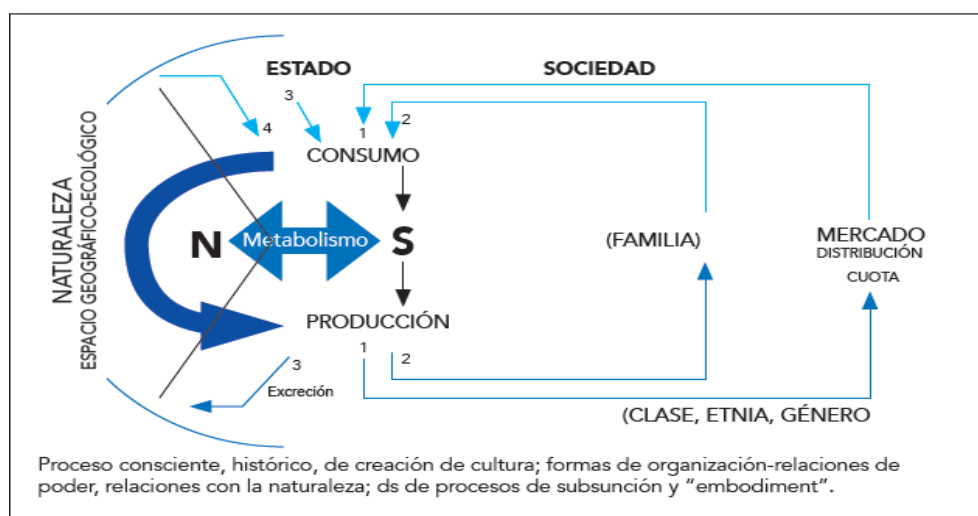


Figura 2: La Reproducción Social y el metabolismo "S-N"

Fuente: La Reproducción Social y el metabolismo "S-N" (Breilh 2019, 16)

4. Subsunción y autonomía relativa

Una de las principales categorías de la epidemiología crítica es la subsunción y autonomía relativa, que ayuda a comprender que los procesos críticos son el resultado de la interacción de las dimensiones de la determinación social, general, particular e individual y no son hechos aislados como suele pensarse en lo cotidiano. Denotando que, los procesos malsanos que se generan en la sociedad no ocurren al azar, sino que, son el resultado de las políticas malsanas que integran los sistemas capitalistas cuyo único objetivo es buscar del aumento de la producción y esto condiciona a la población:

El hecho es que la conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social. (Breilh 2010a, 101)

La autonomía relativa nos ayuda a comprender que el proceso salud enfermedad es complejo y contradictorio, que se desarrolla en las distintas dimensiones y que tiene una estructura jerárquica que actúa en ciertos momentos y espacios como un sistema dinámico abierto, de movimiento irregular, mientras que en otros es cerrado y regular. Es así que en los modos de vida están condicionados por su “movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar procesos de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder” (Breilh 2010a).

5. Procesos críticos

Diariamente la sociedad se enfrenta a un sinnúmero de procesos que pueden resultar protectores o destructivos que se conocen como “procesos críticos”. Estos se pueden generar en cualquier dimensión de la determinación social, general, particular e individual, y así, Breilh define a un proceso crítico como:

Una transformación multidimensional determinada socialmente que genera encarnaciones concretas en la salud humana y en los ecosistemas colectivos e individuales, todo eso en un espacio social específico y de acuerdo con la distribución de clase, género y etnocultura. A través de un complejo proceso de subsunción, las transformaciones generales, particulares e individuales afectan positiva o negativamente a comunidades concretas. Por tanto, las organizaciones sociales, étnicas y de género, más el sector de la salud pública y quienes laboran en la salud colectiva, pueden responder, ya

sea para mejorar o promover lo positivo o contrarrestar para prevenir o reparar lo negativo. Pero, por supuesto, este movimiento de determinación social y de encarnaciones concretas necesita ser explicado antes de implementar acciones de prevención, precaución y promoción de la salud bien informadas, justas e interculturales. (Breilh 1990, 25)

Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis experimentan procesos críticos que repercuten en su vida personal, familiar y social. Su desenlace pueden llevar a procesos protectores o destructivos que están condicionados en un tiempo y espacio determinados y depende de las condiciones históricas en el que se desarrolla la vida de las colectividades (Breilh y Zapatta 2007). Por esta razón, es importante conocer los procesos que viven quienes reciben tratamiento con hemodiálisis, para que, al recopilar la información se pueda orientar y alentar a la institución a la construcción de políticas basadas en esos procesos críticos encontrados. Es por eso que es importante que la salud es un objeto multidimensional como lo detalla en la figura 3.

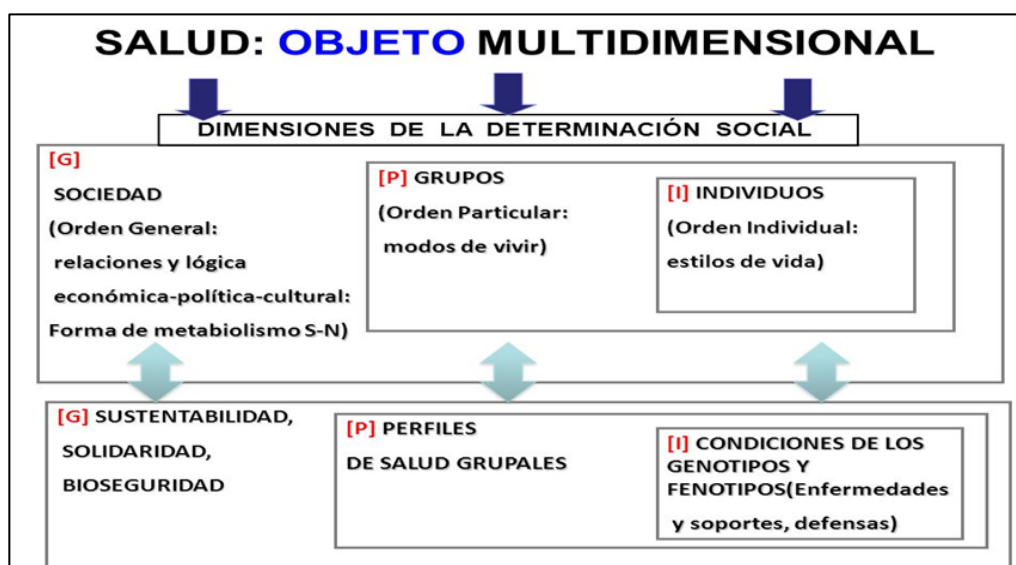


Figura 3: La salud un objeto multidimensional
Fuente: (Breilh, 2013)

6. Inequidad y matriz de poder

Breilh (2017), identifica que la acumulación y concentración de poder existentes en la población son las que dan paso a que se generen tres formas de inequidad: clase, etnia y género, fomentando injusticias e irregularidades en el acceso a los servicios y la calidad de vida de las personas. Al existir estas diferencias, los acontecimientos de la vida diaria van a estar condicionados por estas formas de inequidad, un claro ejemplo se encuentra en las actividades laborales, en las que, dependiendo a la clase social, se puede

acceder a un empleo o no, contar con estabilidad laboral y la mantención de patrones laborales protectores o destructivos. Así también, en el caso de las mujeres, dada la división sexual del trabajo, es común que deban cumplir con doble jornada, una laboral-profesional y otra doméstica, lo cual perpetúa el enfoque machista dentro de las sociedades. Estas tres formas de inequidad, de apropiación y concentración de poder, comparten una misma raíz germinal en la que se establecen relaciones sociales, procesos políticos, ideológicos y simbólicos en donde priman diferencias estructurales económicas, étnicas-raciales, biológicas, sociales y económicas que instauran dinámicas de poder insanas para los estilos de vida de las personas.

7. Modelo territorial desde la geografía crítica

Mançano Fernández (2008) describe al territorio como un espacio multidimensional y rodeado por áreas naturales, que conforme pasa el tiempo, la sociedad se encarga de sustituir por una naturaleza humanizada: edificando los espacios, carreteras, plantaciones, casas, puertos, fabricas, ciudades, etc. El territorio es aquel lugar donde la sociedad forma y construye toda su historia, donde se desarrolla cada ciclo de vida, es el sitio donde se organizan, construyen, trabajan y viven todas las sociedades, en el que se desarrollan las actividades de la vida cotidiana. Dentro de las múltiples disciplinas que estudian el territorio, la geografía crítica observa la producción de las relaciones, sociales, políticas, ambientales y culturales en cada territorio en el que se aplican las políticas públicas y privadas, los impactos negativos que causan y, cómo, a partir de esto, se van originando diferentes formas de resistencia social. Esto debido a que, esas políticas son creadas para favorecer modelos de desarrollo promovidos por los gobiernos neoliberales y no se consideran las situaciones cotidianas y críticas a las que cada persona se enfrenta. Zamora (2022), se une a estas ideas y describe al territorio como el lugar en donde se forjan las formas de vivir y morir de los colectivos sociales, donde se desarrollan las inequidades y se evidencian las injusticias sociales que influyen de manera directa en la recuperación o agravamiento de las enfermedades. De manera que, se resalta la importancia del territorio en la determinación social de la salud y su estudio.

La provincia de El Oro es considerada por el gobierno como uno de los territorios fundamentales en el desarrollo social, productivo y sobre todo económico, para el país. En el afán por aumentar la producción y la ganancia dentro de estos, el uso de últimos sistemas de tecnologías ha incrementado el uso de agrotóxicos y la contaminación acelerada de los ecosistemas. El modelo extractivista (minero, bananero y camaronero) instaurado en esta provincia trae consecuencias devastadoras, económicas, sociales,

culturales, ambientales, y que trae repercusiones directas e indirectas en la condición de salud de las comunidades cercanas y más aún para los trabajadores de esas empresas “priman los intereses corporativos sobre la salud de la población” (Latorre y Tovar 2017, 2).

Capítulo segundo

Metodología

En este capítulo se realiza una descripción del diseño metodológico del estudio, que abarca la pregunta central y objetivos de investigación, tipo de estudio, obtención de la muestra y aspectos éticos que se consideraron en el desarrollo de la investigación. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. Con enfoque metodológico cuantitativo, con herramientas cualitativas y participativas para lograr cumplir con los objetivos propuestos en estudio. La investigación se desarrolló con el enfoque de la epidemiología crítica, que permite ampliar la visión de la investigación con la ayuda de la determinación social de la salud. El marco interpretativo y guía corresponde a la construcción de la matriz de procesos críticos.

1. Pregunta central

¿Cuáles son los procesos críticos que se presentan diferencialmente según los modos de vida de los pacientes que se dializan en un Hospital público de la provincia de El Oro?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar diferencialmente los principales procesos críticos según los modos de vida de los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis en un Hospital público en provincia de El Oro.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los procesos críticos de la atención de salud para el tratamiento con hemodiálisis en contexto de extractivismo agrario de la provincia de El Oro.
- Identificar los modos de vida diferenciales por clase de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis.
- Construir el perfil de salud y estilos de vida individual de los pacientes y sus diferencias por modos de vida.
- Orientar a la institución a la construcción de políticas que consideren los procesos críticos que enfrentan los pacientes en tratamiento con hemodiálisis.

3. Tipo de estudio

Observacional; Es un estudio que se define por su carácter demográfico o estadístico, la medición de variables del estudio es la principal actividad del investigador. Su objetivo es la “observación y registro” de los hechos presentes sin intervenir en el curso de estos. En este estudio los registros administrativos y la encuesta estructurada aportaron información de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis (Manterola y Otzen 2014).

Transversal; Dentro de la población de estudio se investigó los principales procesos críticos de pacientes en tratamiento con hemodiálisis en un periodo de tiempo determinado, desde hechos antecedentes al tratamiento hasta los resultados que se observaron al finalizar la investigación.

Descriptivo y analítico; Los estudios descriptivos especifican las propiedades, características, perfiles individuales, familias, grupos o comunidades, así como también los hechos y situaciones de los modos o estilos de vida del colectivo que se requiere para someter a un análisis (Niño Rojas 2011), es decir, se busca obtener la información sobre las principales variables de estudio para identificar las tendencias de los indicadores que brindan información sobre los procesos críticos y la relación con los modos de vida.

4. Definición y caracterización de población.

El contexto del estudio fue un hospital público, situado en la Provincia de El Oro, Cantón Machala, que presta servicio a toda la población, en especial aquellas personas de clase obrera y trabajadora en el área de Hemodiálisis del hospital. Se contó con 70 pacientes masculinos y femeninos, de 18 años en adelante, que presentan diagnóstico de IRC y reciben tratamiento con hemodiálisis, los cuales asisten de forma ambulatoria para su tratamiento dos a tres veces por semana.

Por las características, objetivos, tipo de investigación y por ser una población pequeña, se incluyó al estudio a todas las personas que actualmente reciben el tratamiento con hemodiálisis en la institución. El estudio considero criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación:

4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes en tratamiento dialítico masculinos y femeninos.
- Pacientes de 18 años en adelante.
- Pacientes que acepten participar en el estudio, mediante el consentimiento informado.

4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con alguna patología psiquiátrica activa.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

5. Recolección de datos

5.1 Técnica e instrumentos

Las técnicas e instrumentos utilizados permitieron identificar los principales procesos críticos a los que los pacientes en tratamiento con hemodiálisis se enfrentan.

En el dominio general para la recopilación de la información se lo realizó a través del registro, análisis documental y revisión bibliográfica, de las políticas del MSP que benefician a los pacientes que reciben el tratamiento dialítico.

En el dominio particular se empleó una encuesta epidemiológica que permitió la caracterización de los modos de vida e inserción social de las familias de los pacientes. Por otro lado, para poder identificar los procesos críticos institucionales se realizaron entrevistas a los profesionales del área y a los familiares, en conjunto con la observación de los principales procesos institucionales.

En el dominio individual se utilizaron entrevistas basadas en un guión y encuestas por medio de un cuestionario de fácil impresión, para conocer los estilos de vida en cada paciente.

Cuantitativa: La encuesta que se utilizó en el dominio particular e individual, constó de 51 preguntas cerradas de contenido múltiple y preguntas abiertas que permitieron recopilar recomendaciones para el servicio de las instituciones. La entrevista se estructuró para recopilar los datos de identificación del paciente, la ubicación de la vivienda por GPS mediante la ubicación por las coordenadas, los modos de vida en donde se buscó caracterizar e identificar las vulnerabilidades, exposiciones y diferencias por: territorio, propiedad y ubicación de la vivienda en relación a la unidad de hemodiálisis y su trayecto en auto, exposiciones domiciliarias y laborales, acceso a los servicios básicos y clase social a través del instrumento INSOC (ocupación, tenencia y medios de producción, tarea principal, fuente de ingresos importante del principal responsable económico) instrumento cuyo autoría es de Breilh (2017).

En lo referente a los estilos de vida constó de preguntas que permitieron caracterizar a la población en cuanto a: edad, género, etnia, nivel de escolaridad, estado civil, situación laboral actual, acceso vascular con el que cuenta, instituciones de apoyo, acceso procedimientos proporcionado por la institución, costo del acceso vascular, gastos más frecuentes del tratamiento, apoyo familiar, limitaciones del paciente y afecciones en

la salud, hábitos malsanos, antecedentes personales y familiares en salud, cambios en los estilos de vida del cuidador y paciente, recomendaciones y sugerencias para mejorar los servicios en las instituciones.

Cualitativa: como técnicas cualitativas se realizaron: entrevistas a personal sanitario para recabar información acerca de la organización servicio en hemodiálisis, conocimiento o desconocimiento de los pacientes, políticas institucionales, y recomendaciones para la investigación y para el servicio de las instituciones; a pacientes y familiares para recabar información sobre las políticas en salud, el apoyo que tiene el paciente por parte de la institución y la familia. Así también, los gastos que genera el tratamiento, limitaciones en la vida del paciente y la familia, y recomendaciones para la investigación y para el servicio de las instituciones; y, observación para identificar los procesos críticos a los que los pacientes se enfrentan al momento que llegan a recibir su terapia de hemodiálisis y se realizó registro fotográfico.

5.2 Proceso de recopilación de la información

Para la recopilación de la información se aplicó el siguiente itinerario:

1. En primer lugar, se solicitó y se recibe permiso para el desarrollo de la investigación por parte de las autoridades de la institución mediante Memorando N° MSP-CZ7-HTD-VU-2022-0311-E. (Ver anexo 5)

2. Con la aprobación, la investigadora acudió al servicio de hemodiálisis se presentó con el personal que labora en el área e informó sobre la investigación que se desarrolló en el área.

3. Se realizó una reunión con los pacientes y se les socializó los objetivos de la investigación, se solicitó su aprobación a participar en la investigación por medio de la firma en el Consentimiento informado. (Ver anexo 4)

4. Se realizaron visitas frecuentes al área identificando posibles procesos críticos a los que los pacientes se enfrentan en la institución.

5. Una vez elaborado el cuestionario de encuesta epidemiológica se realizó una aplicación previa a tres pacientes, en el cual se verificó si la información que constaba en dicho cuestionario era de fácil comprensión y se recabó sugerencias que ayudaron a identificar los procesos críticos a los que los pacientes en tratamiento con hemodiálisis se enfrentan en la institución. (Ver formato de encuesta en anexo 1)

6. Con la versión final de la encuesta epidemiológica, la investigadora de manera personal y con cuestionario de papel, procede a llenar el cuestionario mientras los pacientes esperaban recibir el tratamiento o durante el tratamiento. Para respetar la

privacidad del paciente la investigadora realizó la recolección de información de manera unipersonal. (Ver anexo fotográfico). Con la información recopilada en la encuesta se construyó la base de datos y aplicó el plan de análisis para obtener los resultados cuantitativos con apoyo del programa SPSS y se aplicó la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones mediante el estadístico de chi cuadrado, tomando como nivel de significación 0,05. Para la aplicación de la entrevista se realizó un acercamiento con el personal de salud y los familiares del paciente, luego de exponer los objetivos de la investigación, y recibir su aprobación se dio inicio a la grabación de las entrevistas, que posteriormente fueron transcritas y analizadas para identificar las principales categorías y los procesos críticos. (Ver Guías de entrevistas en anexo 2 y 3).

7. Una vez recopilada y procesada la información de las entrevistas y las encuestas, se realizó una reunión con los pacientes para informar sobre los principales procesos críticos identificados y si se solicitó su opinión sobre los mismos, buscando la validación de los procesos identificados.

8. Finalmente se socializó y validó los hallazgos y se analizó la posibilidad de modificar los procesos críticos con la analista de calidad de la institución y los responsables del área de hemodiálisis. Obteniendo una respuesta favorable, se trabajó en identificar las líneas de mejoramiento en el servicio que serán parte de un plan de mejora en la institución, del cual participará la investigadora.

6. Modelo analítico

El plan de análisis de la información se realizó en un primer momento caracterizando los modos y estilos de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, para luego realizar un cruce de variable e identificar los procesos críticos a los que se enfrenta este colectivo, la información que se obtuvo de la encuesta incluyó:

Datos de identificación del paciente: Sexo, etnia, estado civil, edad en años y nivel de escolaridad.

Modos de vida en sus 5 espacios: se buscó caracterizar e identificar las vulnerabilidades, exposiciones y diferencias por: inserción social, propiedad de la vivienda, ubicación de la vivienda en relación a la unidad de hemodiálisis y su trayecto en auto, exposiciones domiciliarias y laborales, disponibilidad de los servicios básico, principales fuentes de abastecimiento y consumo doméstico de agua, apoyo de otras instituciones y las actividades laborales anteriores. La información recopilada por GPS y la síntesis de las clases sociales se plasmó en un mapa territorial, identificando las

ubicaciones y exposiciones, y la distancia del domicilio en relación a los centros de hemodiálisis

Para la identificación de la clase social se utilizó el instrumento INSOC cuya autoría es de Breilh (2017) y para su uso se solicitó el permiso respectivo, para la caracterización se consideró los siguientes aspectos:

- Ocupación del principal responsable económico
- El/la responsable económico es propietario/a para su actividad laboral
- Tarea principal del/a responsable económico en su trabajo
- Fuente más importante de los ingresos del/a principal responsable económico.
- Número de personas del hogar que contribuyen para los gastos y manutención
- Rango de ingresos mensuales del hogar.
- Nivel de escolaridad del principal responsable económico del hogar.

Las categorías que se utilizaron en cada ítem se describen en el anexo 1, encuesta epidemiológica. Los grupos de las clases sociales fueron los siguientes:

Profesional que trabaja como empleado público o privado

A esta capa pertenecen los grupos familiares donde el principal responsable económico tienen un título profesional y que ejerce su profesión.

Empleado público o administrativo

En esta fracción pertenece los grupos familiares donde el principal responsable no cuenta con un título profesional, pero trabaja en una empresa y su principal medio de subsistencia es su sueldo.

Pequeño empresario (Comerciante y otros)

En esta capa los grupos familiares pertenecen los pequeños comerciantes que cuentan con su propio negocio.

Obrero y trabajador

A esta capa pertenecen los grupos familiares donde el principal responsable económico realiza actividades de jornal diario (construcción, pesca, venta ambulante, actividades agrícolas), por lo que perciben ingresos inferiores o igual a un salario básico, solo 1 persona es el responsable económico del hogar, no cuentan con ningún medio de producción debido a que son quienes realizan el trabajo producción.

En lo referente a los estilos de vida se caracterizó a la población en cuanto a: situación laboral actual, acceso vascular con el que cuenta, apoyo familiar, limitaciones

y afecciones en la salud del paciente, hábitos malsanos, antecedentes personales y familiares en salud, cambios en los estilos de vida del cuidador y paciente.

Una vez recopilada la información se realizó un cruce de variables entre inserción social con modos y estilos de vida para poder relacionar los resultados e identificar los principales procesos críticos presentes en los pacientes, destacando las vulnerabilidades e inequidades de clase.

6.1 Matriz de poder

Para identificar la inequidad de clase, etnia y género se realizó un cruce de variables que permita visualizar la existencia de estas desigualdades, al igual que todos los procesos de salud están condicionados por el lugar en el que se desarrolla la vida, las encuestas y entrevistas permitieron identificar cómo se construye diariamente la vida de hombres y mujeres en tratamiento renal, reflejando datos reales que permitieron identificar las posibles desigualdades que están influyendo en los pacientes con IRC. Para ello, se realizó una síntesis del INSOC, identificando las principales fracciones de clase, profesional que trabaja como empleado público o privado, empleado público o privado administrativo, pequeño empresario (Comercio y otros) y la clase obrera y trabajadora.

6.2 Matriz de los procesos críticos

Una vez recopilada toda la información se inició con la elaboración de la matriz de procesos críticos, en base a los procesos identificados en la investigación en cada dimensión (general, particular e individual). Elaborándose en base a los postulados de Breilh ver (Anexo 8).

7. Operacionalización de las variables

En esta matriz se describe la encuesta con sus diferentes bloques, que se aplicaron a los pacientes y familiares, y las entrevistas con los procesos identificados que se aplicó a pacientes, familiares, personal de la institución; y, el análisis documental y los procesos críticos identificados en las vulnerabilidades.

La matriz que se muestra en el (Anexo 7), se construyó con la caracterización general de los pacientes con IRC, sus distintos modos de vida, exposiciones domiciliarias a agroquímicos, condiciones laborales, caracterización familiar, inserción social con la ayuda del INSOC, destacando principalmente 4 categorías de clase social: Profesional que trabaja como empleado público o privado, empleado público o privado administrativo, pequeño empresario (Comercio y otros) y la clase obrera, así como los espacios de soporte / cuidados, efectos en la salud, hábitos y antecedentes de salud.

8. Ética

8.1 Consentimiento previo, libre e informado

Para garantizar la aplicación de los principios éticos, se elaboró una hoja de consentimiento informado, que constó con información específica y clara en la que los pacientes, familiares y personal de la unidad de hemodiálisis participantes del estudio, manifestaron su aprobación de participar (Anexo 5). A todas las personas participantes se les informó que los datos obtenidos serán utilizados únicamente para el desarrollo del estudio y que serán estrictamente confidenciales. Así se cumplió con los criterios emitidos en el mismo y con los lineamientos establecidos en la normativa y reglamento de la Universidad Simón Bolívar para proyectos de titulación. Consentimientos que se encuentran firmados por los participantes.

8.2 Confidencialidad y anonimato

La información que se recopiló en la investigación será estrictamente confidencial, para garantizar la confidencialidad de la información obtenida se creó un código numérico para cada paciente, de manera que esto no represente riesgo para el paciente, familia o personal involucrado en el estudio.

8.3 Compromiso de la praxis

El desarrollo de la investigación ha evidenciado que la salud, cuando se la aborda desde el paradigma crítico, permite entender que los procesos salud-enfermedad no son lineales y no surgen de una causa-efecto, sino como resultado de la praxis que es “el elemento que sustenta y determina la relación objeto-sujeto, y es determinada por estos igualmente” (Breilh 2013).

Culminado la investigación se realizó el compromiso de entregar, a la institución, responsables del área y a los pacientes en tratamiento renal, la información obtenida de la investigación, con la adecuada orientación para que esta información se la utilice para desarrollar políticas institucionales y sirva para beneficio los pacientes, su entorno familiar y social.

Luego de la entrega del informe final, se procederá a elaborar el plan de acción de mejora de la institución con el objetivo de crear estrategias en las que se consideren los procesos críticos identificados en el desarrollo de la investigación. Documento que servirá como base teórica para desarrollar otras investigaciones con enfoque crítico en la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Capítulo tercero

Resultados

En este capítulo se presenta la recopilación de los procesos críticos presentes en los pacientes en hemodiálisis por IRC, identificados en el desarrollo de la investigación con una mirada desde la determinación social de la salud en sus tres dimensiones: general, particular e individual.

1. Desarrollo de la Provincia de El Oro influenciada por capitalismo

El aumento de las actividades extractivistas en Ecuador como consecuencia de la acelerada acumulación agroindustria del banano, camarón y las actividades mineras, se ven influenciadas por relaciones de poder, que han generado consecuencias económicas, sociales, culturales y ambientales devastadoras, que afectan de manera directa e indirecta en la condición de salud de la población.

El modelo extractivista minero, bananero y camaronero, instaurado en la provincia de El Oro, está vulnerando las cuatro condiciones vitales que moldean la calidad socio-ecosistémica: “la sustentabilidad, la soberanía, la solidaridad y la bioseguridad” (Breilh 2015), debido a la falta de control, la escasa regulación y el poco involucramiento por parte del Estado, en donde sobresalen los intereses personales sobre los de la salud de la población. Lo que es de preocupación ya que la transformación social y ecosistémica que ha experimentado la Provincia del Oro, trae repercusiones en los modos de vivir, enfermar y morir de la población.

La exportación bananera y camaronera es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo productivo, social y económico del país. Sin embargo, la producción aumenta gracias a la tecnología y productos artificiales, con los que, para lograr satisfacer la demanda nacional e internacional, están explotando los territorios naturales. En la figura 4, se observa las extensas hectáreas de banano principalmente en la Provincia de Los Ríos 67,676 hectáreas, Guayas 58,763 hectáreas, El Oro 43,947 hectáreas, Manabí 364 hectáreas. En ellas la fumigación aérea y terrestre, forrar los racimos de banano con fundas impregnadas de químicos, son prácticas no amigables con la salud de la población que se instauran en el afán de aumentar las ganancias y disminuir los costos. Las empresas se han expandido hacia las zonas urbanas y han creado grandes espacios de contaminación

con alta repercusión en los ecosistemas, lo que ha traído como consecuencia que exista un aumento de los problemas de salud de la ciudadanía de estrato social medio y bajo.

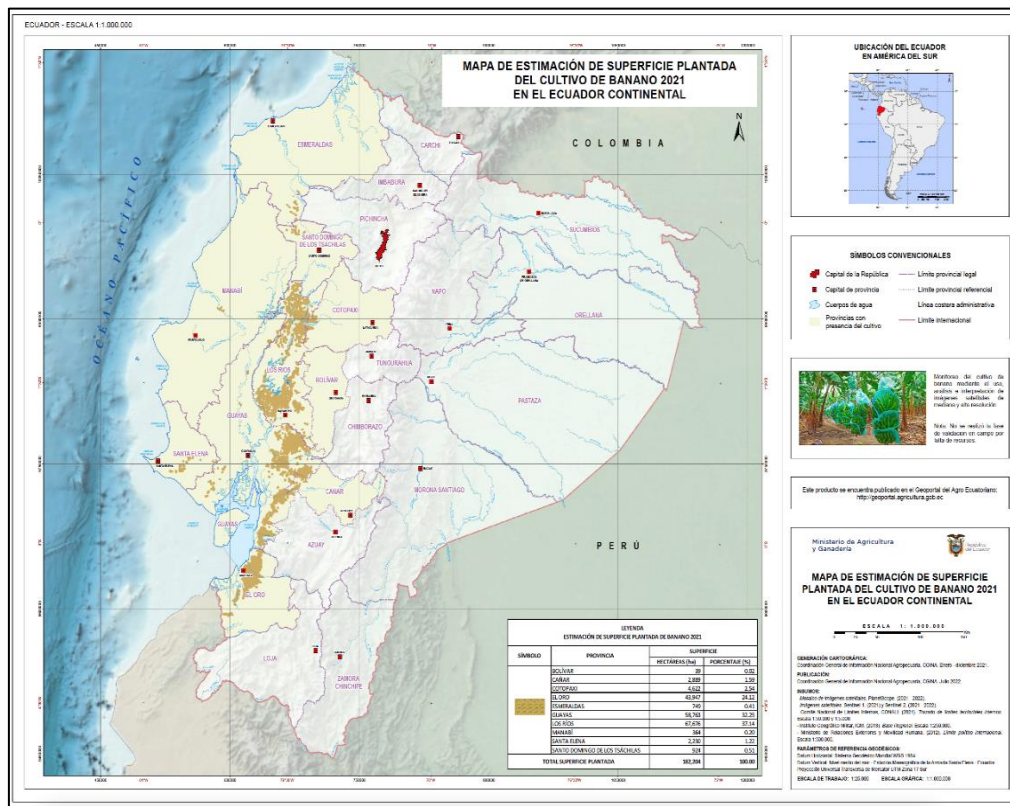


Figura 4: Mapa de estimación de superficie plantada del cultivo de banano 2021 en el Ecuador

Fuente: (EC Ministerio de Agricultura y Ganadería 2022)

Por las grandes extensiones de banano que se cultivan principalmente para exportación, se considera la provincia de El Oro como la “Capital Internacional del Banano”. Las empresas bananeras, camaroneras y mineras generan numerosas fuentes de empleo para la población, sin embargo, no todas aportan al cuidado de la salud de la ciudadanía y el ambiente. Los trabajadores de las bananeras y demás actividades agrícolas se exponen a las fumigaciones aéreas y terrestres en los cultivos, y a temperaturas altas durante todo el día sin ninguna medida de protección. En las camaroneras, por su parte, el uso de químicos y antibióticos para aumentar la producción y en el procesamiento de material minero, contaminan la tierra, agua, aire y repercuten sobre la condición de salud de la ciudadanía.

Las enfermedades renales en el país han aumentado de manera alarmante y se encuentran dentro de las 10 causas de defunción general. En la figura 5 observamos el crecimiento anual de pacientes que iniciaron terapia de sustitución renal con corte a

septiembre del 2022. Se registra en total de 20,800 pacientes que reciben terapia de sustitución renal, diálisis, hemodiálisis y en menor proporción la diálisis peritoneal.

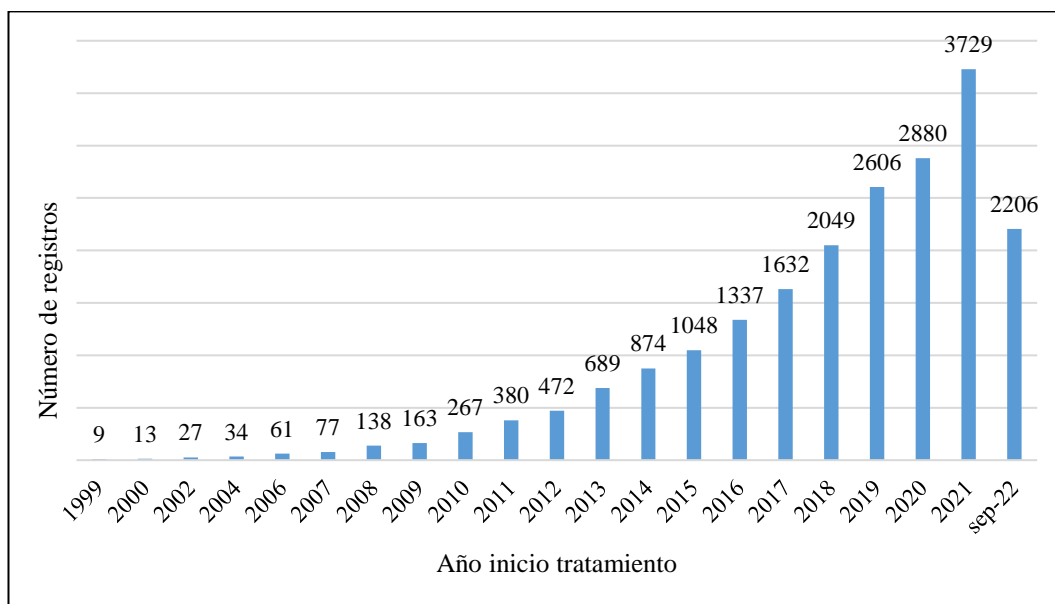


Figura 5: Número de pacientes que iniciaron terapia de reemplazo renal por coordinación, desde el período 2012-2022
Fuente: (EC Ministerio de Salud Pública 2022)

2. Políticas públicas en salud para el tratamiento de hemodiálisis

El sistema de salud elabora las políticas bajo el enfoque biomédico asistencial, que considera el proceso salud-enfermedad como un hecho aislado basado en el unicasalismo, centrado en la enfermedad y no en la salud, centrándose en las determinantes sociales o los clásicos factores de riesgo, cuando realmente como se ha visto en esta investigación, los eventos epidemiológicos resultan de la interacción de procesos malsanos de las personas, cuyos fenómenos pueden ser analizados a partir del estudio de las dimensiones general, particular e individual.

En el boletín informativo mensual de salud renal publicado por el MSP (2022), se describen 30 causas de la IRC asociando como las principales causas a la hipertensión arterial y diabetes mellitus, así mismo para asegurar la continuidad del tratamiento de las enfermedades renales el MSP emitió la Guía de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (MSP 2018), la cual ofrece una serie de recomendaciones farmacológicas para el tratamiento de la IRC en etapas tempranas, cuando el paciente aún no requiere tratamiento dialítico, pero no se han documentado los principales procesos críticos a los cuales el paciente en tratamiento renal se enfrentó durante el desarrollo de su vida. Al no existir una evidencia dichos procesos se desconocen y no se pueden

considerar al momento de generar estrategias protectoras para los pacientes en tratamiento renal.

Cerón (2020), en su estudio “La determinación social de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Guatemala”, asocia el aumento alarmante de las enfermedades renales con el uso de agroquímicos y los patrones laborales de las personas que realizan actividades agrícolas. En este país se ha incrementado los proyectos habitacionales en los límites de las hectáreas de plantaciones, ocasionando hacinamiento, precariedad, vulnerabilidad que influyen en los modos de vida, alimentación, consumo y como estas repercuten en la condición de salud de las personas y el ambiente.

En el Ecuador, el aumento de productos químicos en las actividades agrícolas es un proceso al que se le debe prestar mayor atención, las empresas se autorregulan influenciados por el capitalismo buscan certificaciones internacionales para obtener más oportunidades en los mercados globales, sin tomar acciones relevantes en contra de los daños sociales y ambientales que causan. Sus efectos ocasionan consecuencias devastadoras en la salud y en el ambiente, pero la falta de control del estado, imposibilita poder hacerlo, ya que no se supervisa ni regula las condiciones laborales y empresariales, no genera mecanismos de control rígidos, ni hace que se cumpla con las regulaciones necesarias para que las empresas puedan realizar actividades en el país.

Si hacemos una comparación de la distribución de la insuficiencia renal crónica y las extensiones bananeras por provincias en Ecuador, encontramos que las extensas hectáreas de banano están principalmente en la Provincia de Los Ríos, Guayas, El Oro, Manabí y Santo Domingo. Mientras que el mayor número de casos de pacientes en tratamiento con hemodiálisis está en Guayas, Manabí, Los Ríos, El Oro, Santo Domingo y Pichincha donde la zona rural posee grandes extensiones agrícolas. Esta distribución la podemos ver comparando la figura 1 con la con la figura 3 Entonces nos preguntamos ¿Las actividades agroindustriales incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades renales? Las inequidades de clase en el ámbito de salud son evidentes, siendo la población de las áreas rurales con niveles educativos bajos quienes presentan mayor porcentaje de IRC y es algo que debe considerarse para futuras investigaciones en relación de esta problemática. En los últimos tres años a nivel de país se registra 9.013 pacientes nuevos que iniciaron terapia renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal). En la figura 3 podemos observar la distribución de la insuficiencia renal por provincias.

Las provincias que registran menor número de pacientes en terapia de reemplazo renal son las provincias de Zamora Chinchipe y Morona Santiago, en estas dos provincias

fronterizas por años su población viene luchando en contra de las actividades mineras que repercuten sobre los modos de vivir de la población. Los proyectos mineros han causado que la población originaria de las diferentes comunidades se desplace de su lugar de origen causando la pérdida de la identidad cultural, es evidente que estas empresas en busca del aumento del capital incorporen prácticas no saludables para la población y el ambiente, si se continua con estas prácticas malsanas para la salud de la población se vislumbra a futuro un aumento de patologías a consecuencia de las actividades extractivistas y entre las que se encuentra las afecciones renales.

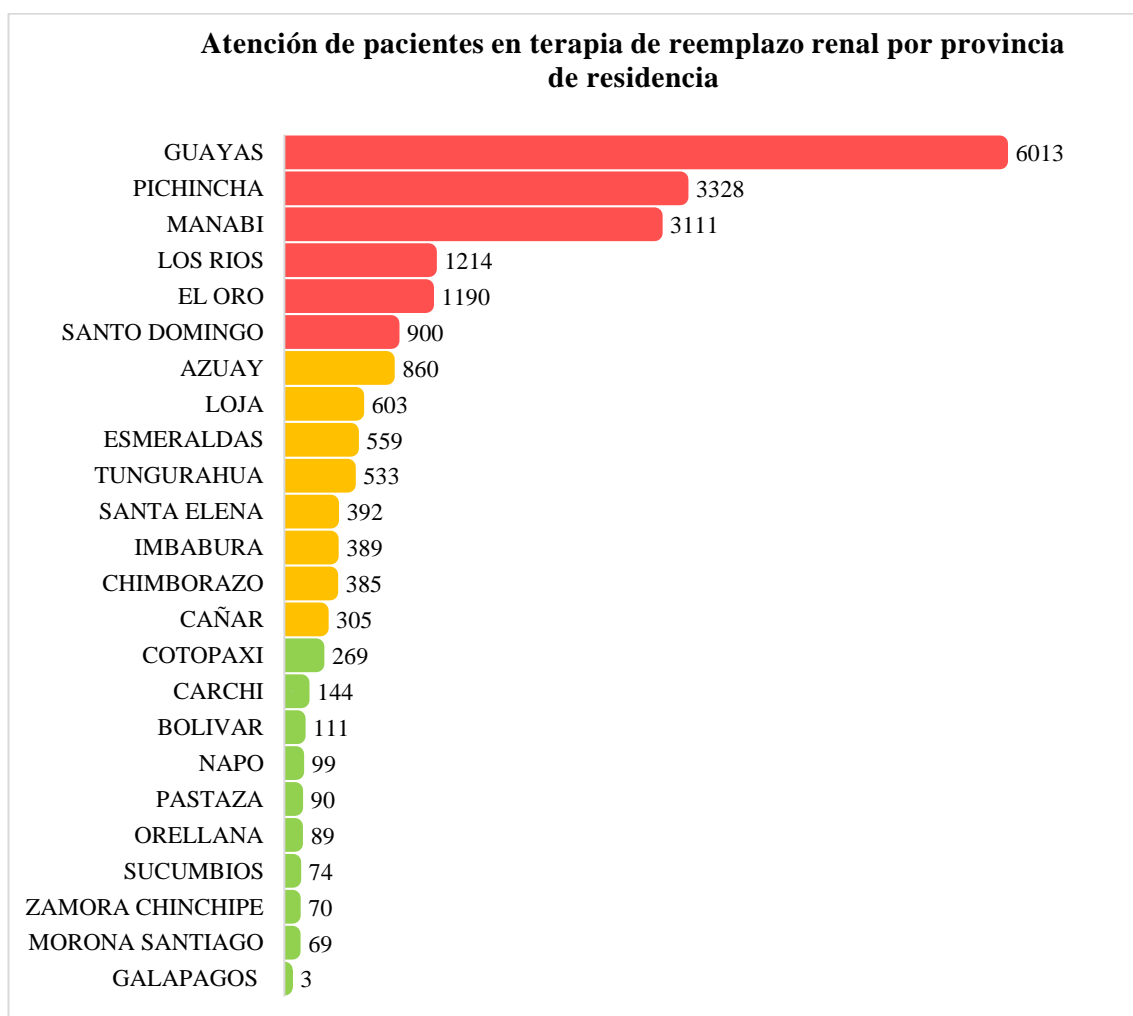


Figura 6: Atención de pacientes en terapia de reemplazo renal por provincia de residencia

Fuente: (EC Ministerio de Salud Pública 2022)

En la provincia de el Oro, caracterizada por las actividades extractivistas (minero, bananero y camaronero), se presenta 1.190 casos de pacientes con IRC. En el desarrollo de la investigación se indagó a un especialista en nefrología el porqué de la alta prevalencia de afecciones renales en la provincia de El Oro, y afirmó que:

Son los malos hábitos alimenticios, automedicación, enfermedades crónicas no transmisibles, no controladas y principalmente la intoxicación por químicos, por las principales actividades de agricultura de la provincia, la gente se expone frecuentemente a los pesticidas de las fumigaciones y esto les causa intoxicación, que en algunas ocasiones es silenciosa, daña el riñón y las personas presentan molestias y se automedican, pero no acuden a un médico y continúan en sus actividades laborales, se dan cuenta cuando los síntomas se agravan y se encuentran en una etapa terminal. (Médico 1)

Además de todo lo mencionado por el entrevistado, en las grandes fincas bananeras no existe un departamento de salud ocupacional que haga los controles periódicos preventivos a los trabajadores o un departamento de gestión de riesgo que evalúe los ambientes no favorables para la salud de los trabajadores de estas empresas, por lo que tampoco se cuenta con una guía dentro de estos espacios. Cabe recalcar que a pesar de lo que menciona el entrevistado, la presente investigación demuestra que no se trata de una enfermedad silenciosa, es una patología que surge como consecuencia de las condiciones laborales, sociales, ambientales, económicas como la pobreza, bajos niveles de escolaridad, que el sistema capitalista, en el afán de aumentar el capital a través del incremento de la producción, genera ambientes no favorables para la salud de los empleados, cuya paga, en última instancia, es la adquisición de enfermedades muchas veces irreversibles, dichas prácticas condicionan los modos de vida de trabajadores y población en general. Las políticas de salud actuales, al no contar con el panorama completo del proceso salud-enfermedad, no pueden actuar sobre los verdaderos procesos que desencadenan las afecciones:

La hegemonía de una agricultura con tecnologías desenfrenadas, y girada hacia la demanda exterior o hacia los nichos suntuarios del mercado nacional, genera procesos negativos tanto para el campo como para la ciudad en tres dominios de la realidad: en el dominio de lo “general”, o de la totalidad social, impone una lógica económica, un modus vivendi colectivo y una filosofía centrados en el valor de cambio, de los cultivos y una acumulación económica basada en la concentración y el despojo; en el dominio “particular”, de los modos de vivir de las comunidades rurales y urbanas y sus clases, agrava cinco tipos de problemas: patrones de trabajo indignos y peligrosos; patrones de consumo malsanos y derrochadores en medio de la miseria y la acumulación de desechos; pérdida de identidad cultural e imposición de una subjetividad alienada; desaparición o debilitamiento de las organizaciones sociales y soportes comunitarios, gremiales, barriales y familiares; y trastorno de las relaciones con la naturaleza; y finalmente, en el dominio “individual” de las personas, esa agricultura agroindustrial amplifica daños biológicos y mentales, especialmente en trabajadores agrícolas y habitantes de las comunidades vecinas, expuestos a agrotóxicos que son aplicados masiva e irresponsablemente para elevar la productividad y mantener estándares de mercado. (Breilh 2011, 174)

2.1 Distribución de los centros de diálisis en la Provincia de El Oro

En la provincia de El Oro existen 8 hospitales públicos que cuentan con especialidades médicas, de ellos únicamente el hospital Teófilo Dávila en el cantón Machala y el hospital San Vicente de Paúl en el cantón Pasaje disponen en su cartera de servicio del área de diálisis. Por otro lado, el hospital general del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Machala presta servicios de hemodiálisis a pacientes afiliados al sistema de seguridad social. 1.190 pacientes con afecciones renales necesitan acceder a los servicios de estos hospitales, por lo que el sistema se encuentra saturado, por lo que, existen cinco clínicas particulares (Dialymedical Machala, Medicopharma Santa Rosa, Oro Diálisis Machala, Villa Médica Machala, Clínica Reina del Cisne Piñas) con las que el MSP mantiene convenios para la atención de pacientes (esta distribución se aprecia en la figura 7), a través de un proceso que se llama “Compra de servicios a unidad prestadora externa”, para el cual los médicos de la institución pública se encargan de hacer la documentación necesaria para el traslado a otra casa de salud, anteriormente “el trámite era rápido, demoraba más o menos 3 semanas y el paciente ya estaba en otra casa de salud recibiendo sus terapias. Pero ahora nos ponen muchas trabas incluso debemos presentar un informe técnico, este trámite dura meses” (Médico 1). El acceso al tratamiento, entonces, se encuentra condicionado por la condición socioeconómica de los pacientes, no todas las personas tienen la posibilidad de pagar por estos servicios privados, el costo por sesión está calculado en \$116 dólares, lo que representa un monto inmanejable para la población.



Figura 7: Mapa de la distribución de los centros de diálisis Provincia de El Oro

Fuente: Google maps

Elaboración: Propia

La fragmentación del sistema de salud del sector público y privado de la provincia, hace que el tratamiento dialítico este condicionado por el nivel económico y la clase social a la el paciente pertenece. Los patrones laborales malsanos, exposiciones, riesgos y vulneración de los derechos laborales, ausencia de acceso a seguro social, sobrecarga laboral y remuneración inadecuada, hacen que el contraer una enfermedad como la IRC sea catastrófico para la persona, ya que, además de que su vida cambia drásticamente, se le imposibilita realizar su trabajo de forma óptima y existe un alto riesgo de ser despedida injustamente, y la institución no asume ninguna responsabilidad. Esto sin duda condena a las personas a empeorar no solo su calidad de vida sino también la de sus familiares, y disminuir sus posibilidades de acceso a sistemas de salud.

2.2 Caracterización institucional de la unidad de hemodiálisis

La institución donde se desarrolló el estudio cuenta con una amplia cartera de servicios. Está ubicado en el cantón Machala, Distrito 07D02 - Machala Salud, tiene una población beneficiaria de 732.522 según INEC (2022), y como población beneficiaria indirecta a provincias aledañas: Guayas (Naranjal, Balao, Tenguel), Azuay (Camilo Ponce Enríquez), Loja (Alamor), y como parte de convenio binacional a los usuarios provenientes del norte del vecino país del Perú.

Machala representa un pilar fundamental en el desarrollo económico del país, es un centro financiero, económico y político, ya que es la sede de organismos gubernamentales, financieros, comerciales, administrativos y culturales, se destaca como polo económico del sur ecuatoriano por las importantes actividades comerciales y bancarias (Burgo Bencomo 2022), siendo Machala el centro de actividades agrícolas, portuarias, industriales y comerciales.

Cada año se destinan millones de dólares a actividades públicas en la provincia, pero en ámbitos de educación y salud, la gestión está olvidada. Es así que, en esta ciudad no se cuenta con la infraestructura adecuada e integral para asegurar la atención de su población. Los pacientes que actualmente reciben tratamiento dialítico no reciben apoyo por ninguna institución gubernamental ni particular del cantón y la provincia. A nivel del Estado tampoco se destinan recursos específicos del presupuesto anual para las áreas de diálisis de las instituciones sanitarias.

La institución de estudio cuenta con 13 máquinas diálisis y 4 especialistas en Nefrología, en el área existe un déficit de personal de enfermería, las terapias renales se realizan en horarios de atención de: 7am- 11am, 12am-16pm, 17pm-21pm. Las personas

que desarrollan sus actividades laborales en esta institución y en el área se encuentran capacitado en el manejo de los pacientes renales, que pese al déficit de personal de enfermería y la sobrecarga laboral, la experiencia y humanidad del equipo médico y de enfermería, hace que el personal adopte medidas propias para garantizar la atención a todos los pacientes renales. La infraestructura evidencia procesos que no favorecen al cuidado de la salud, el área no ha sido repotenciada, está deteriorada y su espacio físico es reducido, se ubica en el cuarto piso de la institución, lugar al que los pacientes deben trasladarse pese a sus dificultades, el Paciente 6 describe que “el piso se encuentra en mal estado, eso se ve feo porque esa cerámica es de la vieja y cuando entramos parece que el área está sucia, pero es porque la cerámica es vieja”. A lo cual el Médico 3, afirma que “las condiciones del área no son las adecuadas para garantizar la atención, el espacio físico es muy reducido por la gran afluencia y la prevalencia de enfermedad crónica en la provincia. Ya tenemos un proyecto de ampliación, pero aún no lo han aprobado”. En las observaciones realizadas para esta investigación se constata que, el vestidor y baño del área no cumplen con las condiciones de infraestructura para garantizar la seguridad y privacidad del paciente, ni está adaptada para el ingreso de las personas con discapacidad en base a la Norma Técnica INEN 2 293:2001. Además, cuentan únicamente con una silla de ruedas para el transporte del paciente, el Familiar 11 comenta que:

Las sillas de ruedas en el área no hay, debemos ir a pedir a las otras áreas y algunas veces no nos quieren prestar. Los fines de semana debemos llegar en el taxi por la emergencia y debemos andar corriendo en el área para que nos presten las sillas de ruedas, porque se sube al servicio y no encontramos, se debería considerar que los pacientes presentan una serie de cambios en su condición de física por lo que se le dificulta la llegada al área.

A lo que el Paciente 12, agrega “somos trece pacientes por turno, tenemos que venir antes para poder cambiarnos porque entramos uno por uno y cuando uno se atrasa debe esperar porque se están cambiando los pacientes que salen del turno anterior, no sé si esta situación se pueda considerar”. Mientras que el Paciente 14 cuenta que “no contamos con vestidor, todos los días traemos una maleta y si nos olvidamos algún objeto de valor, ahí entran todas las personas. Sería bueno que nos den cancelas, podemos traer un candado y dejamos cerrando mientras vamos a la diálisis y así sirve para todos los de las otras sesiones”. Además, la institución carece de espacios donde los familiares puedan esperar hasta que el paciente culmine su tratamiento, ni tampoco cuenta con actividades inclusivas para el paciente, así nos comenta el Paciente 17 que “antes funcionaba el televisor y nosotros nos entreteníamos en eso, pero ahora ya no funciona ni eso, en el área

debería tener libros porque algunas personas si podemos leer y nos entretiene o deberían hacer esas actividades para pintar o algo que nos entretenga en las 4 horas que estamos conectados a la máquina”. Es decir, no se cuenta con una sala de espera adecuada porque no se toman en cuenta la dimensión singular que está en juego para las familias con un paciente de estas condiciones, ya que deben permanecer en el hospital debido a la distancia que toma llegar hasta el lugar desde sus domicilios. El (Familiar 7) testimonia “hay una sala de espera dentro del área, pero nos sacan, debemos ir a esperar al familiar al quinto piso porque la de afuera está llena y a veces necesitan que compremos o retiremos algo de nuestros familiares y no nos encuentran, pero es porque nosotros nos vamos a descansar allá, no podemos esperar 4 horas parados”.

Otro problema que se registra en el área es que no cuenta con la vestimenta adecuada para los pacientes renales para ingresar a la sala de hemodiálisis se debe portar una vestimenta adecuada y limpia a fin de evitar contaminar el procedimiento, el Paciente 8 manifiesta “no podemos hacer fuerza y algunas veces, no tenemos ni quien nos acompañe y debemos venir cargado la maleta con la ropa y una cobija. Todos no estamos en las mismas posibilidades, aquí siempre hace frío y debemos traer nuestras cobijitas, pero hay compañeros que no tienen ni cobijas y pasan temblando las 4 horas que dura la sesión”.

Cada paciente tiene un horario definido al cual se debe regir, por lo que para recibir el tratamiento deben salir a tempranas horas de sus hogares y la larga duración del mismo, hace que no puedan alimentarse de la manera adecuada los días que reciben el tratamiento y la institución no cuenta con alimentación para el área de hemodiálisis, lo cual es alarmante, el Paciente 21 manifiesta “que al llegar nos ayuden con la alimentación, una colada y un pan. Mi compañero de al lado no tiene ni para el pasaje y yo le doy un pancito, pero hay días que no tengo ni para mí, sería bueno al menos que nos den una agüita”. A lo que se suma el Paciente 22 “salgo de la casa a las 9.30 inicio mi terapia a las 12 y termino a las 4 a esa hora recién voy a buscar algo que comer, no pedimos que nos den almuerzo ni nada de eso, pero si un refrigerio”

Los procesos malsanos que se presentan en el área podrían corregirse si existiera una buena articulación entre las instituciones gubernamentales, con inversiones focalizadas en salud, alimentación, servicios básicos y demás actividades que ayuden a conservar la salud de la población y así prevenir las enfermedades. La salud es un derecho universal que todos los seres humanos poseen y no debe estar condicionado por las inequidades de clase. Más aún en procesos en los que una persona se enfrenta a una

enfermedad crónica y no contar con las condiciones mínimas para hacerlo, representa una vulneración a sus derechos.

3. Caracterización de los modos de vida de los pacientes en hemodiálisis

3.1 Configuración de clase, género, etnia y otras condiciones sociales

La investigación contó con la participación de 70 pacientes que reciben tratamiento en el área de hemodiálisis del HGTD. Sus características describen en la tabla 1:

Tabla 1
Caracterización de los pacientes según género, identidad étnica, edad y nivel de instrucción en pacientes con IRC, Machala 2022

Indicador	N	%
Género 1/		
Masculino	39	56
Femenino	31	44
Etnia		
Mestizo	64	92
Indígena	1	1
Afroecuatoriano	1	1
Blanco (Venezolano)	4	6
Estado civil		
Soltero	34	49
Unión libre y casado	24	34
Viudo, separado y divorciado	12	17
Rango de edad		
18-40 (Adulto joven)	9	13
41-64 (Adulto)	32	46
65 y más (Adulto mayor)	29	41
Nivel de instrucción		
Ninguna	3	4
Primaria incompleta	14	20
Primaria completa	15	21
Secundaria incompleta	18	26
Secundaria completa	16	23
Superior	4	6

1/ Ninguna persona se identificó con la opción “otro género”,

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

La información que se detalla en la tabla 1, permite visualizar la realidad de la población en tratamiento con hemodiálisis, la IRC es una afección que se distribuye en toda la población no distingue edad, etnia, género. Los pacientes de estudio corresponden a hombres y mujeres en edades productivas, los cuales se autoidentifican como mestizos, indígenas, afrodescendiente y blancos, que son pacientes de nacionalidad venezolana. Para el estado civil, 5 de cada 10 pacientes manifiestan estar solteros y 3 de cada 10

casados o en unión libre. El acceso a la educación, 1 de cada 20 pacientes cuenta con estudios superiores, este ítem está condicionado por la posición socioeconómica de los pacientes, ya que muchos de ellos abandonaron las escuelas en edades tempranas para buscar una actividad laboral para sobrevivir e insertándose en trabajos con patrones laborales malsanos para la salud ya descritos previamente.

La distribución de las enfermedades, al igual que todos los procesos de la vida, está condicionada por la clase social, por lo que, resulta imposible comprender el proceso salud-enfermedad sin antes estudiar los modos de vida de la población. El modelo de acelerada acumulación de capital que se ha instaurado en las ciudades y en los barrios donde se desarrolla la vida, sus avances y retrocesos, dan paso a que se generen estructuras de poder y se evidencia en los procesos protectores, destructivos y las diferencias de clases sociales, relaciones étnicas y de poder de género (Breilh, 2010, 90). Bajo este modelo, donde se mira a las tierras como mercancía y en el afán de incrementar la producción, se daña la salud de la población por el uso indiscriminado de agroquímicos y residuos mineros que son los responsables de muchas enfermedades. Para analizar la distribución por clase social de la afección renal en la población de estudio se utilizó el instrumento INSOC:

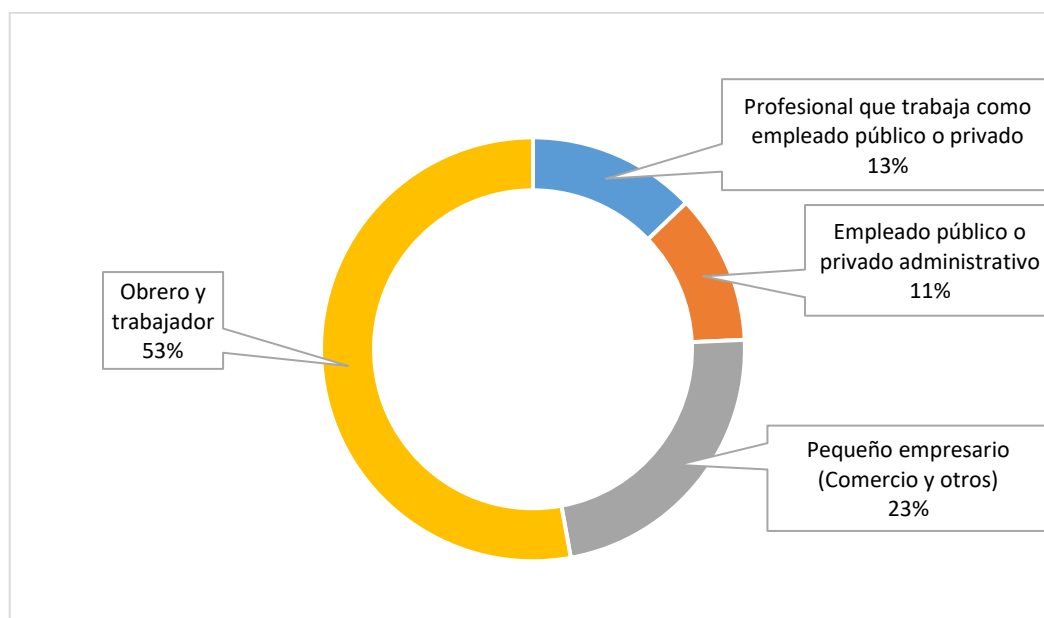


Figura 8: Inserción social del hogar de los pacientes con IRC, Machala 2022

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

El 53% de la población de estudio que padece IRC, son personas que pertenecen a la clase obrera y trabajadora, que por el tipo de actividades laborales y la condición económica no pudieron acceder a un control periódico de salud. Del total de la población de estudio 4 de cada 10 pacientes pertenecen a la clase obrera y trabajadora que son personas que realizaban actividades de jornal diario(pesca, cangrejeros, construcción, venta ambulante, actividades agrícolas), no contaban con garantías laborales y percibían ingresos inferiores a un salario básico, y 2 de cada 10 pacientes pertenecen a la clase de pequeños empresarios que son personas que tenían su negocio propio , mientras que solo 1 de cada 10 pacientes empleados públicos o privados administrativas, que son las personas que no cuentan con un título profesional pero realizan sus actividades laborales en una empresa, al igual que los son profesionales que son las personas que cuentan con un título profesional. Lo que se evidencia en la figura 8, que el acceso a los sistemas de salud y la repercusión o agravamiento de la enfermedad está condicionado por nivel o situación socioeconómica de los pacientes, es así que la clase socioeconómica genera procesos protectores o destructivos para la salud, como lo ha evidenciado esta investigación.

Tabla 2
Rango de ingresos, medios de producción, número de personas que aportan económicamente tarea principal del responsable económico por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesion al que trabaja como emplead o público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrati vo (% n=8)	Pequeño empresar io (Comerc io y otros) (% n=16)	Obrero y trabajad or (% n=37)
Rango de ingresos mensuales				
Menos de \$425	5	9	26	60
\$425	9	9	18	64
\$ 425 y 850	25	25	17	33
\$ Más de 850	75	0	25	0
N° personas que contribuyen en los gastos y manutención				
1 person a	13	8	21	58
2 y más personas	14	18	27	41
Tenencia de medios de producción				
Ningu no	17	8	13	62

Solo herramientas o equipos, mercadería	0	27	47	27
Herramientas o equipos, mercadería	0	0	67	33
Locales, maquinaria				
<hr/>				
Tarea principal del responsable económico				
Hace el trabajo de producción	14	12	20	54
Hace y dirige el trabajo de otros	0	0	100	0
No aplicable (fuera del proceso productivo)	0	0	33	67
<hr/>				
Categorías de clase social construidas en base a la inserción social de la persona principal responsable económico del hogar, INSOC- simplificado (Breilh, 2017)				
Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022				
Elaboración: propia				

En la tabla 2, se evidencia que los pacientes que formaron parte de esta investigación, a tempranas edades se insertaron en trabajos precarios e inestables y en la actualidad pertenecen a la clase obrera y trabajadora y se enfrentaban a patrones laborales malsanos, a la falta de regulación de derechos laborales, a sobrecarga laboral y extensas jornadas con horas extras que no son reconocidas, ni cuentan con los beneficios de ley. Es así que, el 60% percibe ingresos inferiores al salario básico unificado \$425, con los que cubren gastos de alimentación, salud, vivienda, educación, etc. Mientras que, dentro de la población profesional que trabaja como empleados públicos o privados, el 75% percibe ingresos superiores a \$850, lo que demuestra la importancia de que las personas sin importar el estrato social puedan culminar sus procesos educativos. Algo que se imposibilita cada día más debido al modelo de gestión al que responde el gobierno ecuatoriano actual.

Los gastos derivados del tratamiento con hemodiálisis son múltiples y al tratarse en mayor proporción de los pacientes que pertenecen a la clase obrera y trabajadora en los hogares que perciben ingresos inferiores a un salario básico, solo cuentan con un responsable económico y 60% de esta población no cuenta con medios de producción y se dedican al trabajo productivo para las empresas asentadas en sus territorios. Todos

estos procesos contribuyen a la imposibilidad que tienen estas personas de poder acceder a medios de tratamiento y de salud integrales.

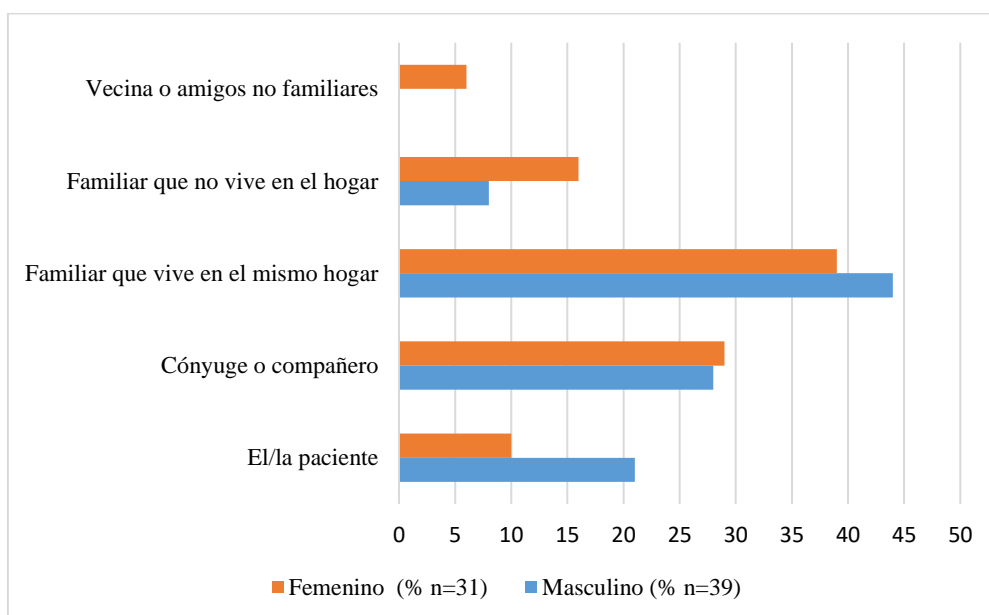


Figura 9: Responsable económico del hogar por género en los pacientes con IRC.
Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022
Elaboración: propia

La población de estudio al desarrollar sus modos de vida en ambientes no favorables de la salud, sin garantías laborales una vez que contraen una afección se ven en la obligación de abandonar sus actividades laborales, en la figura 9, que corresponde al análisis del responsable económico del hogar por género, tanto en hombre como en mujeres evidenciamos que la condición de salud propia del paciente le imposibilita continuar cumpliendo este rol, solo 2 de cada 10 hombres y 1 de cada 10 mujeres continúan haciéndolo. El resto tienen que depender económicamente de familiares e incluso de amigos y vecinos, debido a los gastos excesivos que el tratamiento renal genera y la situación laboral a la que se enfrentan.

3.2 Modos de vida de los/las pacientes con IRC en hemodiálisis

Cada persona desarrolla sus propios modos de vivir, sin embargo, estos están condicionados dependiendo del lugar donde se desarrolle la vida y es que la creciente extensión de espacios malsanos en la provincia hace que se generen condiciones de trabajo inseguras, sin ninguna garantía laboral. Las personas inician su tratamiento con hemodiálisis y no cuentan con el apoyo de ninguna institución, incluso hay personas que no cuentan ni con el apoyo familiar, por lo que resulta importante comprender sus modos de vida y así poder recabar los procesos críticos a los que se enfrentan diariamente y poder

generar procesos de atención mucho más acoplados a esas realidades, que atiendan de forma integral a las personas.

3.2.1 Espacios de la configuración de los modos de vida (Trabajo)

Se indagó sobre los principales antecedentes laborales del colectivo que reciben tratamiento dialítico y se encontró que los hombres y mujeres realizaban actividades de jornal diario (construcción, pesca, cangrejeros y vendedores ambulantes), aunque son las mujeres las que enteramente se dedican a quehaceres domésticos, como lo muestra la figura 10. Las actividades que desarrollan hombres y mujeres sea cual sea, se dan en condiciones no protectoras para la salud y esto genera que no puedan acceder a controles de salud preventivos, por lo que su diagnóstico se da cuando la enfermedad ya está en etapas avanzadas y es inevitable tener que iniciar terapia con hemodiálisis. Del total de la población de estudio, el 10 % de la población masculina contaba con un trabajo estable y seguro, que no realizaba actividades relacionadas con el extractivismo, sin embargo, sus modos de vida se desarrollaron en ambientes no favorables para la salud.

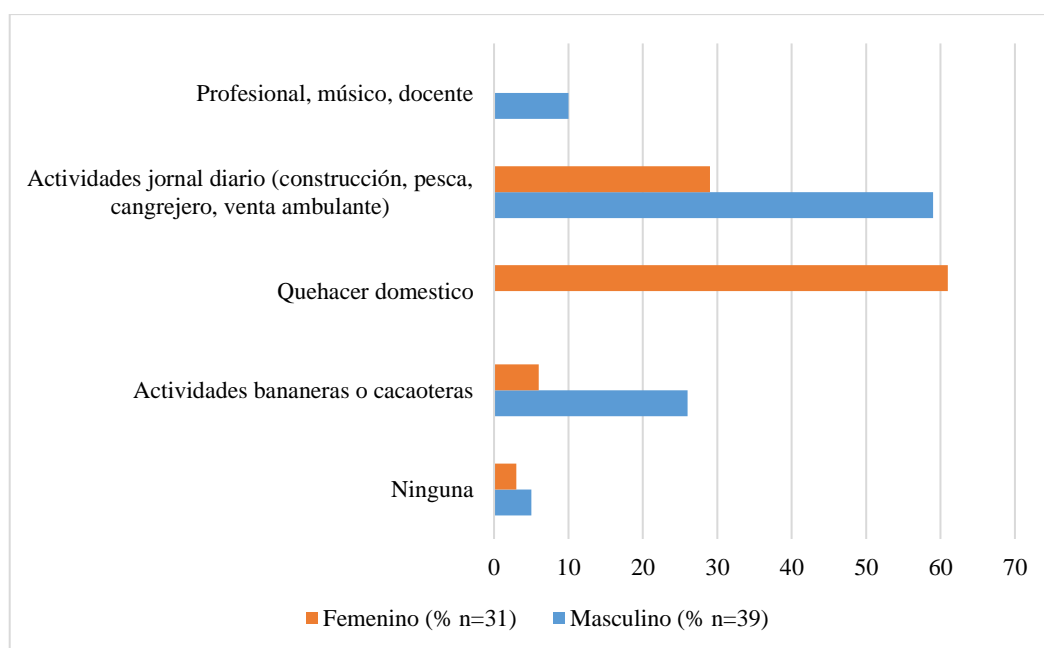


Figura 10: Antecedentes de actividades laborales por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

La falta de políticas que regulen y controlen los patrones laborales que se manejan en las empresas trae graves consecuencias para la población, solo como un ejemplo de lo desastroso del manejo institucional hacia sus empleados, se tiene que cuando una persona

contrae una enfermedad catastrófica, es despedida y no se le brinda ningún apoyo ni remuneración por culminar sus actividades laborales, ya que muchas veces sus contratos no están regularizados y mucho menos cuentan con todo lo estipulado por la ley ecuatoriana. Los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis requieren de este tratamiento tres veces a la semana, con una duración de tres a cuatro horas cada uno y esto genera que las situaciones de la vida diaria se modifiquen y el ámbito laboral se ve comprometido por este aspecto y por el decrecimiento de la salud que genera la enfermedad, lo cual hace que estén imposibilitados de laborar en actividades de jornal diario como lo hacían antes, y se ven obligados a abandonar sus trabajos porque su condición de salud se deteriora. La tabla 3 muestra como solo el 5% de la población masculina reconoce que en su trabajo se respetan sus derechos y tienen las garantías laborales que necesitan para recibir el tratamiento y continuar con sus actividades.

Tabla 3
Situación laboral por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Situación laboral	Masculino (% n=39)	Femenino (% n=31)
Le facilitaron los permisos para que continúe con el tratamiento	5	-
Lo obligaron a renunciar	10	10
Lo despidieron injustificadamente	10	3
Trabajaba de manera independiente o no tenía ningún trabajo	74	87

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

3.2.2 Espacios de la configuración de los modos de vida: Consumo (vivienda, transporte, acceso a salud, alimentación)

Como consecuencia de las actividades extractivistas que se realizan en la provincia, el ambiente, agua y suelo están contaminados, generando patrones de vida no saludables para la población.

El tratamiento con hemodiálisis se ve influenciado por estos procesos, las personas no pueden modificar sus modos de vida y llevar otros más saludables, principalmente porque su realidad económica no se lo permite y este tratamiento genera múltiples costos adicionales en transporte, alimentación, medicamentos, cuidados especiales, entre otros, que se dan mensualmente y no pueden ser cubiertos en su totalidad por las familias. Los pacientes no pueden elegir a qué horario asistir a recibir el tratamiento, ingresan en función de la disponibilidad de la institución. Actualmente, no existe ninguna institución

de apoyo para los pacientes renales y por la alta demanda a la que se enfrentan las áreas de diálisis, es muy frecuente el déficit de insumos y medicamentos que se requieren para este tratamiento, convirtiéndose en un proceso malsano tanto para los pacientes, como para sus familiares, que muchas veces deben asumir costos del tratamiento adicionales, no estipulados en su organización mensual y a los que posiblemente, no tengan disponibilidad por su economía.

3.2.2.1 Acceso a servicio de salud

Actualmente en la unidad de hemodiálisis no existe ninguna institución que brinde apoyo a los pacientes del área, estos dependen totalmente de su familia, incluso de amigos y vecinos, por lo que, para establecer planes de trabajo integrales se debe considerar la condición socioeconómica de cada familia y así poder responder a las diferentes realidades que se presentan en el hospital. Al ser un tratamiento costoso, no siempre los pacientes tienen acceso a conseguir el dinero suficiente para empezarlo o para continuarlo debido a que se requieren de algunas cosas para poder hacerlo, entre ellas, el colocarse un acceso vascular y la institución no cuenta con este dispositivo por la alta demanda, por lo que el paciente debe adquirir este dispositivo de manera externa a costos que van desde los \$100 hasta los \$200 dependiendo el lugar y la calidad. En la figura 11 se muestra a los pacientes a los que se les proporciono el acceso vascular en la institución.

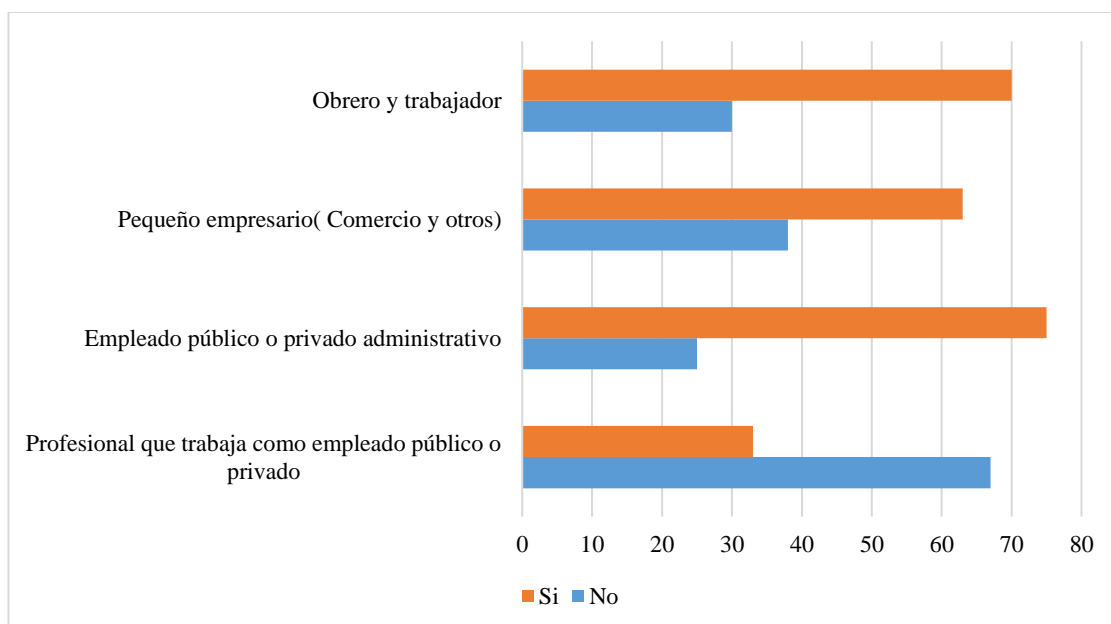


Figura 11: Acceso vascular proporcionado por la institución

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Al hablar de inserción social, en la figura 11 se identifica que la mayor parte de familias perciben ingresos < \$425, y es con estos recursos que la familia cubre sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, entre otras, y los procesos de diálisis de su familiar, empezando por adquirir el dispositivo de catéter de diálisis para que el paciente inicie el tratamiento renal, lo cual demuestra la difícil situación a la que se enfrentan en lo cotidiano.

El modelo médico hegemónico no permite brindar una atención oportuna e integral, hasta ahora la producción del médico se mide por el número de pacientes que atiende en un día y no por la calidad de sus servicios, por lo que cuando un paciente requiere la colocación de un catéter vascular debe esperar a que el médico especialista termine sus funciones asistenciales para luego acudir a colocación del acceso vascular central. Según afirmaciones del Paciente 2 “estoy desde las 7am esperando que me coloquen el catéter, son las 12pm y sigo esperando al especialista me dicen que espere que está ocupado en capacitaciones”.

Es por esto que es importante ampliar nuestra visión desde el panorama de la epidemiología crítica, solo así vamos a entender los procesos malsanos que se generan en el paciente al no existir condiciones básicas, necesarias y favorables para su salud. No se puede seguir sosteniendo espacios en los que un paciente deba trasladarse de zonas alejadas al lugar en el que recibirá su tratamiento, en los que a pesar de su condición deba esperar horas para ser atendido y en condiciones desfavorables para su salud. Muchas veces, los pacientes son acompañados por familiares o amigos que deben también ausentarse de sus actividades personales, laborales y familiares, incrementando los niveles de afectación. Las desigualdades en salud, la injusticia social y las condiciones en las que viven las personas, son solo procesos que cada vez incrementan para peor en los pacientes encuestados. Adicionalmente a los gastos del acceso vascular, deben asumir los de insumos y medicamentos que se requieren para la continuidad del tratamiento, valores evaluados entre \$121-\$299 dólares mensuales, sin contar las múltiples afecciones en la salud que se generan colateralmente por la IRC y las veces que se requiere hospitalización. Condenando a los pacientes y a sus familias a vivir en condiciones de pobreza extrema, ya que dentro de los pocos recursos económicos que generan, muchos de ellos menores a un sueldo básico, se destinan grandes porcentajes para asegurar el tratamiento del familiar con IRC.

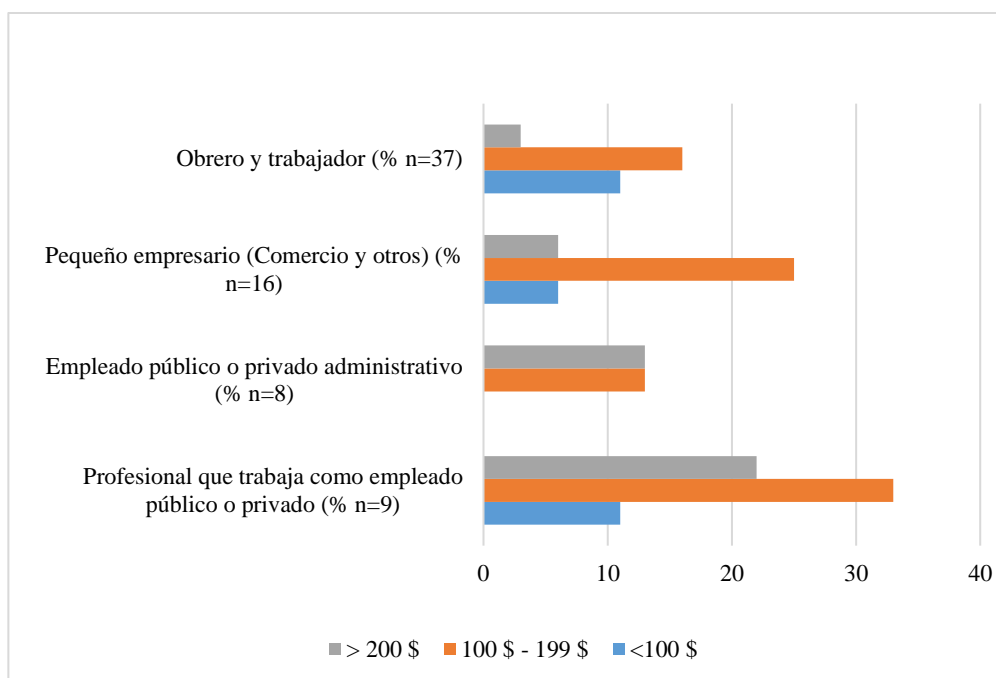


Figura 12: Gastos adicionales por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022
Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022
Elaboración: propia

El no destinar recursos específicos para el área de hemodiálisis se evidencia en la falta de insumos y medicamentos en la institución, esto se corroboró con los datos de las entrevistas y encuestas que se muestran en los resultados, así mismo como lo comentó el Paciente 2 “tenemos que venir a las terapias tres veces por semana y para cada sesión debemos traer la heparina, nos piden que compremos jeringuillas, sueros y la medicación que mi mamá requiere. No solo es eso por ejemplo ayer una parte de la receta me costó \$70, los exámenes que no los realizan en la institución, un examen me costó \$10 dólares, solo en una sesión ya me tocó gastar \$80 dólares”. El Paciente 10, a su vez, refiere “ahora ya hay más cosas, antes debíamos comprar hasta los guantes, jeringuillas, batas y zapatones para poder entrar a la terapia. Seguimos comprando la heparina y los parches. Solo pedimos que nos ayuden, esta situación es muy difícil, yo no trabajo y me toca estar esperando a la voluntad de mis hijos que me compren la recetas”. Sobre la falta de insumos y medicamentos, se preguntó al personal del hospital para saber qué medidas han adoptado para asegurar que el paciente cumpla con su tratamiento:

Insumos si tenemos, porque nosotros hacemos una proyección de la cantidad de insumos que requerimos, pero la alta demanda de pacientes hace que aumente el consumo y estos se agotan pronto. La proyección que tenemos es para 70 0 75 pacientes, pero por mes estamos atendiendo más de 100 pacientes. (Enfermera 3)

Nosotros nos aseguramos que el paciente reciba un buen tiempo de diálisis, una buena calidad de diálisis, además de que en el área hay todo tipo de pacientes: indigentes, refugiados, migrantes. Nos organizamos como área y se le dona los medicamentos y vitaminas, para asegurar que reciba su tratamiento. (Médico2)

El enfoque biomédico asistencial del sistema de salud, se caracteriza por estar “fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, otra de sus características ha sido la preminencia del enfoque biologicista-curativo en la atención, que se centra en la enfermedad y la atención hospitalaria, con programas de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de atención integral e integrada a la población” (Molina Guzmán 2019). Es así que en la institución existe una falta de coordinación para asegurar la atención integral con las especialidades, el Paciente 12 testimonia “necesito una interconsulta con oftalmología y fui por consulta externa y me dicen que vaya al centro de salud y en el centro de salud tengo dos meses y hasta ahora no me ayudan con la referencia”. De la misma manera el Paciente 13, relata que “antes sabia venir un psicólogo y nos daba las terapias a nosotros, pero ya hace algunos meses que no lo hemos visto”, mientras que el Paciente 14, refiere que “cada paciente necesita una dieta estricta, pero creo que la institución no tiene nutricionista” y la Familiar 1, cuenta que antes del tratamiento su madre tenía una vida normal y ahora ha desarrollado una discapacidad auditiva “mi mama tiene discapacidad auditiva y ella no entiende lo que le dicen las personas, quisiera que me ayuden con terapias de lenguaje o que le enseñen el lenguaje de señas. Mi mamá tiene problemas con la movilidad de las piernas, pero hasta ahora ella no ha recibido ninguna terapia física que le ayude a mejorar su condición”.

3.2.2.2 Espacios de la configuración de los modos de vida (Vivienda)

Al igual que todos los procesos que pueden resultar protectores o destructivos, el contar con una vivienda propia y con acceso a los servicios básicos, resulta un proceso protector para quienes padecen una afección renal, debido a los altos costos que genera el no contar con una vivienda propia. Al realizar el cruce de variables en la tabla 4, entre propiedad de la vivienda y clase social, un porcentaje mayor al 50% aseguró que cuenta con vivienda propia, lo que se considera como un proceso protector para el paciente y su familia.

Tabla 4

Propiedad de la vivienda por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Propiedad de la vivienda	Profesional que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Propio con escrituras	56	38	63	62
Prestada	11	13	13	24
Alquilada	33	50	25	14

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

3.2.3 Espacios de la configuración de los modos de vida (Conocimiento-Conciencia)

Los niveles de educación de la población pueden funcionar como procesos protectores o destructores para la salud de los pacientes, quienes reciben actualmente el tratamiento con hemodiálisis, mayormente cuentan con niveles de escolaridad bajos, siendo este un aspecto a considerar como un proceso crítico destructor, por lo que en la institución se debe trabajar en la educación y concientización sobre cuidados que requiere el paciente. El Paciente 16 afirma “antes de la pandemia nos sabían dar charlas en los cuidados que debemos tener con el catéter, la comida y cosas podemos hacer y no, pero ahora esas cosas ya se han perdido fuera bueno que eso se retome nuevamente”. En la encuesta se indagó sobre el tipo de actividades que les gustaría que se desarrollen en el servicio que se reciben y se detallan en la tabla 5.

Tabla 5

Actividades sugeridas por el paciente y familia para los pacientes con IRC, Machala 2022

	N	%
Charlas psicológicas(motivacionales) permanentes para el paciente y la familia	20	29
Charlas a los familiares de cuidados del catéter	5	7
Charlas a los permanentes a los pacientes y familiares en cuanto alimentación del paciente renal	4	6
Charlas de cuidados generales del paciente con IRC	35	50
Actividades de entretenimiento para el paciente durante su terapia (TV)	6	8

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

La mayor parte de los pacientes que presentan afecciones psicológicas, manifiestan que no se les ha brindado terapias psicológicas en la institución y tampoco han recibido una guía especializada de un nutricionista para iniciar la dieta específica que se necesita seguir por su tratamiento. Además, tampoco existen actividades recreativas para los pacientes mientras reciben sus tratamientos, anteriormente existía un televisor que era considerado como una actividad de entretenimiento para los pacientes, con la que al menos podía distraerse, ya que son cuatro horas de tratamiento. Los pacientes consideran que se debería incluir actividades de entretenimiento que se desarrollen en el transcurso de las cuatro horas, para hacer que su estancia en el área sea más llevadera y sugieren que se puede incluir talleres de lectura, talleres didácticos y charlas educativas, en donde aprendan sobre los cuidados y manejo mejor su enfermedad. Demanda que puede ser cubierta si se deja de lado el modelo asistencial y se piensa en generar e implementar mecanismos integrales de atención a la salud.

3.2.4 Espacios de la configuración de los modos de vida Soportes (colectivos-familiares)

En el desarrollo de la investigación se preguntó a los pacientes el tipo de actividades de inclusión que el servicio realiza, pero el 61% respondió que no existen actividades que incluyan a pacientes y sus familias. Mas del 50% de los pacientes y familiares sugieren que de ser factible se en la institución de deberían desarrollar charlas educativas enfocadas en los cuidados generales del paciente en tratamiento con hemodiálisis, ya que al tener conocimiento de los cuidados les ayudará a mejorar su estado de salud y la familia se involucra en los cuidados que el paciente requiere.

Socialmente, se considera a la familia como uno de los espacios más seguros para los pacientes, cuando alguien del hogar enferma, el apoyo fundamental para garantizar el tratamiento y sobrellevar la enfermedad viene muchas veces del núcleo familiar, sin embargo, no todos los pacientes en tratamiento renal cuentan con este apoyo, 1 de cada 10 pacientes se asisten solos. Los procesos malsanos del tratamiento en hemodiálisis repercuten no solo en la vida del paciente, la familia es quien sufre los estragos derivados del tratamiento, la vida de la familia se modifica en todos los ámbitos personal, laboral, social, económico, e incluso afecta en la condición de salud del familiar que se dedica a ofrecer cuidados al paciente, diariamente deben luchar con el tiempo que requiere la terapia renal, las repercusiones en salud del paciente y los costos que deben ser asumidos.

Tabla 6

Apoyo en los cuidados por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

Apoyo en los cuidados	Profesional que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Cónyuge	33	50	13	32
Hijo(a)	56	38	38	32
Madre	-	-	6	3
Asiste solo	-	13	13	19
Hermano	-	-	19	5
Otro familiar	11	-	6	3
Vecino o amigo no pariente	-	-	6	5

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Las múltiples afecciones en el paciente terminan desencadenando una serie de procesos malsanos que conllevan a un deterioro de la condición de salud progresivamente, por lo que se requiere siempre del apoyo de la familiar o de una persona que le pueda brindar acompañamiento en este proceso. El acceso al acompañamiento de la familia también se ve marcado por la clase social, ya que ningún paciente de la clase profesional se asiste solo, mientras que, en la clase de empleado, pequeño empresario, y obrero y trabajador deben asistirse solos o dependen del apoyo de vecinos o amigos que no son familiares.

3.2.5 Espacios de la configuración de los modos de vida (Metabolismo sociedad- naturaleza.)

Tabla 7

Agua de consumo doméstico por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesional que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Agua potable de la red	100	100	94	95
No cuenta con conexión de la red	-	-	6	5
Hervida	-	13	13	16
Grifo	-	-	13	16
Embotellada	100	88	75	68

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022
Elaboración: propia

Toda la población estudiada cuenta con acceso a los servicios básicos: agua, luz y alcantarillado y un mínimo porcentaje no tienen acceso a servicios básicos adicionales, como internet o teléfono convencional. En estos hogares, la principal fuente de abastecimiento del agua del domicilio es potable, pero en la clase obrera y de pequeños empresarios < 6% no cuenta con acceso a ella. El 100% de profesionales de la población consumen agua embotellada, pero las otras categorías no poseen los recursos para adquirir este producto, por lo que el 13% consume agua del grifo y el 16% el agua hervida. Hay que tomar en cuenta que, al residir en una provincia extractivista, las fuentes de agua se encuentran contaminados por los residuos de estas actividades. Para el mes de julio del 2022, el ARCSA evidenció y denunció, encontrar niveles elevados de arsénico en el agua potable de Machala y las personas que las consumen corren altos riesgos de contraer enfermedades renales debido a esto.

3.2.6 Exposiciones y vulnerabilidades

Es necesario conocer el origen y el lugar actual en el que se desarrolla la vida de los pacientes en tratamiento renal, como se muestra en la figura 13, para así entender el desarrollo de las exposiciones a las que se enfrentan en lo cotidiano y con las que han crecido en su historia vital. Soliz (2020), describe que las formas de reproducción social, la construcción de la identidad, los modos de consumo diferenciados y organización, la vida cultural y las relaciones de poder dan paso a la transformación de la naturaleza y a la formación de otras formas de ocupar los espacios territoriales que aparecen en función de estas transformaciones.

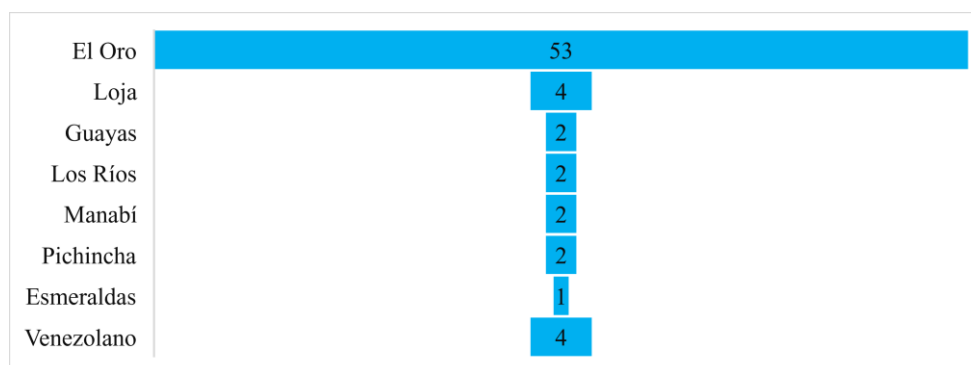


Figura 13: Origen de los pacientes del área de hemodiálisis 2022

Fuente: Encuesta epidemiológico de modos y estilos de vida en los pacientes con IRC 2022

Elaboración: propia

La vida en la provincia de estudio sufre modificaciones a lo largo de los años, los espacios, la relación con la naturaleza, las construcciones sociales y culturales se han cambiado por la influencia que han tenido las empresas extractivistas en los sectores agrícolas, que como se ha visto en esta investigación, han empeorado las formas de vivir de los habitantes que han crecido en la provincia o que se han radicado en ella, las lógicas migratorias como consecuencia de las actividades extractivistas, hace que las dinámicas poblacionales sean irregulares, debido a que en la provincia llegan las personas en busca de una fuente de empleo sin importar las condiciones laborales, es así que el 24% de los pacientes son procedentes de seis provincias del Ecuador.

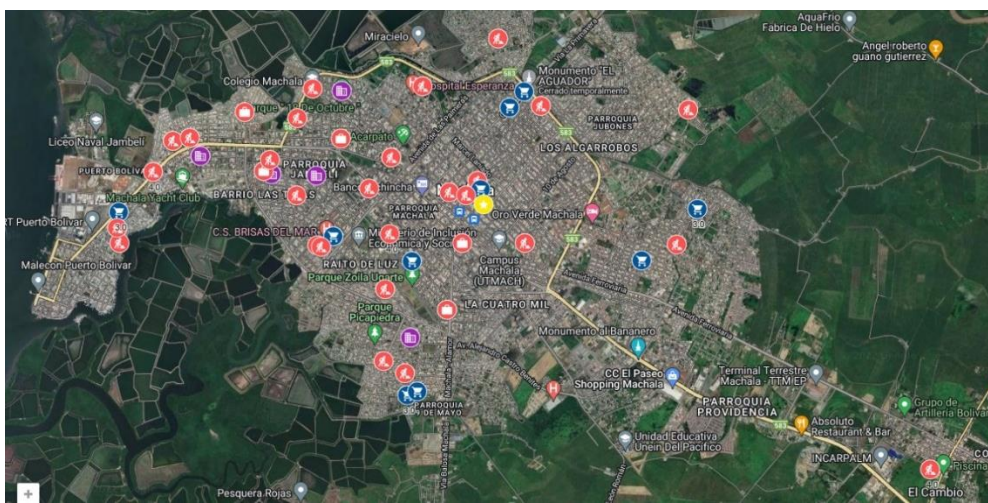


Figura 14: Georreferenciación de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis en los pacientes con IRC, Machala 2022

Fuente: Google maps

Machala una ciudad influenciada por el modelo extractivista, con una economía inigualable. Sin embargo, la concentración del poder y las inequidades de clase genera que quienes padezcan de una afección se enfrenten diariamente a injusticias e inequidades, condicionados a vivir en pobreza extrema, ambientes contaminados y al acceso limitado de salud por no contar con los recursos económicos para cubrir con los insumos y medicamentos que se requieren para continuar el tratamiento dialítico. En la figura 14 se puede identificar la localización de los pacientes de Machala que reciben terapia dialítica, se puede observar que están distribuidos en toda la extensión del cantón Machala desde los barrios más pobres hasta los más pudientes, pero queda claro que quienes más se ven afectados son las personas que pertenecen a la clase obrera y trabajadora. Al ser una institución pública acuden los pacientes que no cuentan con

accesos a seguro social porque toda su vida desarrollaron trabajos donde no se respetaron sus derechos laborales, sin garantías laborales y con remuneraciones inadecuadas.

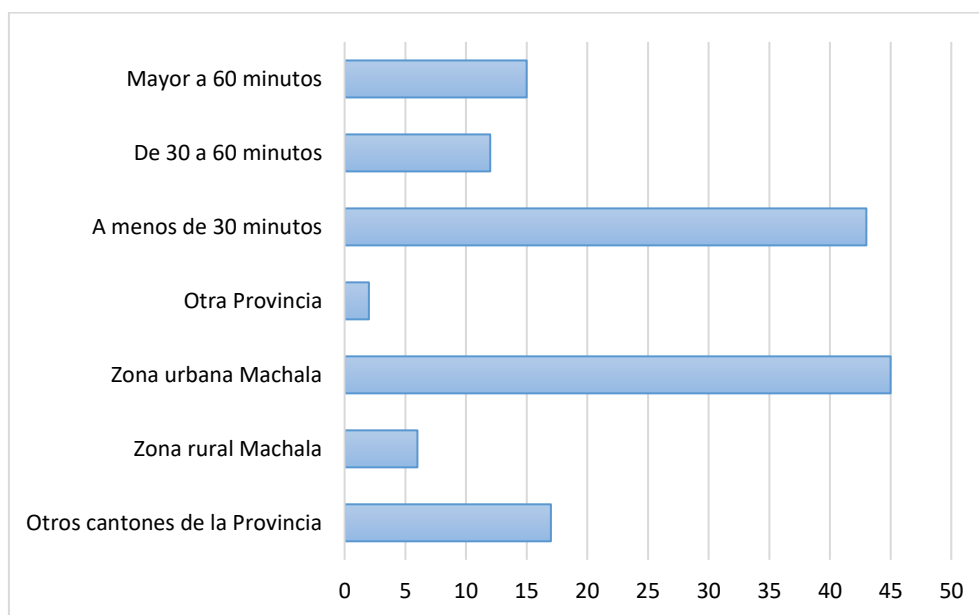


Figura 15: Vivienda y tiempo en auto de los pacientes en relación a la unidad de hemodiálisis 2022

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

La unidad de diálisis de estudio se encuentra ubicada en la parte céntrica de la ciudad de Machala y los pacientes deben movilizarse desde los diferentes barrios de la ciudad para acceder al tratamiento. El estar cerca de la unidad de hemodiálisis es beneficioso debido a que disminuye los gastos de transporte y en caso de una complicación se facilita acudir rápidamente a la institución para poder recibir atención oportuna. Como podemos apreciar en la figura 15, solo 6 de cada 10 pacientes son procedentes de Machala, los otros 4 pertenecen a otros cantones de la provincia e incluso existen pacientes de otras provincias que día a día se movilizan hasta la institución para recibir oportunamente el tratamiento. Al ser la mayor parte de los pacientes de la zona urbana del cantón Machala, el tiempo que les toma en llegar a la unidad de hemodiálisis es menor a 30 minutos, pero al 27% de pacientes les toma un tiempo > 30 minutos.

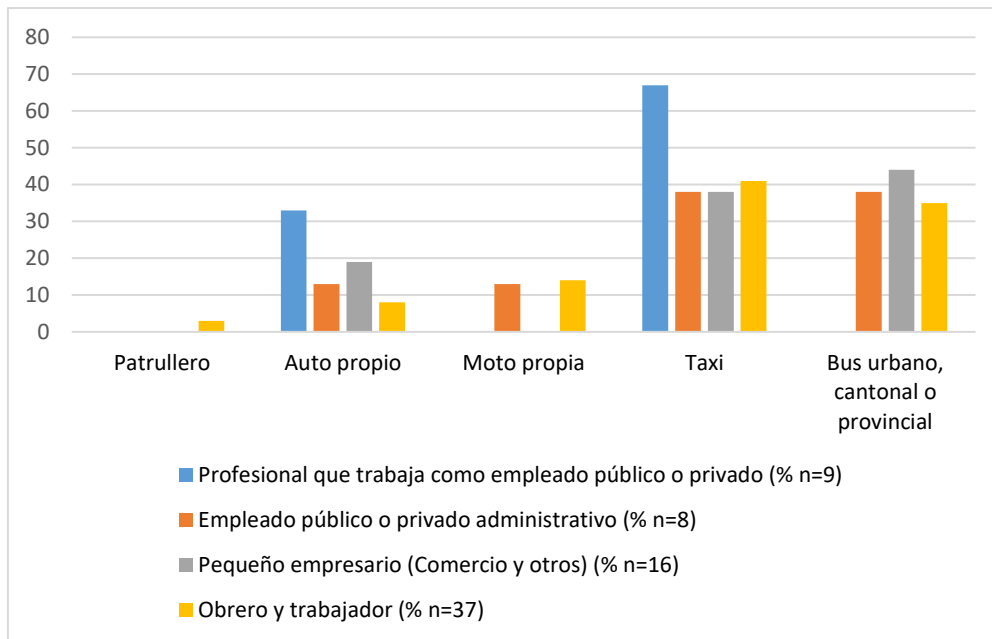


Figura 16: Transporte en el que se moviliza paciente para acudir a sus terapias dialíticas por clase social 2022

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022.

Elaboración: propia

Para acudir al tratamiento dialítico existen distintos medios de transporte, pero el tipo de transporte que se utiliza depende del barrio donde el paciente vive y de la condición económica de la familia. El tratamiento requiere asistir tres veces por semana por lo que la familia asume este costo de transporte que muchas veces desequilibra su economía. En la figura 16 se realiza el cruce de variables entre clase social y el tipo de transporte que utiliza para acudir a las terapias, se evidencia que el 33% de la clase profesional acuden en auto propio y el 67% cuentan con los recursos económicos para acceder al transporte privado, a diferencia de las otras clases, que, a pesar de que la condición de salud se deteriora por la enfermedad y el tratamiento, deben utilizar como medio de transporte el bus urbano, cantonal y provincial. En la población de estudio se cuenta con un PPL, que pertenece a la clase obrera y trabajadora y es el centro de rehabilitación social el que coordina su transporte en patrullero para asegurar que reciba su tratamiento renal.

Tabla 8
Ubicación de la vivienda y distancia de contaminantes domiciliarias por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesional que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Ubicación de la vivienda cerca a bananeras	22	13	19	24
Ubicación de la vivienda cerca a cacaoteras	-	13	6	11
Ubicación de la vivienda cerca de concesiones acuícolas	22	13	-	11
A menos de 100 m	11	25	19	14
Entre 100 y 500 m	11	-	-	14
A más de 500 m	22	-	-	8

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

En la tabla 8, al analizar las clases sociales y las exposiciones domiciliarias se observa que un 24 % de la clase obrera y trabajadora está cerca de las bananeras, mientras que el 22% de la clase profesional está ubicada cerca a camaroneras y bananeras. Es decir, la población de estudio vive expuesta a ambientes no favorables para la salud generados por las empresas extractivistas que exponen frecuentemente a las personas a fumigaciones aéreas, agua contaminada por los residuos de actividades mineras y camaroneras, y a procesos críticos destructores de sus estilos de vida.

Tabla 9
Antecedente de exposiciones laborales por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Exposiciones laborales	Masculino (% n=39)	Femenino (% n=31)
Exposición a químicos	28	10
Exposición a temperaturas extremas **	59	23
Exposición a hidratación inadecuada	21	6
Exposición a consumos de agua contaminada	18	0
Exposición a jornadas laborales y horarios extenuantes	21	13
Ninguna	36	71
1-2 Leve exposición	38	23

3-4 Moderada exposición	23	0
5-7 Alta exposición	3	6

** $p < 0.01$ chi2 de diferencia de proporciones en las exposiciones a temperaturas extremas
Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Las exposiciones insanas se dan debido porque las industrias invierten cada vez más en nuevas tecnologías que les permitan incrementar su producción y aumentar sus ganancias, sin importar el riesgo en la salud de sus trabajadores, comunidades cercanas y población en general. Estas inversiones, sumadas a la falta de control y regulación del estado, así las empresas merman los derechos a sus trabajadores, hacen que se genere ambientes no favorables para la salud, como se analiza en la matriz de procesos críticos. Algo que la población no puede evitar, ya que necesitan un lugar para trabajar y poder llevar el sustento diario para su hogar, y debido a esto se exponen a procesos malsanos. En la investigación, se indagó sobre las principales exposiciones laborales por género y se encontró que hombres y mujeres realizan actividades laborales expuestos a químicos debido a que realizan trabajos sin equipos de protección personal, hidratación inadecuada y consumo de agua contaminada, ya que en sus trabajos no contaban con espacios de hidratación y por la sobrecarga de trabajo, debían tomar el agua de los ríos o los tanques que no era agua potable. Así también, están expuestos a amplias jornadas laborales y horarios extenuantes sin recibir a cambio la remuneración adecuada. En lo referente a exposición a temperaturas extremas, en mayor proporción estuvieron expuestos los hombres, se encontró diferencias significativas (** $p < 0.01$), esto se debe a que los hombres realizan los trabajos en el campo, mientras que las mujeres realizaban las actividades domésticas, lo que evidencia nuevamente las actividades laborales segregadas por el género.

3.2.7 Principales cambios en la vida del paciente

Desde el inicio del diagnóstico de IRC, la situación laboral, familiar, social y económica del paciente se ve afectada, por el tiempo en días y horas que requiere para cumplir con su tratamiento. Cuando una persona que era el sustento de su hogar enferma, todo su círculo social, incluida su familia y su propia vida, van a sufrir modificaciones. Sobre todo, porque el tratamiento con hemodiálisis genera múltiples gastos que se dividen en: costos directos (medicación e insumos) y costos indirectos (transporte, alimentación, cuidado personal, otras comorbilidades), que son una gran carga económica para el

paciente y su familia, condicionado por su status socioeconómico e impiden su progreso y acceso a una vida digna.

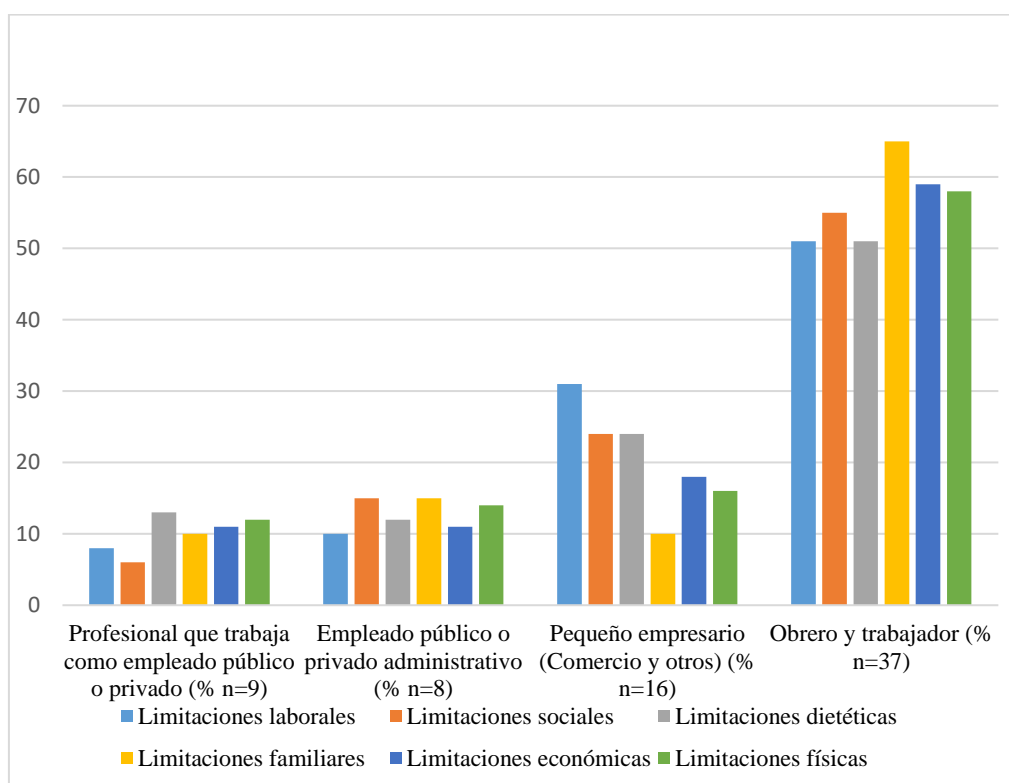


Figura 17: Afecciones en los pacientes por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Con la información detallada en la figura 17, se puede corroborar que los procesos insanos están condicionados por la clase social a la que el paciente pertenece, ya que las limitaciones a las que se enfrentan > 50% de pacientes son laborales, sociales, dietéticas, familiares, económicas y físicas que condicionan toda su vida, lo cual no sucede en otras clases sociales, que, con más capacidad económica, pueden solventar estas complicaciones de otras formas.

Tabla 10
Limitaciones en la vida de los/las pacientes por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Principales limitaciones	Masculino (% n=39)	Femenino (% n=31)
Limitaciones laborales	62	48
Limitaciones sociales	49	45
Limitaciones dietéticas	97	97

Limitaciones familiares	26	32
Limitaciones físicas	49	77
Limitaciones económicas	82	94
1-2 Levemente afectado	21	6
>2 Altamente afectado	79	94

*p < 0.05 chi2 de diferencia de proporciones en las limitaciones físicas

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

En la tabla 10, se compara las principales limitaciones en la vida diaria tanto en hombres como en mujeres y la mayor parte de pacientes presentan más de dos limitaciones que afectan las actividades diarias, en donde se resalta que las mujeres (p < 0.05) presentan mayor grado de afectación física.

Tabla 11
Afecciones familiares por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesion al que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrati vo (% n=8)	Pequeño empresar io (Comerci o y otros) (% n=16)	Obrero y trabajad or (% n=37)
Principales limitaciones en los familiares laborales	67	50	44	57
Principales limitaciones en los familiares económicas	67	50	56	54
Principales limitaciones en los familiares sociales	67	50	31	51
Repercusiones familiares	56	63	44	46
Afección emocionalmente y psicológicamente	22	63	13	30

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Considerando que el tratamiento con hemodiálisis requiere asistencia permanente a centros de diálisis, dependencia de otra persona para los cuidados y, sobre todo, tener

solvencia económica para cubrir los gastos directos e indirectos del tratamiento, la familia o personas cercanas que acompañan constituyen un papel muy importante e indispensable para el tratamiento, pero esto también trae para esas personas varias secuelas como se evidencia en la tabla 11. El hacerse cargo de una persona con IRC también modifica la vida de esa persona que acompaña de diversas formas: en lo económico, debe asumir todos los gastos del tratamiento; en lo social, tiene que dejar sus actividades para acompañar al paciente a sus tratamientos; en el ámbito familiar, descuidan su propio hogar porque la persona con IRC requiere de mayores atenciones y cuidados cotidianos; y, en lo psicológico, ver al paciente sufrir, repercute en su salud mental.

4. Perfil de la salud individual.

Para poder identificar un perfil de la salud individual en los pacientes, es necesario conocer el desarrollo de su vida al iniciar la terapia renal, es decir cómo se organiza este colectivo para cumplir con su régimen alimenticio, medicamentoso, personal y terapéutico porque “cada individuo desarrolla sus propios estilos de vida y es ahí donde se pueden desencadenar los procesos protectores o destructivos para la salud de las personas.” (Breilh, 2010, 92)

Tabla 12
Afecciones en la salud por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

Afecciones	Profesion al que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Afecciones psicológicas	89	100	94	100
Afecciones sentidos (Vista- Oído)	78	25	56	62
Afecciones cardiovasculares (HTA)	22	75	31	32
Afecciones nutricionales (anemia, desnutrición)	11	75	44	46
Afecciones de la movilidad	56	13	25	41

1 afección leve	22	0	6	8
2-3 Moderadamente afectada	67	88	81	68
4-5 Altamente afectado	11	13	13	24

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Este perfil se encuentra condicionado por la posición socioeconómica a la que el paciente pertenece, como se puede apreciar en los resultados, 4 de cada 10 pacientes de clase de empleados, pequeños empresarios y la clase obrera y trabajadora presentan afecciones nutricionales (anemia y desnutrición), por no contar con solvencia económica para cumplir con el régimen dietético estricto, ni adquirir los suplementos vitamínicos para evitar esta complicación. Evidencia en la tabla 12, que en la clase de profesionales 1 de cada 10 pacientes presenta afecciones nutricionales y de manera general, gran proporción de los pacientes presentan afecciones psicológicas, cardiovasculares, nutricionales, de la movilidad y en los sentidos.

4.1 Antecedentes de hábitos malsanos en los pacientes con IRC

En la población de estudio, se evidenció que sus hábitos se encuentran condicionados por una mayor ingesta de sodio, bebidas azucaradas y alimentos con fósforo, consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo, que pudieron contribuir a que se ocasione el daño renal. Hoy en día, para los habitantes, resulta más barato comprar alimentos no saludables, fabricados artificialmente, ya que la comida sana tiene un costo más elevado y para la población que tiene limitados recursos en el hogar, es más atractivo comprar lo barato para sobrevivir, aunque a futuro esto traiga consecuencias para la salud. Además, los barrios en los que habitan los pacientes, se encuentran rodeados de licoreras, sitios de comida chátara, centros comerciales, lugares que no contribuyen a su seguridad alimentaria. En las zonas rurales, hay espacios donde las familias aún mantienen la costumbre de cultivar sus alimentos sin productos químicos, pero las actividades extractivistas de la provincia contaminan sus cultivos, por lo que terminan ingiriendo productos tóxicos que perjudican en su salud.

Tabla 13

Hábitos malsanos por género en los pacientes con IRC, Machala 2022

Hábitos	Masculino (% n=39)	Femenino (% n=31)
---------	-----------------------	----------------------

Alcoholismo ***	56	10
Tabaquismo **	21	-
Nunca	44	90
Muy frecuente y frecuentemente	28	-
Ocasionalmente	28	10

*** $p < 0.001$ chi2 de diferencia de proporciones en hábitos alcoholismo

** $p < 0.01$ chi2 de diferencia de proporciones en hábitos tabaquismo

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Los hábitos pueden ser buenos o perjudiciales para la salud de la población, en los pacientes con IRC, en la tabla 13, se analiza el comportamiento de los hábitos nocivos que mantenían en su vida como el alcoholismo y tabaquismo en los hombres y mujeres, encontrándose diferencias significativas (***) $p < 0.001$ de proporciones en hábitos alcoholismo, (** $p < 0.01$) de proporciones en hábitos tabaquismo en el género masculino a diferencia del femenino. Se analizó otros hábitos de consumo (drogas o consumos de AINES), pero ninguno se identificó con estos hábitos. Entender que estos pacientes desarrollaron su vida en condiciones no favorables para la salud, bajos niveles de escolaridad y se expusieron frecuentemente a ambientes laborales malsanos, permite entender de formas más amplias el porqué de sus enfermedades y las dificultades cotidianas a las que se enfrentan para sus tratamientos. En la tabla 14, se analiza como los hábitos están influenciados por las clases sociales.

Tabla 14
Hábitos malsanos por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesion al que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativ o (% n=8)	Pequeño empresari o (Comerci o y otros) (% n=16)	Obrero y trabajado r (% n=37)
Tabaquismo	13	25	0	63
Alcoholismo	12	20	32	36

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

4.2 Antecedentes afecciones en salud

De nuestros padres heredamos los genes que son los que nos dan rasgos de personalidad y biológicos que aumentan los riesgos de padecer enfermedades, pero no son un factor decisivo para padecerlas. Al contrario, este estudio demuestra que más que un rasgo biológico, los procesos de salud-enfermedad dependen de los modos y estilos de vida de las personas que se ven influenciados por el sistema capitalista, quien es el responsable, además, de introducir enfermedades en los cuerpos por todos los hábitos malsanos que generan enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas la diabetes, IRC, hipertensión arterial, obesidad e incluso el cáncer, como consecuencias directas y que terminan siendo desastrosas para las personas, familias y para los sistemas de salud que no tienen la capacidad para atender la demanda de pacientes que cada vez aumenta.

Tabla 15
Antecedentes personales de salud por clase social en los pacientes con IRC, Machala 2022

	Profesional que trabaja como empleado público o privado (% n=9)	Empleado público o privado administrativo (% n=8)	Pequeño empresario (Comercio y otros) (% n=16)	Obrero y trabajador (% n=37)
Hipertensión arterial	18	9	18	55
Diabetes mellitus tipo II	9	12	27	52
Obesidad	7	20	20	53
Antecedentes familiares de afecciones renales	4	8	21	67

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Los antecedentes de afecciones personales representan un rol importante en el desenlace de las enfermedades renales, al igual que los antecedentes familiares de afecciones renales. Las desigualdades en salud permiten que quien padece una afección crónica no acceda a los controles periódicos y al no contar con recursos, no puede asegurar su tratamiento, solo cuando el cuadro llega a etapas críticas, la persona acude a un centro sanitario. Tanto en hombres como en mujeres presentaba, en la tabla 15 indica como el nivel de afección por clases sociales en muy marcado en hipertensión, diabetes mellitus,

obesidad, y en relación a los antecedentes de afecciones renales esta se presenta en más del 50% de los antecedentes familiares de la clase obrera y trabajadora, mientras que en la clase de profesionales se presenta en menos del 20%.

5. Procesos críticos identificados

Para la construcción de la matriz de procesos críticos en base a los dominios de la determinación social: general, particular e individual, se detallan los procesos a los que diariamente se enfrentan los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, se espera que esta matriz sirva como guía de futuros análisis y para la elaboración de políticas en beneficio de este colectivo.

La matriz de procesos críticos que se muestra en el (anexo 8) se la construyó con los procesos identificados en la dimensión general, que se asocia principalmente al modelo extractivista de la Provincia y a la estructura del estado que, en lo relacionado a la salud, promueve el modelo médico hegemónico para dar respuesta a los pacientes que requieren hemodiálisis.

En la dimensión particular, el modelo hegemónico desencadena procesos protectores y destructivos para este colectivo, que se enlistan por: trabajo, consumo, vivienda, transporte, acceso a los servicios de salud, costos que se generan del tratamiento, conocimiento y consciencia, soportes colectivos, metabolismo sociedad-naturaleza, exposiciones ambientales que generan vulnerabilidades y presenten mayores limitaciones en función de las clases sociales. Finalmente, llegamos a las expresiones de fenotipo y genotipo que están subsumidos a los modos de vida y a todo el modelo descrito en esta matriz.

6. Lineamientos para la construcción de plan de acción institucional en base a los procesos críticos identificados.

Con el desarrollo de esta investigación se evidencian procesos protectores y destructivos que se presentan en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, en las tres dimensiones de la reproducción social, que afectan de manera directa al colectivo que recibe el tratamiento con hemodiálisis en la institución.

Es necesario analizar a profundidad estos procesos que se identificaron desde la corriente epidemiología crítica, donde se analiza los modos de vida y la inserción social de la población de estudio, dentro de la que se identificaron principalmente 4 clases sociales: obrera y trabajador, pequeño empresario (Comercio y otros) y clase profesional que trabaja como empleado público o privado. En la figura 18, se detallan los principales procesos críticos a los que los pacientes se enfrentan en la institución.



Figura 18: Recopilación de los procesos críticos institucionales

Fuente: Encuesta epidemiológica de modos y estilos de vida en pacientes con IRC, Machala 2022

Elaboración: propia

Tomando como base el estudio realizado desde el enfoque de la corriente crítica, se debería elaborar un plan de acción que consideren los procesos críticos identificados en la matriz y principalmente en la recopilación de los encontrados en la institución que se muestran en la figura 18. Los procesos que el modelo médico hegemónico desconoce, repercuten de manera directa en los pacientes, por lo que es necesario que las estrategias que se desarrollen, permitan mejorar la atención en la unidad de hemodiálisis, y beneficien al individuo, familia y sociedad en general.

Además, se propone a la institución realizar investigaciones desde el enfoque de la determinación social de la salud, para recopilar datos importantes sobre la distribución de la afección en la provincia. Para esto, se llevaría un formulario de registro por cada paciente y así a futuro se podría realizar publicaciones que permitan mejorar las políticas públicas.

6.1 Lineamientos para la elaboración del plan de acción de los pacientes del área de hemodiálisis

1. Promover la conformación de un equipo de mejoramiento de calidad mediante un equipo multidisciplinario:
Dirección asistencial o su delegado.
Médico especialista en nefrología.
Responsable de enfermería del área de diálisis.
Analista de gestión de calidad.
Representante de los pacientes y familiares en terapia dialítica.
Representante de trabajo social.
Profesional en psicología clínica.
Maestrante de epidemiología y salud colectiva UASB.
2. Con los resultados de la investigación es fundamental que se inicie un plan de acción e intervención encaminado a mejorar y corregir los procesos críticos identificados, cuyo resultado final oriente a su reducción o eliminación y se mejore la calidad de atención.
3. El equipo de mejora debería estar en la capacidad de elaborar, documentar, reportar, analizar de forma sistemática los ciclos de mejora, para así sugerirlos a la máxima autoridad institucional, profesionales del área, población de estudio y familiares.
4. Una vez entregado el informe final de la investigación, se elaborará el plan de mejora de manera paulatina porque así se puede plantear estrategias considerando los procesos críticos identificados.
5. El equipo de mejora debe revisar y analizar la posibilidad de implementar la ficha de nuevo ingreso y registro de paciente al área de hemodiálisis. Que se describe en la tabla 16.

Esta devolución de la información sirve en beneficio de los pacientes, su entorno familiar y social, así como también beneficia a la institución al momento de planificar y elaborar políticas posteriores.

6.2 Recomendaciones

En base a los resultados socializados, en la institución se inicia con la elaboración de un plan de acción de mejora que promueva acciones coordinadas y estratégicas encaminadas al fortalecimiento de la capacidad resolutoria del área y calidad de atención.

En la elaboración de un plan de acción se presentan una serie de limitaciones principalmente asociadas a que el enfoque de salud causalista no vislumbra los procesos críticos institucionales a los que los pacientes se enfrentan, sin embargo, hay procesos críticos estructurales que no pueden ser modificados, pero deben ser visibilizados y tomados en cuenta para sugerencias de mayor alcance y estos se van a modificar en función de que la institución este en la posibilidad de hacerlo. Así también debe existir mayores debates sobre las implicaciones de los procesos críticos institucionales y como estos repercuten en los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, para así evidenciar que se requiere una mayor reforma del sistema de salud y para que las inequidades de clase no condicionen el acceso a los servicios de salud.

Se debe considerar el fortalecimiento de los procesos protectores del nivel particular, el área cuenta con profesionales capacitados, pero se debería garantizar la formación y actualización continua de los profesionales de dicha área. El compromiso por la salud del equipo operativo del área de hemodiálisis, hace que todos los pacientes reciban su tratamiento, pero se debe considerar que la sobrecarga de trabajo al personal puede afectar de manera negativa en su condición de salud, es necesario invertir en cuidar al equipo operativo de esta área, así como también invertir en las mejoras del área para garantizar acceso oportuno y atención de calidad.

Para finalizar, se recomienda que se desarrollen más investigaciones en los centros de diálisis de todo el país, públicos y privados, con el enfoque de la epidemiología crítica. De esta manera, se mejoraría la perspectiva que se tiene del proceso de salud en torno a la insuficiencia renal crónica con la ayuda de la determinación social de la salud, que permitiría dar una orientación a nivel zonal y gubernamental para generar mejoras integrales en las políticas públicas sanitarias, y que, en ellas, se consideren los procesos generados en el dominio general, particular e individual de los pacientes.

Tabla 16

Ficha de registro de paciente de nuevo ingreso al área de hemodiálisis

FICHA DE REGISTRO DE PACIENTE DE NUEVO INGRESO AL ÁREA DE HEMODIÁLISIS																																
Edad					Género																											
Ubicación por GPS de domicilio.																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Y</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											X											Y										
X																																
Y																																
1. Nivel de escolaridad 1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Secundaria incompleta 4. Superior					2. Antecedentes patológicos 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes mellitus tipo 3. Obesidad 4. Otra.....			3. Hábitos nocivos 1. Alcohol 2. Tabaco																								
4. Ubicación de la vivienda cerca de contaminantes ambientales. 1. Plantaciones de banano 2. Plantaciones de cacao 3. Concesiones mineras 4. Concesiones acuícolas (camaroneras) 5. Otras.....					5. Acceso a los servicios básicos 1. Agua 1= SI 0 =NO 2. Luz 3. Alcantarillado 4. Teléfono 5. Internet																											
6. Agua de consumo domestico 1. Hervida 2. Grifo 3. Embotellada					7. Principal fuente de abastecimiento de alimentos. 1. Supermercados 2. Mercado popular 3. Tienda de barrio																											
8. Actividad laboral realizaba anteriormente . Actividades mineras 2. Actividades bananeras o cacaoteras 3. Actividades en camaroneras 4. Quehacer doméstico 5. Otra.....					9. Exposiciones laborales 1. Alta exposición a químicos 2. Productos residuos de la minería 3. Temperaturas extremas 4. Hidratación inadecuada 5. Consumos de agua contaminada 6. Jornadas laborales y horarios extenuantes 7. Acceso a seguro social.																											
10. Situación laboral Actual. 1. Empleado 2. Desempleado					11. N° de personas que aportan económicamente en el hogar																											
12. Rango de ingresos mensuales en el hogar 1. Menos de \$425 2. \$ 425 3. \$ 425 y 850 4. \$ Más de 850 5. No tiene ingresos					13. Gasto aproximado al mes en la mantención de un paciente en tratamiento en hemodiálisis																											
14. Apoyo por parte de la empresa donde realizaba sus actividades laborales 1. Le facilitarlos permisos para que continúe con el tratamiento 2. Lo obligaron a renunciar 3. Lo despidieron injustificadamente 0. Trabajaba de manera independiente o no tenía ningún trabajo					15. Educación por parte de institución en lo referente autocuidado, tratamiento y controles. 1. Si 2. No																											

Capítulo cuarto

Discusión y conclusiones

Discusión

Es importante destacar que los datos que nos proporciona la epidemiología clásica nos sirven como complemento para el estudio, pero al realizar el proceso de investigación bajo el enfoque de la epidemiología crítica, con una de sus categorías principales: la determinación social de salud, permite evidenciar que existen procesos críticos a los que a diario se enfrentan los pacientes renales y que repercuten sobre la condición de su salud. El análisis crítico de los procesos malsanos del dominio general, particular e individual, permite comprender cómo se generan las condiciones de los modos y estilos de vida y cómo repercuten en la salud de las personas.

Existen numerosos estudios de incidencia y prevalencia de la IRC, pero pocos ofrecen un abordaje crítico que busque superar la corriente del unicasalismo. Un estudio realizado en Guatemala de la determinación social de la IRC de causas no tradicionales (Cerón 2020), analiza los factores de riesgo de la IRC en relación con los patrones laborales y el ambiente. Dicha investigación, sugiere una causa multifactorial que involucra las constantes exposiciones a ambientes contaminantes, agroquímicos, y deshidratación. Por lo que, se determina la importancia que tiene comprender los procesos críticos de la población para que se desarrollen programas de salud pública, ya que esta afección se está convirtiendo en una epidemia devastadora.

Díaz y otros investigadores (2018) realizaron un estudio del comportamiento epidemiológico de la enfermedad renal crónica terminal en Ecuador y encontraron que esta patología afecta con mayor predominio en las personas con bajos niveles de instrucción y de escasos recursos económicos. Además, mencionan que la clase social a la que pertenece es el marcador más importante para la salud. Porque es el que garantiza el oportuno diagnóstico y una continuidad del tratamiento de las enfermedades crónicas como: obesidad, diabetes, hipertensión y la IRC. Así como también muestra los datos de que la IRC se presenta con mayor incidencia en los sectores socialmente más desfavorecidos, tal como lo identificó el presente estudio, solo un 6% de los pacientes con IRC cuenta con nivel de escolaridad superior, 2 de cada 10 pacientes con secundaria completa y el 71% de ellos con escolaridad incompleta. En relación a la clase social >

50% de la población de estudio pertenece a la clase obrera y trabajadora, y perciben ingresos inferiores a un salario básico.

La IRC no distingue género, etnia, edad o estado civil, pero si está condicionada por las inequidades de clase y es así que esta repercute en los modos de vida de quien la padece, debido a que; les impide continuar con sus actividades laborales, desencadena múltiples patologías adicionales, aumenta los gastos de bolsillo y se requiere constante ayuda en los cuidados personales, menoscaba por completo las posibilidades de esa persona a tener una vida digna. Esto, sumado a los altos costos generados por el tratamiento y el déficit de insumos y medicamentos en las instituciones, desencadena una serie de procesos malsanos en los modos de vida de la población que no se consideran al momento de brindar la atención.

La investigación, por su naturaleza crítica sobre los procesos que determinan socialmente la IRC; permite aproximaciones complejas y multidimensionales para comprender la realidad de los modos y estilos de vida de hombres y mujeres en tratamiento con hemodiálisis. El comprender las luchas diarias de las familias por mantener con vida a su pariente con IRC, requiere una mirada ampliada sobre cómo esta afección genera múltiples limitaciones en la vida personal y familiar por el tiempo, costo, desgaste emocional y físico que demanda el tratamiento. El experimentar cómo las condiciones de salud de las personas con IRC día a día se deterioran, impide que estas personas continúen con sus actividades cotidianas; haciendo que pasen a ser totalmente dependientes de familiares e incluso de amigos y vecinos. Todo el proceso genera desgaste y conflictos en diversos aspectos. Este ámbito de la realidad del paciente con IRC no es tomado en cuenta por las instituciones; más aún los procesos que se generan dentro de ellas causan conflictos al paciente y sus familiares. Las políticas en salud no son del todo favorables para las personas con enfermedades crónicas porque no toman en cuenta sus condiciones sociales y es por esto que, resulta importante realizar más investigaciones con un abordaje crítico, para así poder entender de forma global a la IRC, a quienes la padecen y al contexto que les rodea para poder ofrecer tratamientos y servicios integrales.

Conclusiones

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de abrir nuevos campos de investigación con el enfoque de la determinación social para transformar la salud individual y colectiva. En los pacientes con IRC se evidenció que los procesos de reproducción social a los cuales están expuestos desencadenan escenarios deteriorantes socialmente determinados. Conocer las características de los modos y estilos de vida de estos individuos, familias y colectivos muestra que los procesos históricos, sociales, económicos, políticos e institucionales generados en la dimensión general (modelo económico), repercuten directamente sobre la dimensión particular (población e instituciones de atención, promoción y prevención de la salud) y sobre la dimensión individual. Es decir, el proceso salud-enfermedad está condicionado por el lugar, territorio, sociedad o cultura donde se desarrolla la vida; ya que las actividades que se desarrollan en estos territorios, son determinadas socialmente e influyen en las características del devenir, o de la recuperación o agravamiento de la enfermedad.

Los grupos sociales identificados en el estudio ponen en evidencia que las inequidades de clase condicionan los modos de vivir, enfermar y morir de la población y es que como evidenciamos en el estudio que la mayor parte de afecciones se presentan en la población de la clase obrera y trabajadora que cuentan con niveles de escolaridad bajo, debido a que abandonaron las escuelas para insertarse en trabajos que no les ofrecen las garantías laborales para el cuidado de su salud; son mal remunerados y una vez que contraen una afección como es la IRC, se enfrentan a despidos injustificados por lo que se ven obligados a vivir en condiciones de extrema pobreza. A esto se suma los procesos malsanos que se generan en las instituciones (generalmente públicas) principalmente por el déficit de insumos, medicamentos y los pocos recursos con los que cuentan las familias para solventar los costos del tratamiento, alimentación, educación, transporte, cuidado personal, otras patologías y exámenes de laboratorio, que repercuten en la continuidad del tratamiento.

Las inequidades y la alta vulnerabilidad de la clase obrera y trabajadora de este estudio; muestran de qué manera las condiciones de acceso al tratamiento, calidad de los cuidados, medicamentos, alimentos y terapias, están determinadas socialmente. Son también evidentes las limitaciones al acceso al servicio de hemodiálisis, así como la mayor presencia de más afecciones concomitantes que se presentan en estos pacientes.

Los modos y estilos de vida de estos colectivos están subsumidos al modelo capitalista extractivista propio de la provincia de El Oro y de otras provincias de la región Sur.

El lugar donde se desarrollan los modos y estilos de vida de la población se ven influenciados por las inequidades de clase y es que los hábitos malsanos: alcoholismo y tabaquismo, antecedentes de salud: diabetes, hipertensión, obesidad y los antecedentes familiares de afecciones renales, son más prevalentes en las personas de clase obrera y trabajadora por lo que influyen en la condición de salud del paciente con IRC. Muchos de estos procesos, fueron desencadenados por no contar con medidas adecuadas que promuevan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en el territorio.

Al ampliar la visión del proceso salud-enfermedad desde el enfoque de la epidemiología crítica y de la determinación social, se puede evidenciar el verdadero contexto de los modos de vida de quienes actualmente reciben tratamiento con hemodiálisis y es que con las herramientas de la epidemiología crítica y salud colectiva es posible desarrollar participativamente una propuesta de mejora o cambios en las políticas institucionales que permitan brindar una atención integral.

Obras citadas

- Allan Künzle, Luis. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Informe de Investigación, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8086>.
- Breilh, Jaime. 1990. “La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque”. En *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*, 1. ed, 23–34. Biblioteca de ciencias sociales 28. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- . 2010a. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud.” En *Determinação social da saúde e reforma sanitária.*, 88–125. Coleção Pensar em saúde. Rio de Janeiro, Brasil: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. <http://hdl.handle.net/10644/3412>.
- . 2010b. “La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano”. *Salud Colectiva* 6 (1): 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>.
- . 2011. “Aceleración agroindustrial: Peligros de la nueva ruralidad del capital”. En *¿Agroindustria y soberanía alimentaria? hacia una ley de agroindustria y empleo agrícola*, editado por Frank Brassel y Alex Zapatta, SIPAE, 171–90. Quito, Ecuador: Sistema de Investigación sobre la Problemática Agraria en el Ecuador. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/sipae/20170627051014/pdf_427.pdf.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31: 1–45.
- . 2015. “Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18: 972–82.
- . 2017. “INSOC (Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: fundamentos teóricos y explicativos)”. *Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, Certificado N. QUI-052530*, n° 002301–2017: 22.
- . 2019. *Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas*. Quito, Ecuador: Taller Gráfico.
- Breilh, Jaime, y Alex Zapatta. 2007. “Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad .” En *Dialogo intercultural e intercientifico: para el fortalecimiento de las ciencias de los pueblos indigenas orginarios*, editado por Freddy Delgado y César Escobár, 155–68. Cosmovisión y Ciencias 2. Leusden, Holanda: Agrjco - Compass.
- Burgo Bencomo, Odalys Bárbara. 2022. “Planificación del desarrollo provincia el oro y cantón Machala: examen crítico desde la dimensión cultural”. *Conrado* 18 (85): 345–54.
- Cerón, Alejandro. 2020. “La determinación social de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales (ERCnT) en Guatemala”. *Ciencia, Tecnología y Salud* 7 (1): 94–103.
- Díaz Armas, María Teresa, Berlis Gómez Leyva, María Paulina Robalino Valdivieso, y Silvia Aracely Lucero Proaño. 2018. “Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador”. *Correo Científico Médico* 22 (2): 312–24.

- EC Ministerio de Agricultura y Ganadería. 2022. “Boletín Situacional Cultivo De Banano”. mayo de 2022. <https://online.fliphtml5.com/ijia/nbkc/>.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2022. “Boletín informativo: pacientes en terapia de remplazo renal en el Ecuador (Hemodiálisis y diálisis peritoneal)”. septiembre de 2022. <https://www.salud.gob.ec/boletin-mensual-de-salud-renal-ecuador/>.
- Latorre, Ángela Marcela La Rotta, y Mauricio Hernando Torres Tovar. 2017. “Explotación minera y sus impactos ambientales y en salud. El caso de Potosí en Bogotá”. *Saúde em Debate* 41 (112): 77–91. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711207>.
- Mançano Fernandes, Bernardo. 2008. “Sobre la tipología de los territorios”. Traducido por Franci Álvarez. *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*, agosto de 2008.
- Manterola, Carlos, y Tamara Otzen. 2014. “Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica”. *International Journal of Morphology* 32 (2): 634–45.
- Menéndez, Eduardo L. 2018. *Poder, estratificación social y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1981. Vol. 13. Antropología médica 15. Tarragona: Casa Chata.
- Molina Guzmán, Adriano. 2019. “Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador”. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, nº 63 (enero): 185–205. <https://doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>.
- Niño Rojas, Víctor Miguel. 2011. *Metodología de la investigación: diseño y ejecución*. Bogotá: Ediciones de la U. <http://site.ebrary.com/id/10559875>.
- OMS. 2015. “OPS/OMS | La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento”. *Pan American Health Organization / World Health Organization*, 9 de marzo de 2015. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es.
- Soliz Torres, María Fernanda. 2014. “Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013”. Tesis Doctoral, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Área de Salud. <http://hdl.handle.net/10644/3986>.
- Treviño Becerra, Alejandro. 2004. “Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria”. *Cir Ciruj* 72 (1): 3–4.
- Zamora Acosta, Giannina Elizabeth. 2022. “El espacio socialmente producido y el espacio en la determinación social de la salud: agroindustria bananera 1948-2018; Costa sur”. Tesis Doctoral, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/8691>.

Anexos

Anexo 1: Formulario encuesta epidemiológica de los modos de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis

1



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

Modos de vida de pacientes en hemodiálisis por Insuficiencia renal crónica. Una mirada desde la determinación social

FECHA..... CI..... HCL.....

Ubicación por GPS de domicilio.

X									
Y									

Señale el parentesco con el paciente que recibe hemodiálisis

1. Cónyuge
2. Hijo(a)
3. Nuera/yerno
4. Padre
5. Madre
6. Usted mismo
7. Hermano
8. Cuñado(a)
9. Otro familiar
10. Vecino o amigo no pariente

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. Género	1. Masculino 2. Femenino	2. Etnia	1. Mestizo 2. Indígena 3. Montubio 4. Afroecuatoriano 5. Blanco
3. Estado civil:	1. Unido. 2. Soltero 3. Casado	4. Viudo 5. Separado 6. Divorciada	
4. Edad en años:	1. 18-40 (Adulto joven) 2. 41-64 (Adulto) 3. 65 y mas (Adulto mayor)		
5. Nivel de escolaridad	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta	5. Secundaria completa 6. Superior	
TERRITORIO			
6A. ¿Ubicación de la vivienda en relación a la unidad de hemodiálisis y su trayecto en auto?	1. Otros cantones de la Provincia 2. Zona rural Machala 3. Zona urbana Machala	6B. Tiempo en auto hasta la unidad	

2

	4. Otra Provincia	1. A menos de 30 minutos 2. De 30 a 60 minutos 3. Mayor a 60 minutos
7. ¿Su vivienda está ubicada cerca a fuentes contaminantes ambientales? Marque todas las que corresponda	7A..1 Plantaciones de banano 7A.2. Plantaciones de cacao 7.A3 Concesiones mineras 7.A.4 Concesiones acuícolas (camaroneras) 6. Otras.....	7B: Número de fuentes contaminantes 0= Ninguna 1= 1 Leve 2= 2-3 Moderado 3= 4 Grave
8. ¿Distancia de la vivienda de las fuentes de contaminación ambiental?	0. Ninguna 1. A menos de 100 metros 2. Entre 100 y 500 metros 3. A más de 500 metros	
MODOS DE VIDA		
9. ¿Cuántas personas del hogar contribuyen para los gastos y manutención? Marque todas las que corresponda	<input type="text"/>	
10. ¿De esas personas, cual es el/el principal responsable económico?	1. El/la paciente 2. Cónyuge o compañero 3. Familiar que vive en el mismo hogar 4. Familiar que no vive en el hogar 5. Vecina o amigos no familiares	
11. ¿Género del principal responsable económico del hogar?	1. Masculino 2. Femenino	
12. ¿A cuál de los siguientes grupos poblacionales pertenece el/la principal responsable económico?	1. Mestizo 2. Indígena 3. Montubio	4. Afroecuatoriano 5. Blanco
13. Grupo de edad de el/la principal responsable económico?	1. 18-40 (Adulto joven) 2. 41-64 (Adulto) 3. 65 y más (Adulto mayor)	
14. ¿Cuál es el nivel de escolaridad de/el principal responsable económico?	1. Ninguna 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Superior	
15. ¿La ocupación del principal responsable económico es?	1. Profesional que ejerce independiente 2. Profesional que trabajo en empresa particular 3. Profesional que trabaja en el sector público 4. Empleado de empresa particular (bachiller o sin título) (fabricas, bananeras, minas camaroneras u otra actividad productiva) en funciones administrativas o técnicas 5. Empleado de empresa pública (bachiller o sin título) labores no administrativas o técnicas	

	<p>6. Artesano (mecánico, pintor, panadero u otro grupo artesanal)</p> <p>7. Obrero (minero, operario de construcción, de taller de artesanía u otras actividades manuales)</p> <p>8. Trabajador doméstico, trabajador de limpieza, u otras ocupaciones elementales remuneradas.</p> <p>9. Vendedor ambulante, cargador, jornalero</p> <p>10. Comerciante dueño de negocio pequeño (tienda, farmacia, comercio, hotelería u otra rama)</p> <p>10. Pequeño sembrador, agricultor en parcela familiar.</p> <p>11. Administrador de su propia empresa mediana o grande.</p> <p>0 = Desocupado</p> <p>17. Jubilado</p> <p>21. Profesional que no ejerce</p>	
16. ¿El/la responsable económico es propietario/a para su actividad laboral de?	<p>1. Locales</p> <p>2. Tierra</p> <p>3. Maquinaria/equipos</p> <p>4. Herramientas</p> <p>5. Mercaderías</p> <p>6. Vehículo de trabajo</p> <p>7. Empresa o acciones</p> <p>0. Ninguno</p>	<p>Tenencia de medios de producción</p> <p>0=Ninguno</p> <p>1= Solo herramientas o equipos, mercadería</p> <p>2= Herramientas o equipos, mercadería</p> <p>Locales, maquinaria</p> <p>3= Todos los medios productivos además de la empresa o acciones.</p>
17. ¿Cuál es la tarea principal del/a responsable económico en su trabajo?	<p>1. Hace el trabajo de producción</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo de otros</p> <p>3. Solamente dirige el trabajo de otros</p> <p>4. No aplicable (fuera del proceso productivo)</p>	
18. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del/a principal responsable económico?	<p>0= Ninguna</p> <p>1. Alquiler de propiedad</p> <p>2. Sueldo como empleado administrativo en empresa privada</p> <p>3. Sueldo como administrativo en institución pública</p> <p>4. Sueldo por trabajo como obrero en empresa privada</p> <p>5. Sueldo por trabajo como obrero de producción en empresa pública</p> <p>6. Renta, intereses o utilidades por negocio o inversión de una grande empresa privada</p> <p>7. Renta o utilidades de una pequeña empresa o emprendimiento</p> <p>8. Honorarios por servicios</p> <p>9. Sueldo como empleada(o) o enfermera(o) doméstica</p> <p>10. Jornal diario o por semana por trabajo en la ciudad</p> <p>11. Jornal diario o por semana por trabajo agrícola o afines</p> <p>12. Venta ambulante o producto de su trabajo del día (reciclador, limpiador de parabrisas, cuidador de carros)</p> <p>13. Donaciones de familiares u otras personas</p> <p>14. Pensión jubilar</p> <p>15. Subsidio del gobierno</p> <p>16. Ayudas de vecinos y amigos</p>	

4

	17. Otros	
19. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar?	1. Menos de \$425 2. \$ 425 3. \$ 425 y 850	4. \$ Más de 850 5. No tiene ingresos
20. ¿El/la responsable económico del hogar cuenta con acceso a seguro de salud? Marque las que corresponda	0. Ningún seguro de salud 1. Seguro Social	
21. ¿La propiedad de su vivienda es?	1. Propio con escrituras 2. Prestada	3. Alquilada
22. ¿Con cuáles de los servicios básicos cuenta la vivienda que usted habita? Marque todas las que corresponda	22.A.1. Agua 1= SI 0 =NO 22°.2. Luz 22° . 3Alcantarillado 22° 4 Teléfono 22° 5 Internet	22.B Disponibilidad de servicios básicos. 1. Cuenta con agua, luz y alcantarillado 2. Adicional teléfono o internet.
23. ¿El agua que llega a su casa es, principalmente?	1. Agua de río 2. Agua de pozo 3. Agua potable 4. Agua de tanquero	
24. ¿El agua para consumo humano es, principalmente?	1. Hervida 2. Grifo 3. Embotellada	
25. ¿Como enfrenta diariamente el tratamiento y su rol como(esposa/o-madre/padre-trabajador)?		
26. ¿A consecuencia del tratamiento en su hogar se ha expuesto algún tipo de violencia intrafamiliar?	0=No 1=Si	
ESTILOS DE VIDA		
27. ¿Actualmente usted cuenta con un carnet de discapacidad	1. Si 0. No	
28. ¿Conoce alguna institución que les brinde apoyo a los pacientes con IRC?	1. Si 0. No	
29. ¿Actualmente esta empleado/a?	1. Si 0= No	
30. ¿Qué tipo de actividad laboral realizaba anteriormente?	1. Actividades mineras 2. Actividades bananeras o cacaoteras 3. Actividades en camaroneras 4. Quehacer doméstico 5. Actividades de jornal diario y construcción	

	6. Chofer 0. Ninguna	
31. ¿En el trabajo que usted realizaba estuvo expuesto de manera regular a? Marque todas las que corresponda.	31.A1. Alta exposición a químicos 1 SI 0 NO 31.A2 2. Productos residuos de la minería 1 SI 0 NO 31A3. Temperaturas extremas 1 SI 0 NO 31A4. Hidratación inadecuada 1 SI 0 NO 31A5. Consumos de agua contaminada 1 SI 0 NO 31A6. Jornadas laborales y horarios extenuantes 1 SI 0 NO	31B. Exposición 1. 1-2 Leve exposición 2. 3-4 Moderada exposición 3. 5-7Alta exposición 0 Ninguna
32. ¿Cuándo usted inicio el tratamiento con hemodiálisis en su trabajo?	1. Le facilitaron los permisos para que continúe con el tratamiento 2. Lo obligaron a renunciar 3. Lo despidieron injustificadamente 0. Trabajaba de manera independiente o no tenía ningún trabajo	
33. En caso de continuar con sus actividades laborales. Qué actividades realizo su institución para garantizar que continúe con su tratamiento?		
34. ¿Quién se encarga de apoyarle en sus cuidados? (Acompañamiento a la hora de recibir el tratamiento de hemodiálisis, tomar medicina, cuidado personal)?	1. Cónyuge 2. Hijo(a) 3. Nuera/yerno 4. Padre 5. Madre	6. Asiste solo 7. Hermano 8. Cuñado(a) 9. Otro familiar 10. Vecino o amigo no pariente
35. ¿Con qué tipo de acceso vascular cuenta?	1. Fístula 2. Catéter vascular central	
36. ¿El acceso vascular con el que cuenta fue proporcionado por la institución?	1. Si 0. No 36.B Costo En caso de responder NO indique el costo..... Escala	
37. ¿Qué tiempo lleva recibiendo sus terapias con hemodiálisis?	1. De 1 mes a 1 años 2. De 2año a 5 años 3. Mayor a 5 años	
38. ¿Cuántas terapias con hemodiálisis recibe a la semana y que tiempo duran estas?	1. 1-3 veces 2. 4-5 veces a la semana	
39.A ¿En qué horario recibe el tratamiento y está cómodo con este horario?	1. 7am-11am 2. 12pm-16pm 3. 17pm-21pm	39.B 1. Si 0. No 39C Por qué no esta cómodo.

		Textual
40. ¿Qué tipo de limitaciones se le han presentado a partir del diagnóstico de IRC?	40A1. Limitaciones laborales 1 SI- 0 No 40A2. Limitaciones sociales SI- NO 40A3. Limitaciones dietéticas 1 SI 0 NO 40A4. Limitaciones familiares 1 SI 0 NO 40A5. Limitaciones físicas 1 SI 0 NO 40A6. Limitaciones económicas 1 SI 0 NO	40.B Nivel de afección 0. Ninguna 1. Levemente afectado Dietéticas, sociales 2. Altamente afectado físicas, económicas, laborales, familiares
41. ¿Qué tipo de afecciones en la salud se le han presentado a partir del diagnóstico de IRC?	41.A1. Psicológicas 1 SI 0 NO 41.A 2. Sentidos (Vista- Oído) SI NO 41.A 3. Cardiovasculares (HTA) 1 SI 0 NO 41.A 4. Nutricionales (anemia, desnutrición) 1 SI 0 NO 41.A 5. Limitación de la movilidad 1 SI 0 NO	41. B N° Afecciones 1. 1 afección Levemente afectado 2. 2-3 Moderadamente afectada 3. 4-5 Altamente afectado 0 Ninguna
42. ¿Cuál es el costo de una terapia con hemodiálisis y que gastos se incluyen en estos? (Transporte, alimentos y medicamentos por terapia)	1. \$10 A 20 1. \$21 a \$30 2. \$31 a \$60 3. \$61 a \$90 4. Mayor a \$90	
43. ¿Cuánto dinero gasta en promedio al mes en la mantención de un paciente en tratamiento en hemodiálisis?	1. < 120 2. \$121 a 299 3. 300 \$	
44. ¿Qué tipo de transporte emplea generalmente para acudir a sus terapias de hemodiálisis?	0. Vehículo del estado 1. Público 2. Privado 3. Propio	44b 0= Patrullero 1.Auto propia 2. Moto propia 3. Taxi, 4. Bus urbano, cantonal o provincial
45. ¿En la institución se ha desarrollado actividades de inclusión y apoyo para los pacientes y sus familiares?	1. Si 0. No	
46. ¿Qué tipo de actividades de apoyo le gustaría que en la institución realicen, para el paciente y la familia?	1. Charlas psicologías motivacionales permanentes para el paciente y la familia 2. Charlas a los familiares de cuidados del catéter 3. Charlas permanentes a los pacientes y familiares en cuanto alimentación del paciente renal	
47. ¿En la institución en caso de que usted no acuda a una terapia de hemodiálisis le realizan algún seguimiento?	1. Si 0. No	

48A. ¿Qué hábitos nocivos usted mantenía? Marque las que corresponda	48A1. Alcohol 1 SI 0. NO 48A2. Tabaco 1 SI 0. NO	48B frecuencia de hábitos nocivos 1. Muy frecuentemente 2. Frecuentemente 3. Ocasionalmente 4. Raramente 5. Nunca
49. ¿Qué tipo de patologías presentaba antes de ser diagnosticado con insuficiencia renal crónica?	49.1. Hipertensión arterial 1. SI 0=NO 49.2. Diabetes mellitus tipo II SI NO 49.3. Obesidad 1 SI 0 NO	
50. ¿Existen antecedentes familiares de afecciones renales?	50A 1. Si 2. No 50 B 50B ¿Quién? 1. Primer grado: padres e hijos. 2. Segundo grado: abuelos, nietos y hermanos. 3. Tercer grado: tíos, sobrinos, bisabuelos y bisnietos. 4. Cuarto grado: primos hermanos y tíos abuelos.	
51. ¿Cómo familiar del paciente con IRC, ¿Qué tipo de limitaciones se han presentado en su vida?	511. Laborales 1 SI 0 NO 512. Económicas 1 SI 0 NO 513. Sociales 1 SI 0 NO 514 Repercusiones familiares 1 SI 0 NO	

Anexo 2: Guía de entrevista para el personal de salud

Guía de entrevista para el personal de salud

1. ¿Qué tipo de campañas ha implementado el Ministerio de salud pública para la prevención de enfermedades renales a nivel nacional?
2. ¿Qué políticas ha implementado el Ministerio de salud pública para asegurar la atención de los pacientes con Insuficiencia renal crónica?
3. ¿Con su experiencia, porque considera que es el alto número de pacientes con Insuficiencia renal crónica en la provincia?
4. ¿Qué pasa cuando en la institución no existe disponibilidad de cupos para el área de hemodiálisis?
5. ¿La unidad cuenta con los profesionales necesarios y capacitados para garantizar la atención de los pacientes con IRC?
6. ¿Qué tipo de recursos asigna el Hospital General Teófilo Dávila, al área de hemodiálisis?
7. ¿Las condiciones actuales del área de hemodiálisis son las adecuadas para garantizar la atención?
8. Ante la carencia de insumos y medicamentos para el tratamiento de hemodiálisis. ¿Cuáles son las medidas adoptadas por el personal de salud para asegurar el tratamiento?
9. ¿Qué tipo de seguimiento realiza la institución ante la ausencia de los pacientes a recibir su tratamiento?
10. ¿Cuáles son las recomendaciones médicas emitidas que deben cumplirse en el hogar, que contribuyen a mejorar el estado de salud del paciente?
11. ¿Cuál es el costo aproximado de una sesión de hemodiálisis?
12. ¿Como unidad ustedes cuentan con un protocolo establecido para garantizar el tratamiento de hemodiálisis?
13. ¿El área de hemodiálisis cuenta con herramientas gráficas (mapa territorial) que les permitirá identificar algún tipo de exposición que este influyendo en la poca adherencia al tratamiento?
14. ¿Considerando que la Insuficiencia renal crónica genera múltiples dependencias, la institución ha desarrollado actividades de inclusión para los pacientes y sus familiares?
15. ¿Cómo prestador de salud usted conoce si algún paciente se encuentre en estado de abandono y sin apoyo durante el tratamiento de Insuficiencia renal?
16. ¿Como prestadores de salud cuales han sido las principales dificultades que han tenido que enfrentar para garantizar el tratamiento de los pacientes?
17. ¿Qué tipo de recomendación podría plantear que contribuya al mejoramiento del servicio de hemodiálisis y a la salud de los pacientes?

Anexo 3: Guía de entrevista para los familiares

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS FAMILIARES

1. ¿Cree usted que las políticas gubernamentales contribuyen a la recuperación de los pacientes con hemodiálisis?
 2. ¿Qué repercusiones laborales y sociales conlleva tener un familiar en tratamiento de hemodiálisis?
 3. ¿Cuál es el costo económico que representa la manutención de una persona con Insuficiencia renal?
 4. ¿Dentro de su núcleo familiar es una persona encargada de asistir al paciente con Insuficiencia renal crónica?
 5. ¿Quién asume los gastos económicos del tratamiento?
 6. ¿La institución le brinda todos los insumos o medicamentos que requiere para su familiar para cumplir el tratamiento?
 7. ¿La institución les ha brindado capacitaciones referentes a los cuidados en casa de los pacientes con Insuficiencia renal crónica?
 8. ¿La institución ha implementado programas de integración para los familiares y pacientes con Insuficiencia renal crónica?
 9. ¿Cuáles han sido las principales limitaciones que su familiar ha experimentado desde el inicio del tratamiento con hemodiálisis?
 10. ¿Como familiar que procesos cree que influye en la poca adherencia al tratamiento?
 11. ¿Qué tipo de recomendación podría plantear que contribuya al mejoramiento del servicio de hemodiálisis y a la salud de su familiar
-

Anexo 4: Consentimiento previo e informado



Consentimiento previo e informado

La Universidad Andina Simón Bolívar, previa coordinación con el Hospital General Teófilo Dávila, considerando los procesos críticos a los que se enfrentan los pacientes que reciben tratamiento con hemodiálisis, ha decidido iniciar un proyecto de investigación titulado **“Insuficiencia renal crónica. Una mirada desde la determinación social”**. Cuyo objetivo principal es: Conocer los procesos críticos que determinan socialmente la insuficiencia renal crónica en los pacientes que se dializan en esta institución. El desarrollo de la investigación es una propuesta para abordar en forma procesual, compleja y multidimensional, el perfil epidemiológico crítico de los pacientes en tratamiento renal, destacando las limitaciones dietéticas, medicamentosas, laborales, sociales, económicas, culturales, familiares y todos los procesos que no son considerados a la hora de recibir el tratamiento. Entiendo así, que los resultados de la presente investigación ayudarán a comprender cómo los procesos críticos influyen en los ámbitos de la atención del paciente renal; tanto en la dimensión general, particular e individual; lo que podría abrir senderos para establecer medidas que mejoren la atención familiar, clínica y social.



Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los individuos, las familias, por medio de entrevistas familiares, individuales y la realización de una encuesta familiar e individual, respecto a mis experiencias sobre condiciones del tratamiento, modos de vida y estilos de vida, la cual se realizará en un tiempo estimado de 30 min.

La UASB y los investigadores aseguran la confidencialidad de los datos proporcionados, los cuales no serán divulgados y podrán ser utilizados únicamente por el investigador a fin de definir y caracterizar la problemática.

Su participación es voluntaria por lo cual, usted podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea. Una vez finalizada la investigación, las conclusiones y recomendaciones serán difundidas en la institución para su uso y beneficio.

Por medio del presente documento de constancia que conozco el objetivo del proyecto de investigación, así como mi forma de participar y la de mi familia. Por lo expuesto, yo _____ con CI _____ accedo de forma voluntaria a participar en la investigación y tengo claro que puedo retirarme en cualquier momento si así lo considero conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

Anexo 5: Autorización para realizar el estudio en la institución

 <p>República del Ecuador</p>	<p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zonal 7 – Salud Hospital General Teófilo Dávila - Gestión de Docencia e Investigación</p>
<p>Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2022-0043-M</p>	
<p>Machala, 04 de abril de 2022</p>	
PARA:	<p>Sra. Maria Estefania Osejo Villarreal</p> <p>Sr. Dr. Maximo Patricio Gonza Ordoñez Médico Especialista en Nefrología 1 / Responsable Unidad de Diálisis</p> <p>Srta. Lcda. Jessica Noemi Ortega Cueva Responsable Enfermería de Diálisis</p>
ASUNTO:	<p>RESPUESTA// Solicitud elaborar tesis de Insuficiencia Renal Lcda Osejo Villarreal</p>
<p>De mi consideración:</p>	
<p>En atención al documento ingresado por ventanilla única, emitido por Lcda. María Osejo Villarreal, con CI: 0450130646, en calidad de estudiante de la maestría en Epidemiología y Salud Colectiva, de la Universidad Andina Simón Bolívar, con sede Quito, luego del análisis de la documentación solicitada, se procede a autorizar a la estudiante para que empiece a realizar su trabajo de titulación para la obtención de su título de Magister, con el tema: "INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, UNA MIRADA DESDE LA TERMINACIÓN SOCIAL"</p> <p>Por lo que solicito de la manera más comedida facilitar la recolección de datos ya que dicho estudio no involucra el manejo de muestras biológicas, y tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas, además de cumplir con los reglamentos éticos y vigentes de nuestra institución.</p>	
<p>Agradecemos su valioso apoyo y colaboración.</p>	
<p>Particular que comunico para fines pertinentes.</p>	
<p>Con sentimientos de distinguida consideración.</p>	
<p>Atentamente,</p>	
<p>Dra. Maria Del Cisne Quizhpe Chilingua MEDICA GENERAL EN FUNCIONES HOSPITALARIAS / RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN / CONSULTA EXTERNA</p>	
<p>Dirección: Buenavista y Boyacá. Código Postal: 070205 / Machala - Ecuador Teléfono: 593-7-3701-780 – Ext 7617 - www.htdeloro.gob.ec</p>	 <p>Gobierno Juntos del Encuentro lo logramos</p>
<p><small>* Documento firmado electrónicamente por Quique</small></p>	

Anexo 6: Recepción de procesos críticos identificados en los pacientes del área de hemodiálisis

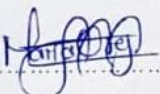
Machala, 15 de junio del 2022

Para: Mgs. Petita Salinas
Responsable de calidad del HGTD

Por medio de la presente tengo a bien comunicarle que en el desarrollo del proyecto de investigación. "insuficiencia renal crónica una mirada desde la determinación social de la salud", se identificaron una serie de procesos destructivos y beneficiosos para el paciente, se le invita hacer un análisis sobre las distintas condiciones que no favorecen la adherencia al tratamiento y determinar que políticas se pueden generar a partir de estos procesos críticos reales a los que se enfrenta el paciente.

Agradecemos su valioso apoyo y colaboración. Particular que comunico para fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.


.....

Atentamente
María Estefanía Osejo V.


.....

Recibe 

Anexos:
Principales procesos identificados

Anexo 7: Operacionalización de las variables de la Determinación social de la salud de los pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis

CATEGORÍA		VARIABLE	CONTENIDO
Características generales de los pacientes con IRC		Género	Masculino
			Femenino
		Etnia	Mestizo
			Indígena
			Montubio
			Afroecuatoriano
			Blanco
		Estado civil:	Soltero
			Unión libre y casado
			Viudo, separado y divorciado
		Edad en años:	18-40 (Adulto joven)
			41-64 (Adulto)
			65 y más (Adulto mayor)
Nivel de escolaridad	Ninguna		
	Primaria incompleta		
	Primaria completa		
	Secundaria incompleta		
	Secundaria completa		
	Superior		
DOMINIO	CATEGORÍA	VARIABLE	ETIQUETA/
Realidad particular	Territorio	Ubicación de la vivienda en relación a la unidad de hemodiálisis	Otros cantones de la Provincia
			Zona rural Machala
			Zona urbana Machala
	Tiempo en auto hasta la unidad	Menos de 30 minutos	
		De 30 a 60 minutos	
		Mayor a 60 minutos	
	Exposiciones domiciliarias agroquímicos	Ubicación de la vivienda cerca a fuentes contaminantes ambientales	Plantaciones de banano o cacao
			Concesiones mineras
			Concesiones acuícolas (camaroneras)
			0= Ninguna
			1 Leve
			2-3 Moderado
	4 Grave		
	Distancia de la vivienda de las fuentes de contaminación ambiental	Ninguna	
		A menos de 100 metros	
Entre 100 y 500 metros			
Exposiciones domésticas	Exposición violencia familiar	Si	
		No	
Exposiciones laborales	Antecedentes de exposiciones laborales anteriores	Alta exposición a químicos	
		Productos residuos de la minería	
		Temperaturas extremas	
		Hidratación inadecuada	
		Consumos de agua contaminada	
Jornadas laborales y horarios extenuantes			
1. 1-2 Leve exposición			
2. 3-4 Moderada exposición			

		3. 5-7Alta exposición 0 Ninguna
Modos de vida/ Caracterización familiar	N° personas del hogar contribuyen para los gastos y manutención	1. 1 persona 2. 2 y más personas
	De esas personas, cual es el/el principal responsable económico?	El/la paciente
		Cónyuge o compañero
		Familiar que vive en el mismo hogar
		Familiar que no vive en el hogar
	Género del principal responsable económico del hogar	Vecina o amigos no familiares
		1. Masculino 2. Femenino
	Etnia del principal responsable económico	Mestizo
		Indígena
		Afroecuatoriano
		Blanco
	Edad del principal responsable económico	18-40 (Adulto joven)
		41-64 (Adulto)
65 y más (Adulto mayor)		
Nivel de escolaridad de/el principal responsable económico	Ninguna	
	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
		Superior
INSOC 1	Ocupación responsable del económico	Profesional que trabaja como empleado público o privado.
		Empleado público o privado administrativo
		Pequeño empresario (Comercio y otros)
		Obrero y trabajador
INSOC 2	Tenencia de medios de producción	Locales
		Tierra
		Maquinaria/equipos
		Herramientas
		Mercaderías
		Vehículo de trabajo
		Empresa o acciones
		0=Ninguno 1= Solo herramientas o equipos, mercadería 2= Herramientas o equipos, mercadería Locales, maquinaria 3= Todos los medios productivos además de la empresa o acciones.
INSOC 3	Tarea principal del responsable	Hace el trabajo de producción
		Hace y dirige el trabajo de otros
		Solamente dirige el trabajo de otros

		No aplicable (fuera del proceso productivo)
INSOC 4	Fuente más importante de ingresos	Ninguna
		Sueldo como empleado administrativo en empresa privada o pública
		Sueldo por trabajo como obrero en empresa privada o pública.
		Renta o utilidades de una pequeña empresa o emprendimiento
		Sueldo como empleada(o) o enfermera(o) doméstica
		Jornal diario o por semana por trabajo en la ciudad
		Jornal diario o por semana por trabajo agrícola o afines
		Venta ambulante o producto de su trabajo del día (reciclador, limpiador de parabrisas, cuidador de carros)
		Pensión jubilar
		Subsidio del gobierno
	Ayudas de vecinos y amigos	
	Rango de ingresos mensuales	< de \$425
		\$ 425
	\$ 425 y 850	
	\$ Más de 850	
	No tiene ingresos	
Modos de vida 2/ Espacio-consumo-salud	Acceso a seguro de social del responsable económico	Ningún seguro de salud Seguro Social
Modos de vida 2/ Espacio-consumo-vivienda	Propiedad de la vivienda	Propio con escrituras Prestada Alquilada
Modos de vida 2/ Espacio/consumo/vivienda/servicios básicos	Acceso a los servicios básicos	1. Cuenta con agua, luz y alcantarillad. 2. Adicional teléfono o internet
	Principal fuente de abastecimiento del agua del domicilio	Agua potable de la red No cuenta con conexión de la red
	Agua de consumo domestico	Hervida Grifo Embotellada
Rol	Como enfrenta diariamente el tratamiento y su rol como(esposa/o-madre/padre-trabajador).	
Vulnerabilidad	Carnet de discapacidad	Si No
Organización y soporte	Institución de apoyo a los pacientes con IRC	Si No
Modos de vida / Espacio laboral	Situación de empleo actual	Si No
	Actividad laboral anterior	Ninguna Actividades mineras

			Actividades bananeras o cacaoteras
			Actividades en camaroneras
			Quehacer doméstico
			Actividades de jornal diario (construcción, pesca, cangrejero)
			Chofer
			Profesional, músico, docente.
DOMINIO	CATEGORÍA	VARIABLE	ETIQUETA
Individual	Personal de trabajo/ Salud	Tratamiento y actividades laborales	Le facilitarlos permisos para que continúe con el tratamiento
			Lo obligaron a renunciar
		Acceso vascular con el que cuenta	Lo despidieron injustificadamente
			Trabajaba de manera independiente o no tenía ningún trabajo
		Acceso vascular fue proporcionado por la institución	Fistula
			Catéter vascular central
		Costo del acceso vascular	Si
			No
			0= Proporcionado por la institución
			< 100 \$
		Tiempo recibiendo tratamiento con hemodiálisis	100-199 \$
			> 200 \$
		Nº De terapias a la semana	0= < 1 Año
			1= >2 años
		Horario en el que recibe el tratamiento	1. 1-3 veces
			7am-11am
			12pm-16pm
		Comodidad con el horario del tratamiento	17pm-21pm
			Si
		Costo por sesión de hemodiálisis	No
\$10 A 20			
\$21 a \$30			
\$31 a \$60			
\$61 a \$90			
Costo promedio mensual	Mayor a \$90		
	<120 \$		
	121-299\$		
Tipo de transporte que utiliza para acudir a sus terapias	> 300 \$		
	Vehículo del estado		
	Público		
	Privado		
	Propio		
	0= Patrullero		
	1. Auto propia		
	2. Moto propia		

Espacio de soporte / Cuidados		3. Taxi, 4. Bus urbano, cantonal o provincial
	Acompañamiento a la hora de recibir el tratamiento y cuidados generales	Cónyuge
		Hijo(a)
		Nuera/yerno
		Padre
		Madre
		Asiste solo
		Hermano
		Cuñado(a)
	Otro familiar	
	Vecino o amigo no pariente	
	Actividades de inclusión paciente y familia que realiza la institución	Si
		No
	Actividades que le gustaría que se realicen en el servicio	Charlas psicológicas(motivacionales) permanentes para el paciente y la familia
Charlas a los familiares de cuidados del catéter		
Charlas a los permanentes a los pacientes y familiares en cuanto alimentación del paciente renal		
Charlas de cuidados generales del paciente con IRC		
Actividades de entretenimiento para el paciente durante su terapia (TV)		
Seguimiento por parte de la institución	Si	
	No	
Cambios al estilo de vida del paciente a partir del diagnóstico	Principales limitaciones en la vida del paciente	Limitaciones laborales
		Limitaciones sociales
		Limitaciones dietéticas
		Limitaciones familiares
		Limitaciones físicas
		Limitaciones económicas
		Nivel de afección 0. Ninguna 1. Levemente afectado Dietéticas, sociales 2. Altamente afectado físicas, económicas, laborales, familiares
		Psicológicas
Efectos en la salud/Perfil epidemiológico	Efectos en la salud del paciente	Sentidos (Vista- Oído)
		Cardiovasculares (HTA)
		Nutricionales (anemia, desnutrición)
		Limitación de la movilidad

		1.1 afección Levemente afectado 2. 2-3 Moderadamente afectada 3. 4-5 Altamente afectado 0 Ninguna
Hábitos	Hábitos malsanos	Alcohol
		Tabaquismo
		Hipertensión arterial
		Diabetes mellitus tipo II
		Obesidad
		0=Nunca 1. Muy frecuentemente y frecuentemente 2. Ocasionalmente
Antecedentes de salud	Antecedentes personales	Otra ¿Cuál?.....
	Antecedentes familiares de afecciones renales	1. Primer grado (Padre e hijos)
		2. Segundo grado (Abuelos, nietos y hermanos)
		3. Tercer grado
		4. Cuarto grado
Cambios al estilo de vida del cuidador	Afecciones en la vida del cuidador	Laborales
		Económicas
		Sociales
		Repercusiones familiares

Anexo 8. Procesos críticos de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. Mirada desde la determinación social de la salud

Dominio	Componentes	Subcomponentes	Lógica dominante de generación de procesos críticos	Procesos protectores	Procesos destructivos
GENERAL	Relaciones estructurales generales	Modelo económico	Globalización, acumulación acelerada del desarrollo capitalista	Provincia considerada como el centro bananero, camaronero y minero más importante del país por lo que se incrementan las plazas laborales	Expansión de espacios malsanos. Alta contaminación con agroquímicos- residuos de la minería
		Estado y Políticas	Políticas y acciones de los estados para las personas con Insuficiencia Renal Crónica	MSP-garantiza el acceso al tratamiento Existen convenios con clínicas particulares Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal	No destina recursos específicos para la atención de los pacientes con IRC Segregación en la atención y demora en compra de servicios a unidad prestadora externa A nivel de MSP, no existe una guía o protocolo que documente los procesos críticos de quien padece IRC.
			Territorio	Residir en la zona sin contaminación	Ubicación del Domicilio cerca actividades extractivista.

					Antecedentes de exposiciones laborales (Químicos, temperaturas extremas, hidratación inadecuada, consumo de agua contaminada, jornadas y horarios extenuantes)
PARTICULAR -(espacio barrial/comunitario / grupal/ familiar) Modos de vida (en sus 5 dimensiones)	Modos de vida de los grupos sociales	a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.	Actividades laborales	Contar con un trabajo con garantías laborales (Seguro social)	Actividades laborales inseguras y sin ninguna garantía.
		b) Calidad y disfrute de bienes de consumo: acceso; patrones de consumo.	Espacio consumo vivienda/ servicios básicos	La mayor parte de barrios urbanos y rurales ya cuenta con acceso a los servicios básicos (agua, luz y alcantarillado)	No contar con vivienda propia No contar con agua de conexión de la red y consumo de agua contaminada
				Institución ubicada en la provincia que representa un pilar fundamental del desarrollo económico de país.	Alta demanda de pacientes renales y falta de apoyo de las autoridades locales.

			<p>CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO INSTITUCIONAL</p>		<p>Institución no ha sido repotenciada. Infraestructura deteriorada y espacio físico reducido</p> <p>La institución no cuenta con espacios amigables (No hay sala de espera para los familiares)</p> <p>Vestidor y baño del área no cumplen con las condiciones de infraestructura para garantizar la seguridad del paciente</p> <p>Falta de coordinación para asegurar la atención integral</p> <p>Institución no cuenta con alimentación y lencería para el área de hemodiálisis</p> <p>Aumento de las afecciones renales y escasos de insumos y medicamentos.</p> <p>Falta de silla de ruedas propias del área</p>
				<p>Área cuenta con personal médico y de enfermería capacitado para la atención de los pacientes renales.</p>	<p>Déficit de personal Enfermería en el área. (Sobrecarga laboral)</p>

			<p>El personal realiza su labor con humanidad y adopta medidas propias para garantizar la atención a los pacientes renales.</p>		<p>Limitada coordinación para que se brinde atención con: Psicología Nutrición Terapia física Terapeuta de lenguaje</p>
			<p>Apoyo de la familia es el pilar fundamental y contar con un trabajo estable para garantizar los cuidados que requiere le paciente.</p>		<p>Limitadas charlas y actividades educativas para el paciente y familiar</p> <p>Limitaciones económicas, alimenticias, medicamentas y repercusiones asociadas con la clase social a la que pertenece</p> <p>Ausencia de acompañamiento familiar debido a las actividades diarias que desarrolla.</p> <p>Altos gastos que asume la familia relacionados con la compra de insumos y medicamentos que requiere para el tratamiento.</p> <p>Dependencia económicamente de otra persona</p> <p>Desconocimiento por parte de la familia en los cuidados que requiere el paciente</p>

					Limitaciones laborales, sociales, familiares, económicas que enfrenta la familia como consecuencia del tratamiento de hemodiálisis de su familiar y afecciones en la salud familiar	
					Altos recursos que la familia destinada para la manutención de un familiar con IRC	
	Triple inequidad en las relaciones de clase, género y etnia	d)Organización y soportes colectivos			Los pacientes realizan actividades en el servicio para brindarse apoyo entre ellos	Ausencia de grupos de apoyo a los pacientes con IRC Ausencia de un grupo de respaldo de los pacientes con IRC
		Inequidad de clase, género y etnia en el modelo societario	Relaciones de poder patriarcales, clasistas, racistas			Segregación de clase sociales (Salud, educación) Mayor predominio de afecciones y limitaciones en la clase obrera y trabajador. Hombres mayor exposición a temperaturas extremas
SINGULAR (Estilos de vida y condiciones de salud)	Estilos de vida de los individuos	a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.	Actividad laboral	Trabajo brinda las facilidades para que continúe con su tratamiento y su actividad laboral	Situación actual de desempleo	

			Situación familiar y personal de consumo	Acompañamiento a la hora de recibir el tratamiento, cuidados medicamentosos, alimenticios y personales.	Clase social, género y nivel de escolaridad	
					Antecedentes de hábitos nocivos (Alcohol y tabaquismo)	
					Limitaciones económicas, alimenticias, medicamentas y repercusiones asociadas con la clase social a la que pertenece	
					No contar con los recursos económicos para acudir a las terapias de hemodiálisis	
	c) Concepciones y valores personales.				Autoeducación personal sobre cuidados que requiere el paciente con hemodiálisis	Falsas concepciones sociales de la IRC
d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.			Itinerario personal	Estabilidad económica y contar con acompañamiento para ayuda en sus terapias, cuidados alimenticios, medicamentosos y personales.	Cambios en las actividades de la vida diaria por tiempo que requiere el tratamiento	
					Desconocimiento por parte del paciente los cuidados alimenticios, medicamentosos y personales, que debe tener.	
		Fenotipos y genotipos	Predisposición genética	Perfil de la salud individual	Antecedentes patológicos personales de HTA-DM TII	
					Antecedentes familiares de afecciones renales	

Elaboración basada en matriz presentada por María de Lourdes Larrea

Anexo 9: Evidencia fotográfica

