

Atención primaria y enfermedad renal crónica: percepción de pacientes y profesionales de la salud involucrados*

Ana María González-Rozo^a ■ María Cristina González-Villarreal^b ■ Paola Andrea Triviño-Beleño^c ■ Mauricio Nieto-Martínez^d ■ Mauricio Alberto Rodríguez-Escobar^e

Resumen: Objetivo: Describir las percepciones acerca del proceso de atención en salud de pacientes con enfermedad renal crónica y profesionales involucrados en una Subred de Servicios de Salud Norte E. S. E. en 2023 a nivel de atención primaria y hospitalaria. **Diseño:** Estudio cualitativo desarrollado mediante entrevistas semiestructuradas. **Participantes:** Pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal, tipo hemodiálisis, mayores de 18 años, jefes de enfermería, nefrólogos, médicos familiares, internistas y generales involucrados en el cuidado de la enfermedad renal crónica en cualquiera de sus etapas vinculados a la subred. **Método:** Investigación cualitativa, muestreo típico. Entrevistas a profundidad. Saturación de la muestra: 20 entrevistas. Análisis cualitativo por categorías: accesibilidad, longitudinalidad, coordinación, integralidad. **Resultados:** En la sub-red los pacientes no tienen como referencia al prestador primario, y aunque el programa de la ruta cardiometabólica dirigido por médicos internistas y familiares se percibe como referente, su atención no está suficientemente fortalecida. A pesar de que la atención en la unidad renal es más continua, esto afecta la realización de tamizaciones para otras condiciones de salud. **Conclusión:** Existe una brecha entre el propósito de la Subred Norte y la experiencia de los pacientes, así como la percepción de los profesionales, en cuanto a la atención integral en la red. No obstante los avances, es necesario seguir evaluando la articulación en la atención a pacientes con insuficiencia renal. Se

* Artículo de investigación.

- a** Especialista en Medicina Familiar. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: amagonzalezr@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1311-9484>
- b** Especialista en Medicina Familiar. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: mcgonzalezv@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4689-7517>
- c** Especialista en Medicina Familiar. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: ptrivinob@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6912-365X>
- d** Especialista en Nefrología. Hospital Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.
Correo electrónico: maunietom@yahoo.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8765-0887>
- e** Especialista en Medicina Familiar. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: rodriguezmauricio@unbosque.edu.co;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8278-857X>

debe fortalecer la comunicación entre la puerta de entrada y nefrología durante y después de la terapia de reemplazo renal para ofrecer una atención más integral.

Palabras clave: atención primaria; enfermedad renal crónica; terapia de reemplazo renal; medicina familiar; redes de atención integral

Recibido: 05/02/2025 **Aceptado:** 27/06/2025 **Disponible en línea:** 27/08/2025

Cómo citar: González-Rozo AM, González-Villarreal MC, Triviño-Beleño PA, Nieto-Martínez M, Rodríguez-Escobar MA. Atención primaria y enfermedad renal crónica: percepción de pacientes y profesionales de la salud involucrados. *Revista Med.* 2025;33(2):49-67. <https://doi.org/10.18359/rmed.7768>

Perceptions of Patients with Chronic Kidney Disease and Health Professionals Involved in their Care about the Health care Process in a Health Services Subnetwork

Abstract: Objective: Describe perceptions about the health care process of patients with chronic kidney disease and professionals involved in a North ESE Health Services Subnetwork in 2023 at the primary care level. **Design:** Qualitative study developed through semi-structured interviews. **Participants:** Patients with chronic kidney disease on renal replacement therapy, hemodialysis, over 18 years old, nurses, nephrologists, family physicians, internists and general practitioners involved in the care of chronic kidney disease in any of its stages, who work at the subnetwork. **Method:** Qualitative study, typical case sampling. Depth interviews. Sample saturation: 20 interviews. Qualitative analysis by categories: Accessibility, longitudinality, coordination, comprehensiveness. **Results:** In the subnetwork, patients do not have a primary provider as a reference, and although the cardiometabolic pathway program, directed by internists and family physicians is perceived as a reference, its care is not sufficiently strengthened. Although chronic kidney care is more continuous, this affects the screening for other health conditions. **Conclusion:** There is a gap between the purpose of the North Subnetwork and the experience of patients, as well as the perception of professionals regarding comprehensive health care at the network. Despite advances, it is necessary to continue evaluating the articulation at the health care of patients with kidney disease. Communication between the gateway and nephrology should be strengthened during and after renal replacement therapy to offer more comprehensive health care.

Key-words: Primary Care; Chronic Kidney Disease; Renal Replacement Therapy; Family Medicine; Comprehensive Care Networks

Atenção primária e doença renal crônica: percepção de pacientes e profissionais de saúde envolvidos

Resumo: Objetivo: Descrever as percepções sobre o processo de atenção à saúde de pacientes com doença renal crônica e de profissionais envolvidos em uma Sub-rede de Serviços de Saúde Norte E.S.E., em 2023, nos níveis de atenção primária e hospitalar. **Desenho:** Estudo qualitativo desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas. **Participantes:** Pacientes com doença renal crônica em terapia de substituição renal, do tipo hemodiálise, maiores de 18 anos; chefes de enfermagem; nefrologistas; médicos de família; clínicos gerais e internistas envolvidos no cuidado da doença renal crônica em qualquer de suas etapas e vinculados à sub-rede. **Método:** Pesquisa qualitativa,

amostragem típica. Entrevistas em profundidade. Saturação da amostra: 20 entrevistas. Análise qualitativa por categorias: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade. **Resultados:** Na sub-rede, os pacientes não têm como referência o prestador primário e, embora o programa da rota cardiometabólica, dirigido por médicos internistas e de família, seja percebido como referência, seu atendimento não está suficientemente fortalecido. Apesar de o cuidado na unidade renal ser mais contínuo, isso afeta a realização de rastreamentos para outras condições de saúde. **Conclusão:** Existe uma lacuna entre o propósito da Sub-rede Norte e a experiência dos pacientes, assim como a percepção dos profissionais, no que diz respeito à atenção integral na rede. Apesar dos avanços, é necessário continuar avaliando a articulação no atendimento a pacientes com insuficiência renal. Deve-se fortalecer a comunicação entre a porta de entrada e a nefrologia durante e após a terapia de substituição renal, a fim de oferecer um cuidado mais integral.

Palavras-chave: atenção primária; doença renal crônica; terapia de substituição renal; medicina de família; redes de atenção integral

Introducción

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública como lo muestra la cuenta de alto costo en Colombia de 2022 (1). En esta se evidencia el aumento progresivo de su incidencia, complicaciones y elevado costo, razón por la que se hace necesario su identificación y manejo oportuno. Estudios a lo largo del mundo realizados en Estados Unidos, Francia, Canadá, como el de Wang *et al.*, 2017 (2) describen cómo se brinda la atención primaria en los diferentes estadios de la enfermedad y su articulación con la atención especializada (complementaria); sin embargo, en Colombia no se han publicado investigaciones que aborden cómo es este vínculo para la atención. Por tal razón, el objetivo del presente estudio es describir las percepciones que tienen los pacientes con enfermedad renal crónica sobre el proceso de atención que reciben y las de los profesionales de la salud implicados durante el curso del cuidado de esta enfermedad, para establecer las cualidades de esa atención primaria, y las barreras para su articulación a una subred de prestación de servicios de la red pública de Bogotá.

Participantes y métodos

Diseño

Estudio cualitativo descriptivo fenomenológico. Se recolectó la información mediante entrevistas semiestructuradas a pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal tipo hemodiálisis, mayores de 18 años, jefes de enfermería, nefrólogos, médicos familiares, médicos internistas y médicos generales involucrados en el cuidado de esta patología.

Como criterios de inclusión para los pacientes, se determinó que debían tener una causa filiada de la enfermedad correspondiente a uno de los principales grupos de clasificación etiológica del trastorno, que pertenecieran a la subred y se encontraran dispuestos a participar en el estudio; a su turno, los profesionales de la salud debían tener como mínimo un año de experiencia y estar vinculados a la subred elegida.

Se excluyeron los que no tuvieran diagnóstico filiado causal de la enfermedad renal crónica, con diagnóstico de insuficiencia renal aguda o que no estuvieran dispuestos a participar en el estudio. Además, se descartaron profesionales de la salud de otras especialidades o áreas diferentes a las seleccionadas para la investigación.

Muestra y participantes o contextos

Participaron veinte personas, diez adultos con enfermedad renal crónica y diez profesionales de la salud. El total de la muestra se dividió en dos grupos: se buscó incluir al menos dos personas pertenecientes a cada uno de los cuatro grupos de clasificación por etiología, pero al revisar los diagnósticos filiados de las bases de datos de los médicos se encontraron múltiples causas asociadas a esta enfermedad, pues algunos de los entrevistados tenían patogenicias mixtas.

Se realizó una invitación a participar en la investigación de manera personalizada. Previa firma del consentimiento informado, uno de los investigadores hizo las entrevistas de manera individual; estas duraron, en promedio, veinte minutos, y fueron grabadas y transcritas de manera textual a Word.

Análisis de los datos

Las transcripciones de las entrevistas se hicieron de manera textual, se asignó un código numérico del 1 al 10 a cada participante (ERC1) y a los profesionales se les designaron otros diez códigos (MG1), (NF1), (MF2), (MI1), (JE1). El análisis de los datos se realizó por medio de triangulación de la información, todas las investigadoras participaron en el análisis de las entrevistas: la investigadora a analizaba las entrevistas de la investigadora b, la investigadora b las de la c y la investigadora c las de la a. El análisis se realizó por medio del *software* Nvivo. En un principio se plantearon las categorías inductivas conforme a los atributos de la atención primaria en salud definidos por Barbara Starfield, así como las barreras de la atención en salud. Sin embargo, durante el curso del análisis, la codificación de la información arrojó como categorías deductivas las relacionadas con

esos atributos de la atención primaria y como subcategorías las barreras de esa atención, la atención del prestador primario (puerta de entrada y rutas integrales de atención en salud), en la alta especialidad.

Con el fin de garantizar el rigor y la calidad científica del estudio, durante las entrevistas se emplearon grabadoras para asegurar la transcripción textual. Esta información quedó guardada en cadena de custodia de los investigadores con el fin de garantizar la auditabilidad o confirmabilidad. En cuanto a la credibilidad, durante el análisis se realizó una triangulación de investigadores, incorporando las notas de campo de las observaciones realizadas para considerar ese efecto del entrevistador en las respuestas del paciente. Finalmente, la transferibilidad o aplicabilidad, se logró gracias al muestreo, la toma de datos hasta la saturación de la información y la descripción dentro del análisis de los contextos en las respuestas comunes.

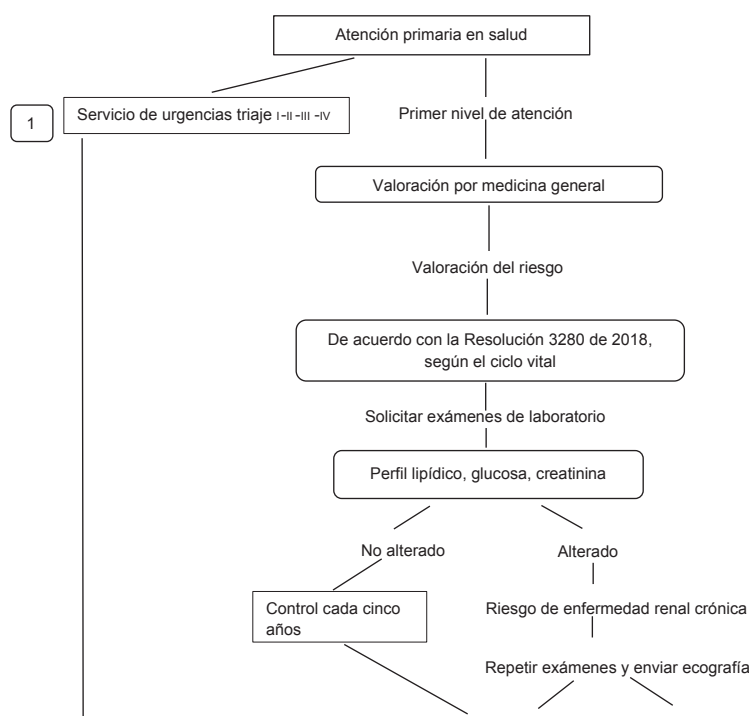
Análisis y discusión de los resultados

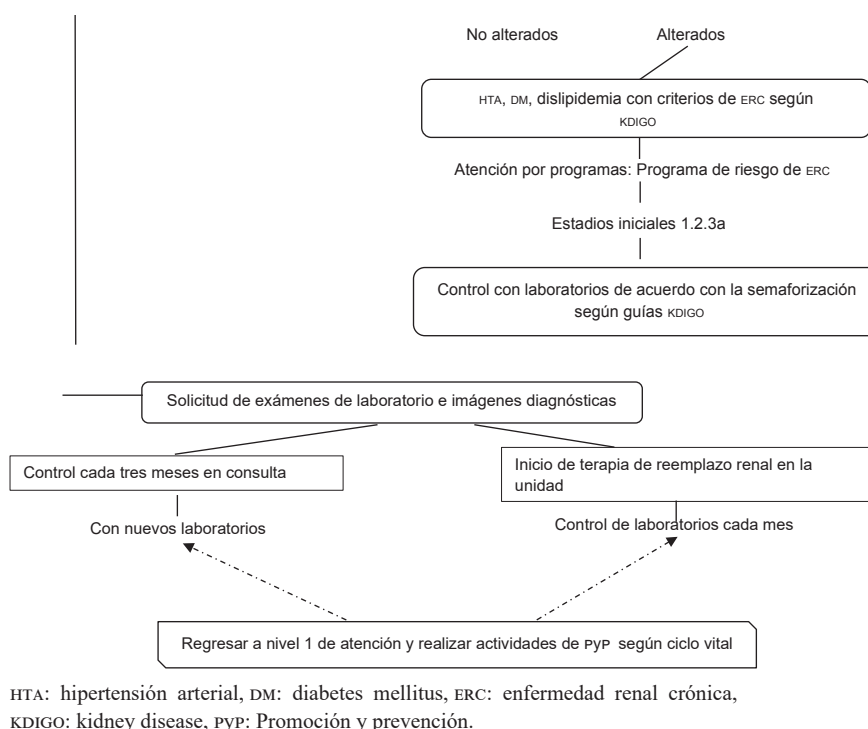
Accesibilidad

Puerta de entrada para el paciente con enfermedad renal

Extrapolando este concepto al escenario de la enfermedad renal crónica, el paciente tiene como puerta de entrada el servicio de urgencias o la consulta externa en un prestador primario. Es necesario aclarar que la elección de cualquiera de estos escenarios de atención se hace de manera indistinta, dependiendo del estado clínico del paciente. Entonces, si su estado de salud es crítico llegará a una unidad hospitalaria a urgencias. Pero, este contexto no es el ideal del inicio de atención: debería ser una puerta alternativa, ya que el deber ser es que el prestador primario capte a todos los pacientes en estadios iniciales para gestionar adecuadamente su riesgo (figura 1).

Figura 1. Ruta de atención primaria para la valoración del riesgo de los pacientes





Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los pacientes de esta investigación ingresó por el servicio de urgencias, es decir, que esta fue su puerta de entrada. Así se evidenció en las entrevistas realizadas a pacientes y profesionales de la salud que la puerta de entrada para los usuarios de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar al inicio de su enfermedad, fue el servicio de urgencias (tabla 1).

En la unidad renal se encuentra un escenario diferente, ya que para gran parte de los pacientes la puerta de entrada es este mismo sitio, en respuesta a la pregunta sobre el lugar al que acuden cuando enfrentan un problema de salud (tabla 1).

En contraste, solo algunos de ellos continúan identificando como puerta de entrada la consulta externa o las urgencias cerca de su domicilio (tabla 1).

Barreras de la puerta de entrada con medicina general del componente primario

La accesibilidad según el modelo de atención primaria propuesto por Barbara Starfield (entendido en Colombia como componente primario), es la puerta de acceso al sistema de salud y en virtud de sus

características de ser asequible y oportuna, produce grandes beneficios como la realización de un “filtro” con el fin de disminuir el uso inapropiado de especialistas y de urgencias (3). Sin embargo, el panorama de urgencias como vía de acceso al sistema previamente expuesto en nuestra población de estudio, nos hace suponer que es consecuencia de que los pacientes no ven claramente identificada la figura del médico del componente primario en ese rol. Lo anterior sucede a pesar de los esfuerzos de la subred descrita por los profesionales de la salud (tabla 1). Además, existe otro componente: es muy común la autopercepción que tienen muchos de los pacientes sobre su buena salud, lo que los lleva a desistir de la visita al médico (tabla 1).

Accesibilidad al componente primario de las rutas integrales de atención en salud (RIA)

El ideal del curso de atención en la puerta de entrada para el paciente es que los profesionales del componente primario desarrollen el seguimiento cerca a su domicilio, con el fin de realizar un diagnóstico pertinente del daño renal, abordar los

factores de riesgo tempranamente y evitar la progresión de la enfermedad. Asimismo, en caso de detectar que el trastorno se encuentra en un estadio avanzado, hacer una remisión documentada al especialista nefrólogo (componente complementario) de manera adecuada. Los profesionales de la salud que laboran en la Subred Norte en el componente primario están de acuerdo con ese propósito (tabla 1 y figura 1). Así, una vez el paciente ingresa al componente primario debe ser asignado a las diferentes rutas, en este caso la cardio-cerebrovascular y metabólica en la que el enfermo recibe la atención de prestadores primarios y complementarios desde el programa del mismo nombre.

Al analizar la trayectoria de la atención de las personas entrevistadas, se encontró que solo algunas habían sido vinculadas a esa ruta para recibir atención del componente primario (tabla 1).

Tener acceso a la atención primaria es de suma importancia y este cuidado debe centrarse en el paciente desde la puerta de entrada, para que se le brinde un manejo individualizado con continuidad, y no se fraccione la atención. La literatura describe que lo anterior impacta en el diagnóstico a tiempo y en la remisión temprana a la alta especialidad, lo que trae como consecuencias el retraso en el inicio de la terapia de reemplazo renal, más alternativas de tratamiento, disminución de la incidencia de urgencia dialítica, mejor estado nutricional, mejor gestión de los factores de riesgo y mayor sobrevida (4).

Barreras del sistema para acceso a la RIA cardio-cerebrovascular y metabólica

A pesar de que los actores del sector salud saben de la importancia de la atención brindada por ese componente primario, los pacientes y profesionales de la salud entrevistados mencionan que existen algunas barreras para acceder a la autorización y a la asignación de citas médicas, en razón a las demoras administrativas (tabla 1); esto, a pesar de que la subred dispone de mecanismos para ayudar a los pacientes a entrar al sistema y a las citas mencionadas (tabla 1).

Igualmente, se constató la dificultad para consultar a los especialistas, por las mismas razones expuestas anteriormente (tabla 1).

En coherencia con lo mencionado, diferentes autores aseguran que esto se debe 1) a la fragmentación del sistema público y privado de salud, que debilita la calidad y disminuye la efectividad de las intervenciones, ya que la asignación del presupuesto es diferente y posiblemente insuficiente para cubrir los requerimientos de alto costo para el cuidado de la enfermedad (5,6,7,8); 2) a la escasez de recurso humano que deriva en la sobresaturación del trabajo; 3) a la baja oportunidad de acceso (7); 4) a los cambios de EPS o IPS abruptos por intervenciones administrativas (8), y 5) en otras ocasiones, falta de transparencia e incapacidad del Estado para regular (5,6).

Accesibilidad al componente primario desde la unidad renal

Como previamente se afirmó, dentro de la unidad renal se transforma el modelo de prestación, debido a que este lugar se convierte en centro referente de la atención de los enfermos, no solo vista por ellos como puerta de entrada, sino como único componente de la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica. Entonces, este equipo del componente complementario gestiona el riesgo y las necesidades en salud del paciente (tabla 1).

Lo anterior podría explicarse porque los pacientes no identifican al médico general del componente primario como una figura de referencia, lo que contrasta con el reconocimiento más fuerte hacia el equipo de atención complementaria, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad, donde el contacto frecuente con este equipo resulta esencial. No obstante, es necesario hacer estudios adicionales que permitan determinar las estrategias óptimas para organizar los servicios y mejorar la atención.

Barreras socioeconómicas y culturales

El desarrollo de esta investigación evidenció en los pacientes con enfermedad renal crónica

consultados, una particularidad, y es que la mayoría expresan que antes no asistían al médico e incluso que cuando empezaron a tener síntomas por su patología no lo hacían de forma regular por razones sociales, económicas y culturales según sostienen los profesionales de la salud (tabla 1).

Del mismo modo, falta adherencia a las recomendaciones sobre todo en relación con la alimentación, al punto de que algunos pueden llegar a ser apáticos y no seguirlas.

De cara a esta situación, podemos inferir que un factor determinante de ese descuido es la ausencia de síntomas específicos de la enfermedad renal lo que conduce al paciente a banalizar la importancia del autocuidado. Además, es necesario concientizarlo de que las restricciones alimentarias u otras indicaciones médicas las impone la misma enfermedad, ya que el no cumplimiento de estas contribuiría a precipitar el deterioro renal.

Tabla 1. Percepciones de los pacientes y de los profesionales de la salud sobre la categoría de accesibilidad

	Información de los pacientes	Información de los profesionales de la salud
Puerta de entrada para el paciente con enfermedad renal	■ Urgencias: “me hospitalizaron como tres meses y me dijeron que tenía problemas del corazón y secundario de tener problemas del corazón me dijeron que tenía problemas del riñón” (Comunicación personal ERC 2, 2023). ■ Unidad renal: “acá donde me hacen la diálisis” (Comunicación personal ERC 1, 2023). ■ Consulta externa o urgencias cerca a su domicilio: “a mí, pues, me queda cerca el hospital de Chapinero. Cualquier cosa, pues voy allá.” (Comunicación personal ERC 6, 2023).	Puerta de entrada ratificada por la enfermera jefe: “la mayoría de los pacientes que ingresa a la unidad son por urgencia dialítica o los pacientes que se encontraban en los programas de prediálisis y se descompensaron” (Comunicación personal JE1-2, 2023).
Accesibilidad	Autopercepción de estar sanos en muchos de los pacientes: “No, no había visitado ningún médico” (Comunicación personal ERC 2, 2023). “Hasta ahora, primera vez, de resto no asistía al médico” (Comunicación personal ERC 3, 2023).	Esfuerzos de la subred para la identificación de la figura del médico del componente primario: “en la subred lo que estamos tratando de implementar es aumentar la prioritaria (refiriéndose a alfabetizar al paciente), para que no ingresen muchos pacientes (por urgencias) y para que los que tengan que ingresar, ingresen realmente” (Comunicación personal MF2-1, 2014).
Accesibilidad al componente primario de las rutas integrales de atención en salud (RIA)	Trayectoria de algunos pacientes que habían estado vinculados a la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica. “Pues yo tenía otra EPS. Recientemente tuve Capital Salud por un convenio que hubo. Entonces ellos me mandaron a diferentes especialistas en diferentes sectores, no tenía centro fijo para el control de mi diabetes, antes de venir acá a Cemdi” (Comunicación personal ERC 4, 2023).	Seguimiento de la enfermedad renal por el componente primario: “las primeras etapas de la enfermedad deben ser vigiladas por la atención primaria” (Comunicación personal MI 4-1, 2024).

Accesibilidad	Barreras del sistema para acceso a la RIA cardio-cerebrovascular y metabólica	Barreras para acceder a citas médicas: “cuando a mí me decían jeh!, por decir, la tensión la tiene alta y tiene que sacar eso, no hay agenda, no hay agenda, no hay agenda” (Comunicación personal ERC 7, 2024). ■ Barreras para acceder a citas médicas: “la oportunidad de las citas no es fácil. Tú les dices verlos en un mes y no van a llegar ni en seis meses. Es la primera barrera” (Comunicación personal MF2-1, 2024). ■ Dificultad para el acceso a especialidades: “los pacientes no logran acceder a la consulta de nefrología de forma oportuna. Eso es una queja, pues obviamente una queja constante, la gente llega de mal genio, uno tiene que manejarles a ellos su estrés, entonces eso es definitivo. A lo largo de este tiempo, se ha agudizado” (Comunicación personal NF1-1, 2023). ■ Mecanismos de la subred para la consecución de las citas: “en cada unidad de atención hay un líder, nosotros hacemos el formato y darle el paciente a la líder. Ella se comunica con el área encargada y es más fácil el acceso a los pacientes, porque cuando ellos hacen esto solos, no saben cómo hacerlo, les ponen a dar mil vueltas” (Comunicación personal MF2-1, 2014).
	Accesibilidad al componente primario desde la unidad renal	Unidad renal como centro referente de la atención del paciente: “siempre vengo aquí a este hospital, digamos, porque yo tuve un problema en el dedo y el doctor me dio la orden. Entonces, no he tenido la necesidad de ir a otro lado, siempre vengo a este hospital” (refiriéndose a la unidad renal del hospital) (Comunicación personal ERC 5, 2023).
	Barreras socioeconómicas y culturales	No asistencia al médico por factores sociales, económicos y culturales: “el nivel socioeconómico, dos el nivel de aprendizaje, la educación, todas son barreras” (Comunicación personal MI 4-2, 2024).

Fuente: elaboración propia.

Longitudinalidad

El ideal en el tratamiento de la enfermedad renal crónica es contar con longitudinalidad en la atención, preferiblemente mediante un centro de cuidado primario y un profesional específico, que integra las intervenciones de diversos especialistas. Esto permite una relación médico-paciente sólida, lo que a su vez mejora la adherencia al tratamiento, la confianza, la satisfacción y la detección precoz.

Longitudinalidad en la puerta de entrada

Este trabajo muestra que en el componente primario de puerta de entrada no existió esa

longitudinalidad. Esto es posiblemente secundario a que cuando la persona se acerca por primera vez a un centro médico, se establece una relación médico-paciente transitoria, en razón a la forma como se estructuran estos servicios.

También puede ser secundario al escenario clínico en que la mayoría de los pacientes consultaron durante esta investigación; en urgencias no se contempla la longitudinalidad del proveedor.

Longitudinalidad en el componente primario desde la RIA

En Colombia existe un enfoque territorial que intenta orientar una atención centrada en la persona,

gestionado en una ruta de atención específica. Las rutas integrales de atención en salud (RIAS) determinan las condiciones necesarias para una atención integral a partir de acciones de cuidado para direccionar la gestión y regular los servicios en salud prestados por los diferentes actores del sistema dentro de un territorio (9).

En las entrevistas se observó que existe longitudinalidad de la atención con quienes se encontraban en la ruta establecida para esta enfermedad en el marco del cuidado primario. Así también lo refieren los profesionales de la salud entrevistados sobre la atención dentro de la ruta cardio-cerebrovascular y metabólica (tabla 2).

Estos hallazgos son consecuentes con los obtenidos por (2) en la investigación que realizaron en Estados Unidos, en la que la asistencia al proveedor de atención (cuidado) primaria fue mayor antes del ingreso de los pacientes a diálisis, sobre todo si tenían un índice de comorbilidad de Charlson alto; sin embargo, después de la entrada a terapia de reemplazo renal, la asistencia a este proveedor fue menos frecuente (2). Es posible que los tiempos y la complejidad que implican la terapia dialítica, promuevan el desinterés por asistir a otros servicios en salud o las personas crean que es fútil recibir atenciones distintas a la diálisis, lo que nos lleva a diseñar esquemas que faciliten el seguimiento por la atención primaria para las acciones de promoción y prevención de esta clase de pacientes.

Barreras de la longitudinalidad en el componente primario

Los profesionales de la salud sostienen que las personas que padecen de enfermedad renal, no vinculadas a la unidad renal, enfrentan dificultades para obtener citas médicas y medicamentos, lo que afecta la continuidad del tratamiento y obstaculiza el desarrollo de una buena relación médico-paciente (tabla 2).

Con ello se confirma un panorama en el que la longitudinalidad es muy difícil de lograr. Añel *et al.* (10) hallaron información similar. En su texto “Longitudinalidad en atención primaria: un factor protector de la salud” exponen que en el sistema de

salud de España, también se aleja de la definición inicial que se le dio a la longitudinalidad, de basar el modelo en la atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad, de manera que se puedan integrar los cuatro componentes de la atención primaria: accesibilidad, integralidad, longitudinalidad y continuidad, con todos los profesionales en distintos niveles de complejidad para no perder la esencia de la atención primaria en salud (10).

Longitudinalidad para el cuidado primario desde la alta especialidad

La unidad renal se convierte en la puerta de entrada al sistema de salud para los pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis. Ahora bien, dentro de la investigación también encontramos que esta unidad se encarga de la atención del componente primario, lo que deriva en que en la alta especialidad exista la longitudinalidad que se hace incuestionable en las entrevistas a los pacientes en torno a su referente de consulta (tabla 2).

Algunos clínicos señalan que contar con un equipo multidisciplinario bien conformado en la unidad renal, ofrece a los pacientes una mayor posibilidad de tener un referente configurado dentro de esa longitudinalidad (tabla 2).

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Wang *et al.* (2) quienes en su estudio probaron que en Estados Unidos el patrón de uso del componente de atención primaria se hace menos frecuente al entrar a diálisis y disminuye progresivamente a partir del segundo a cuarto año de inicio de la terapia de reemplazo renal. Igualmente, en Francia, en el estudio de Béchade *et al.* (11), el 47 % de pacientes con enfermedad renal en hemodiálisis vinculados a su investigación no tenían seguimiento por medicina familiar y eran atendidos exclusivamente por su nefrólogo para su atención primaria.

A pesar de que los pacientes usan exclusivamente la unidad renal después de comenzar la terapia renal, lo que asegura la continuidad de la atención, esto no debe implicar que la atención complementaria o especializada sea la única forma de concentración en el tratamiento, no obstante la facilidad de acceso para esta población.

Tabla 2. Percepciones que tienen los pacientes y los profesionales sobre la categoría de longitudinalidad

Longitudinalidad	Información de los pacientes	Información de los profesionales de la salud
	Longitudinalidad en el componente primario desde la RIA	"Cemdi, la tengo todavía y aún voy allá a las citas de medicina general o interna" (Comunicación personal ERC4, 2023). "Los pacientes que están en ruta cardio- cerebrovascular y metabólica tienen sus controles periódicos, con ellos no hay lío" (Comunicación personal MF2-1, 2024).
	Barreras de la longitudinalidad en el componente primario	"Considero que para el tema de asignación de citas en la Subred Norte para los pacientes que están asociados al sistema de salud es un poco demorado, un poco prolongado, pues, en cuanto a petición de citas, pero cuando ya están en curso en direccionamiento a la atención, pues ya se avanza el proceso y es constante y oportuno" (Comunicación personal MG 3-2, 2023).
	Longitudinalidad para el cuidado primario desde la alta especialidad	"Digamos, aquí en la unidad, los exámenes y eso que el que nos da los reportes es el doctor, por así decirlo, nos atienden distintos médicos, no es el mismo, y las enfermeras también varían, pero todo acá, dentro de la unidad" (Comunicación personal ERC 5, 2023). "Cuando un paciente logró entrar en terapia de reemplazo renal se convirtió en un paciente ya conocido con una programación de sus actividades, en este caso diálisis o consultas periódicas que se les asignan en la unidad renal" (Comunicación personal MI 4-1, 2023). "Sí, pero más para los que son en etapa 5, es decir, para los que están en unidad renal que es un equipo bien conformado, tiene un gran volumen de pacientes, acuden a sus controles con nefrólogos y el personal especializado de la unidad renal. Entonces, esos pacientes están ya en un modelo de atención que les garantiza el ingreso fácil" (Comunicación personal MI 4-1, 2023).

Fuente: elaboración propia.

Integralidad

En Colombia, la política de atención integral territorial considera que la integralidad “comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (12). Así, la meta del modelo de esta política es que se logre el objetivo trazado. Por

tanto, dentro de su marco operativo contempla la creación de rutas y redes de atención que ayudan a resolver la mayoría de las necesidades en salud.

Integralidad en la puerta de entrada

En las entrevistas no se observa que la puerta de entrada gestione adecuadamente las diversas necesidades de salud de los encuestados, ya que la principal vía de entrada fue urgencias, enfocada solo en la resolución de patologías agudas.

De hecho, es necesario reforzar que el médico de atención primaria en consulta externa garantice la puerta de entrada y que sea un puente que permita aliviar las cargas de los servicios de urgencias y de atención especializada, mediante la prestación de una atención integral que contribuya a gestionar de manera oportuna el riesgo y realizar la detección temprana.

Integralidad del componente primario desde la RIA

Según el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite), la ruta integral de atención en salud

[...] orienta las intervenciones de los componentes institucionales del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y busca la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, así como de las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación que debe ejecutar el Sistema (2019,p.18).

Por medio de las entrevistas, se advirtió que antes del ingreso a terapia de reemplazo renal los pacientes no recibían de sus proveedores de cuidado primario ese abordaje integral. Por su parte, los profesionales de la salud concuerdan con esta apreciación y afirman que no existe una atención holística (tabla 3).

Estas perspectivas pueden ser fruto de tiempos limitados de consulta o fragmentación de los servicios o deberse a la poca importancia que se le ha dado en nuestro país a tener un referente inicial para la prestación de servicios, tal como lo perciben los pacientes entrevistados para este estudio (tabla 3).

Si bien dentro una de las actividades contempladas en el Plan Integral de Cuidado Primario es generar referencia y contrarreferencia hacia servicios, inferimos que estas intervenciones parecen no estar bien coordinadas, porque generan en los pacientes esa sensación de fragmentación de los servicios.

Por otra parte, los trabajadores de la salud dicen que un punto de trabajo actual en la subred son las actividades de promoción y prevención

incluidas dentro de la ruta de atención, diferenciada por ciclo vital, con tamizaje o vacunación, entre otros (tabla 3).

Analizando los hallazgos previamente expuestos, podemos darnos cuenta de que si bien las rutas de atención están establecidas dentro de la subred a manera de programas, al parecer, la fragmentación, los tiempos de consulta y posiblemente las dificultades en la comunicación con el paciente han hecho que esa atención no cumpla con el objetivo de ser integral.

Donabedian *et al.* documentaron que el éxito de una atención centrada en el paciente y la familia radica en que sea integral e incluya un abordaje biopsicosocial y fomente la participación de la persona en la toma de decisiones con respecto a su padecimiento. Además, que con el control médico se debe limitar la progresión de la patología y evitar morbilidades asociadas (13).

Integralidad del componente primario desde la alta especialidad

Durante el curso de nuestra investigación no se advierte que la atención de cuidado primario brindada por la unidad renal cumpla con la integralidad: los pacientes observan que una de las actividades propias de la alta especialidad es la integralidad. Tal percepción también la confirman los profesionales de la salud (tabla 3).

Esto contrasta con lo encontrado en varios estudios en diferentes países. En Estados Unidos, Wang *et al.* 2017 (2) en su revisión de la literatura dieron a conocer investigaciones donde se informaba que la mayoría de los nefrólogos se encargaba de la atención primaria de los pacientes en diálisis. En Canadá, Zimmerman *et al.* (14) en su estudio cualitativo hallaron un porcentaje significativo de nefrólogos (53 %) que dedicaba más del 31 % de su tiempo a atención primaria. Encontraron que los pacientes confían más en los médicos familiares, como referentes de la atención primaria, que en los mismos nefrólogos. En Canadá hay poca comunicación entre nefrólogos y médicos familiares y esto afecta el cuidado integral (14).

En cuanto a las actividades de promoción y prevención, encontramos que la unidad renal brinda

servicio de vacunación a los pacientes, cumpliendo con los esquemas establecidos. Sin embargo, cuando interrogamos acerca de otras actividades de promoción y prevención como los tamizajes, los que pertenecen a la unidad renal refieren no acceder a ellas ni dentro ni fuera de la unidad (tabla 3).

Panoramas similares se han observado en el mundo. En Estados Unidos el estudio de Winkel-mayer *et al.* (15) mostró baja tasa de realización de actividades de tamización en los pacientes con enfermedad renal y con menor proporción en pacientes después del inicio de terapia de reemplazo renal.

En virtud de lo anterior, es necesario incentivar el uso del proveedor de cuidado primario, aun cuando los pacientes pertenezcan a la unidad renal, para un abordaje integral como lo evidenciaron Phen *et al.* (16), que mostraron mayores tasas de vacunación y de tamizajes a pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo y que asistían a un cuidador primario.

Barreras de acceso a la integralidad

Para el paciente con enfermedad renal, parte de la atención integral implica un tratamiento farmacológico óptimo, ya que de ello dependerá el curso y pronóstico de su patología. En esta investigación se encontró dificultad de los gestores farmacéuticos para entregar los medicamentos, lo que no solo significa un deterioro en su salud y la posibilidad de la progresión de su trastorno, sino además que el paciente deba asumir los costos de los medicamentos que el sistema debería garantizar en cumplimiento de sus responsabilidades y aseguramiento de los derechos. Esto, teniendo en cuenta que una gran mayoría de los pacientes pertenece al régimen subsidiado, un indicador clave de que están clasificados fundamentalmente en los estratos 1 y 2, en los que regularmente las condiciones económicas, no resultan ser las más favorables, tal como lo perciben los clínicos entrevistados (tabla 3).

En la literatura se describe que estas barreras dan origen a sentimientos de abandono, orfandad o atropello del sistema de salud a los pacientes y cuidadores, disminución de la dosis de medicamentos o préstamo de fármacos entre usuarios y

proliferación de tutelas y demandas judiciales para garantizar el restablecimiento de los derechos (6).

Como lo cuentan los profesionales de la salud vinculados a este estudio, algunos pacientes no cuentan con una red de apoyo y esto también es un obstáculo para la consecución de las medicinas (tabla 3).

Acorde con las percepciones de los anteriores relatos (tabla 3), podemos deducir que la organización de entrega de remedios se establece priorizando la facilidad para la dispensación desde la parte administrativa, en vez de facilitar su adquisición, lo cual dista de la atención centrada en la persona.

Barreras de alfabetización para la integralidad

Una de las ventajas de la integralidad descrita por Barbara Starfield es el manejo enfocado en las necesidades individuales del paciente. Sin embargo, para lograr este objetivo, se requiere conocerlo a lo largo del tiempo y suministrarle información con el fin de que se tomen decisiones compartidas sobre las conductas médicas. En el presente trabajo se demuestra que existen vacíos en la comunicación que se mantiene con los pacientes en torno a su enfermedad antes y luego del ingreso a la unidad renal, tal como lo expresan algunos de ellos (tabla 3).

Esta ausencia de información, según los entrevistados, es secundaria a tiempos de consulta o espacios de educación a los pacientes, muy limitados, a lo que se suma el hecho de que regularmente son atendidos por diferentes médicos (tabla 3), que desconocen los motivos que causaron la enfermedad y su evolución. Pero, por otra parte, la cantidad y complejidad de las indicaciones que reciben les impide establecer las dimensiones de su situación, porque se les presentan distintos diagnósticos de forma recurrente, que también están sujetos a la accesibilidad y a la longitudinalidad de la atención.

En contraposición a lo anteriormente dicho, otros de los pacientes dejan claro que la educación en salud sí mejoró luego del ingreso a la unidad renal (tabla 3).

Estas perspectivas diversas hacen pensar que en ocasiones quienes padecen enfermedad renal

crónica tengan diferentes actitudes en relación con su condición actual, como sentimientos de tristeza, depresión, apatía e indiferencia, que contribuyen al deterioro de la relación médico-paciente y la comunicación entre estos actores, lo que también puede causar frustración en el ejercicio médico. Lo anterior concuerda con el estudio que realizaron (17) en el que los pacientes manifestaron actitud negativa, miedo y emociones como ira y tristeza. De esto se deduce que la atención de los pacientes con enfermedad renal crónica debe ser humana,

empática, integral, oportuna, tomando en cuenta el estado emocional de la persona para que se brinde un abordaje biopsicosocial que mejore esta relación y en consecuencia la longitudinalidad.

El artículo de (10) sugiere que el médico debe proporcionar al paciente una explicación completa, sencilla y clara de su enfermedad, que conduzca a mitigar las complicaciones, favorecer el apego al tratamiento y además involucrar a la familia, que resulta esencial para conseguir un buen manejo y control de la patología.

Tabla 3. Percepciones que tienen los pacientes y profesionales de la salud sobre la categoría de integralidad

		Información de los pacientes	Información de los profesionales de la salud
Integralidad	Integralidad del componente primario desde la RIA	■ No existía el abordaje integral por parte del cuidado primario: “muy puntual... Porque son quince minutos, máximo veinte minutos, y en veinte minutos, mientras le toman a uno la tensión, el corazón” (Comunicación personal ERC7, 2023). ■ “No me veía todo... Algunos temas puntuales” (Comunicación personal ERC9, 2023). ■ No tienen un referente: “Pues yo tenía otra EPS. Recientemente tuve Capital Salud por un convenio que hubo. Entonces ellos me mandaron a diferentes especialistas en diferentes sectores, no tenía centro fijo, para el control de mi diabetes antes de venir acá; a Cemdi” (Comunicación personal ERC 4, 2023).	■ No existe abordaje holístico por la atención primaria: “que aborde todos los problemas, no... Así como cuando a uno le inculcaban que el internista debía ser integral, no, eso hace mucho tiempo que dejó de serlo, y por supuesto ya no se da” (Comunicación personal MF1-1, 2024). ■ Actividades de promoción y prevención. Punto de trabajo actual: “tenemos varios métodos de demanda inducida. Digamos, la EPS nos da una base de asignados, enfermeras que verifican bases, verifican si el paciente pasó por ruta de promoción y prevención y si no, lo asignan. Otra es fortalecer a todos los profesionales de que todos deben derivar a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Otra, es el paciente que llega a otra actividad como vacunación y se verifica y de una se asigna, si no ha pasado por esa ruta. Otro, es el que llega a demanda espontánea. Y otra es que llega desde los entornos extramurales. Entonces, tenemos equipos de atención en casa, verificamos tipo de afiliación y se hace la demanda inducida. La cobertura no ha sido la que queremos, pero es que es muchísima gente, pero vamos mejorando” (Comunicación personal MF2-2, 2024).

Integralidad	Integralidad del componente primario desde la alta especialidad	■ Percepción de los pacientes de que las actividades propias de la alta especialidad son integralidad: “cada mes me hacen las enfermeras, toman la sangre y me lo manda el hospital como tal. Además, eso es como rutina cada mes” (Comunicación personal ERC6, 2023). ■ Actividades de promoción y prevención en cuanto a vacunación: “aquí llevan el control de vacunas” (Comunicación personal ERC6, 2023). ■ Actividades de promoción y prevención como los tamizajes: “pues yo me la hice una vez, pero eso fue hace mucho tiempo cuando yo estaba bien” (acerca de la citología) (Comunicación personal ERC1, 2023). ■ “No me han solicitado exámenes de eso” (acerca de tamizaje de cáncer de próstata) (Comunicación personal ERC2, 2023).	“Porque es que ellos están pensando que solamente es ir a las diálisis, no más” (Comunicación personal MF2-1, 2024).
	Barreras de acceso a la integralidad	■ Dificultad para la entrega de medicamentos: “todos los días muchos asumen el costo, además porque esa es otra de las cosas: yo creo que en la atención primaria el paciente debe salir visto y debe salir con la medicación del mismo sitio de donde lo ven. Eso es un buen servicio de atención primaria, y por qué lo digo de que sí lo pongan de poquito en poquito” (Comunicación personal MF2-2, 2024) ■ Los pacientes no cuentan con red de apoyo: “se les entrega la fórmula y no tienen quién se las reclame, algunos son discapacitados, tienen dificultades en conseguir los medicamentos, más que todo porque son como solos, muchos pacientes solos” (Comunicación personal NF1-2, 2024).	

Integralidad Barreras de alfabetización para la integralidad	■ Vacíos de información sobre la enfermedad: “antes de entrar a la diálisis no me explicaban” (Comunicación personal ERC 5, 2023). ■ “Pues hasta el momento no han dado la razón de cómo, por qué... pero hasta el momento no me han sacado de la duda” (Comunicación personal ERC 6, 2023). ■ Ausencia de alfabetización secundario a tiempos de consulta: “muy regular, dependía del médico, pues un muy buen médico es lo que se busca, esos son los que tardan 15 o 20 minutos revisándolo a uno bien y en otro no, 5 o 10 minutitos, no todos saben la misma información, no hay una base” (Comunicación personal ERC4, 2023). ■ Ausencia de alfabetización por ser atendidos por diferentes profesionales: “es un descontrol, porque uno no sabe a qué atender, si el uno dice una cosa y el otro otra, ahí uno que dice que mi riñón está pequeño, que ya está un poco mejor, pero aquí que ya estoy en estadio 5. Uno no sabe a quién atender y ya llevo año y medio y no tengo información sensata de acuerdo al riñón” (Comunicación personal ERC 4, 2023). ■ La educación en salud mejoró posterior al ingreso de la unidad renal: “sí, señora, me han explicado qué es mi enfermedad y por qué vengo a diálisis” (Comunicación personal ERC5, 2023). ■ “Explican bien, sí, y dicen el riesgo que hay cuando uno se automedica y dicen que cualquier cosa, acudir siempre al médico” (Comunicación personal ERC 6, 2023).
--	---

Fuente: elaboración propia.

Coordinación

En Colombia, el modelo de atención integral territorial en salud determina la creación de una red integral de prestación de servicios territorial con el objetivo de garantizar el acceso y atención oportuna, continua, integral y resolutive. Incluye diferentes actores del sistema como los proveedores de atención primaria, los proveedores en atención complementaria, los pacientes y las entidades administradoras de planes de beneficios (12). La comunicación y coordinación de las acciones en salud entre estos actores es de vital importancia para cumplir el objetivo de la red.

Las entrevistas revelan barreras de comunicación entre los diferentes niveles de atención, ya que los profesionales ambulatorios tienen un conocimiento limitado sobre el manejo de pacientes con

enfermedad renal crónica en la unidad renal hospitalaria, y viceversa. Esto se debe a la falta de reconocimiento mutuo de los roles y circunstancias de cada profesional. Para los profesionales de la salud entrevistados, estas barreras solo se abordan cuando se revisan las historias clínicas de los pacientes (tabla 4).

Adicionalmente, estos afirman que la ausencia de una historia clínica interoperable, fuente de información para ellos en cualquier parte del territorio, dificulta la atención de pacientes provenientes de otras regiones o de otras EPS (tabla 4).

En cierta medida esto impide continuidad e integralidad en los procesos de atención, y genera implicaciones en la adecuada gestión del riesgo y manejo de los pacientes. Además, como lo demuestran diferentes investigaciones, una adecuada comunicación entre los actores, genera beneficios

específicos para el enfermo. Por ejemplo, en Ja-
pón, el estudio realizado por (18) demuestra que
es muy importante tener claridad sobre los proto-
colos de atención y sobre los criterios de remisión
a nefrología. En este mismo país, Imasawa *et al.*
(19) compararon pacientes con enfermedad renal
crónica atendidos regularmente vs. los atendidos
en el programa FROM J, abordados de forma multi-
disciplinaria (incluyendo proveedores de atención
primaria). En el trabajo se observó una disminu-
ción de la incidencia de enfermedad cardiovascu-
lar en todos los estadios de la enfermedad renal y
para el estadio 3A, disminuyeron la mortalidad y el
deterioro de la función renal. De igual modo, en
España y Cuba (20,21,22) crearon consensos y al-
goritmos de atención conjunta que proporcionan
recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y se-
guimiento de la enfermedad a manos de médicos

familiares y nefrólogos de manera diferencial para
optimizar esa atención.

No obstante, en los últimos años la subred y el
distrito en general han tratado de hacer esfuerzos
para enfrentar esta problemática y siguen traba-
jando continuamente como lo aseguran los profe-
sionales de la salud entrevistados (tabla 4).

La presencia de especialistas en Medicina Fa-
miliar en la red parece estar contribuyendo a los
esfuerzos de la subred para una mejor articulación.

Finalmente, Hay que anotar que la falta de co-
municación o de alfabetización a los pacientes tie-
ne implicaciones sobre la atención, ya que si estos
desconocen lo que les ocurre con su enfermedad
y lo que les sucede en cada una de las consultas,
no sirve como puente de comunicación o informa-
ción, lo que evita que desempeñen un papel rele-
vante en el marco del proceso que atraviesan.

Tabla 4. Percepciones que tienen los pacientes y los profesionales de la salud sobre la categoría de coordinación

Información de los pacientes	Información de los profesionales de la salud
Coordinación	Barreras que se abordan cuando se revisan las historias clínicas de los pacientes: “no sabe quién lo va a atender, no sabe cuál es el desenlace, que pasó con esa atención, porque probablemente ese paciente se queda cautivo en el nivel de mayor complejidad al que lo remitieron” (Comunicación personal MI4-2, 2023).
	Historia clínica interoperable: “si el paciente llega remitido de algún otro lugar no tenemos acceso a su historia clínica, y el paciente la mayoría de las veces no sabe por qué está en diálisis. Esa es una dificultad. Nos toca empezar de cero” (Comunicación personal JE2-2, 2024).
	Esfuerzos de la subred con respecto a la historia clínica: “se fortaleció, se mejoraron los formatos de plantilla de cada historia clínica, ya todos utilizamos esta dinámica” (Comunicación personal MF2-2, 2023).

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones éticas: esta investigación fue
avalada por el comité de ética de la Subred Integra-
da de Servicios de Salud Norte que presta servicios
de atención primaria y especializada a diferentes
entidades administradoras de planes de beneficios
en la región norte de Bogotá, y se elaboró un con-
sentimiento informado para que cada paciente lo
firmara antes de realizar la entrevista.

Conclusiones

La enfermedad renal crónica es un problema de sa-
lud pública y forma parte de las patologías crónicas

prevenibles. La atención primaria cumple entonces
un papel de vital importancia en la atención de es-
tos pacientes ya que permite una gestión del riesgo
adecuada y un diagnóstico oportuno. Este servicio
debe cumplir los atributos de la atención primaria
descritos por Barbara Starfield: accesibilidad, lon-
gitudinalidad, integralidad y coordinación.

En este estudio se muestra que existe una bre-
cha entre el propósito que tienen la Subred Norte
y la experiencia de los pacientes en terapia de su-
plencia renal para ser atendidos de forma integral
e integrada en la red. Los clínicos perciben que hay
barreras para lograr este propósito.

Los enfermos saben que existe un servicio de nefrología y perciben una buena atención y una organización por programas que busca fomentar la prevención y disminuir la llegada a diálisis en pacientes en riesgo. Para una mejor articulación entre estos se requiere mejorar la comunicación entre servicios y esfuerzos administrativos que lo faciliten.

Hay avances que vale la pena seguir evaluando acerca de una mayor articulación para la atención integral del paciente con insuficiencia renal. Es necesario fortalecer la puerta de entrada y su comunicación con los programas y el servicio de nefrología, durante y después de la terapia de reemplazo renal para proveer una atención más integral e integrada. La incorporación de médicos familiares forma parte de esos avances en el propósito de una atención integral, y los esquemas de organización para la prestación de servicios. Todos estos cambios, incluida la participación

de médicos familiares, deberían evaluarse en el futuro.

Cabe resaltar la importancia que debe tener la atención centrada en el paciente con enfermedad renal crónica para ofrecer una atención más humana, mejorando las experiencias del enfermo y la relación con los profesionales de la salud, a fin de favorecer resultados en salud y promover una atención de calidad.

Antes de las entrevistas los participantes firmaron el consentimiento informado que proporcionaba explicación sobre el estudio, sus riesgos y beneficios al participar en la investigación.

Agradecimientos

Al equipo de pacientes y profesionales de la Subred Integrada de Servicios en Salud Norte E. S. E. A la doctora Carmen Patricia Villamil, especialista en Medicina Familiar por sus orientaciones.

Referencias

- (1) Cuenta de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021. Ministerio de Salud y Protección Social; 2022.
- (2) Wang V, Diamantidis CJ, Wylie J, Greer RC. Minding the gap and overlap: a literature review of fragmentation of primary care for chronic dialysis patients. *BMC Nephrol*. 2017 ago. 29;18(1):274. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0689-0>.
- (3) Rosas-Prieto AM, Narciso-Zárate V, Cuba-Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.): una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana*. 2013 ene.-mzo.;30(1):42-47. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7920369>
- (4) Pérez AV, Pinzón CE, Sierra F, Castillo C, Avellaneda P. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica (adopción). Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía 59; 2016.
- (5) Campo-Manco JA, Falón-Guardia MA. Atención en salud de los pacientes con enfermedad renal crónica en relación con el acceso teniendo en cuenta los sistemas de salud vigentes y la adherencia de acuerdo con el tratamiento recibido en algunos países de Latinoamérica. Universidad de Antioquia; 2022.
- (6) Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2016 ene.-jun.;15(30):212-233. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>
- (7) Mejía-Avila RE, Arredondo A, de la Sierra de la Vega LA, Miranda RV, Montaña AR. Barriers and facilitators in timely detection of chronic kidney disease: evidences for decision-makers. *Arch Med Res*. 2020 jul;51(5):355-362. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.04.009>.
- (8) Ramírez-Perdomo CA, Perdomo-Romero AY, Rodríguez-Vélez ME. El sistema de salud: barreras para los usuarios con insuficiencia renal crónica. *Av. enfer*. 2020 abr.;38(2):191-20. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.83555>
- (9) Castiblanco CA, Cano G, Ariza JF, Mejía-Parra A, Reyes LG, Ramírez-Gutiérrez LG. Prestador Primario de Servicios de Salud. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Informe. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.

- (10) Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam.* 2022;15(2):75-76.
- (11) Béchade C, Daireaus G, Henri P, Landru I, Batho JM, Hurault de Ligni B. Qui est le médecin de soins primaires du patient traité par hémodialyse? *Néphrologie et Thérapeutique.* 2014 abr.;10(2):106-111. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2013.09.005>
- (12) Orozco-Espinosa CA. El sistema de seguridad social en salud. 2020. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1rcf0q5.5>
- (13) Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. 2005;44(3):166-203. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- (14) Zimmerman DL, Selick A, Singh R, Mendelssohn DC. Attitudes of Canadian nephrologists, family physicians and patients with kidney failure toward primary care delivery for chronic dialysis patients. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2003;18(2):305-309. <https://doi.org/10.1093/ndt/18.2.305>
- (15) Winkelmayer WC, Owen Jr. W, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Preventive health care measures before and after start of renal replacement therapy. *J. Gen. Intern. Med.* 2002;17:588-595. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11021.x>
- (16) Phen SS, Kazory A, Bozorgmehri S, Ozrazgat-Baslanti T, Sattari M. Preventive care for patients with end-stage renal disease. *Semin Dial.* 2020 jul.;33(4):330-337. <https://doi.org/10.1111/sdi.12889>
- (17) García-Reza C, Cruz-Campuzano E, Gomez-Torres D, Toxqui-Tlachino MJG, Sosa-García BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la diabetes mellitus: contribuciones a la enfermería. *Esc Anna Nery.* 2014 oct.-dic.;18(4):562-569. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140080>
- (18) Hatta T, Kobayashi K, Tatematsu S, Utsonomiya Y, Isosaki T, Miyasaki Y, *et al.* The influence of Japanese general practitioners' familiarity with nephrologists on the management of chronic kidney disease. *J Nephrol.* 2022;35:2157-2163. <https://doi.org/10.1007/s40620-022-01423-9>
- (19) Imasawa T, Saito C, Kai H, Iseki K, Kasama JJ, Shibagaki Y, *et al.* Long-term effectiveness of a primary care practice facilitation program for chronic kidney disease management: an extended follow-up of a cluster-randomized FROM-J study. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2023 ene.;38(1):158-66. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfac041>
- (20) Hortelano-García MA, Toscano-Rivera A, Monserrate-Vallejo E, Fernández-González C, Echenique Griselda V, *et al.* Abordaje del paciente con insuficiencia renal crónica. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2019 ene.;26(1):1-26. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2018.10.012>
- (21) Alcázar-Arroyo R, Orte L, González-Parra E, Górriz JL, Navarro JF, Martín de Francisco AL, *et al.* Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología.* 2008 jul.;28(3):241-359.
- (22) Sánchez LS, Ramos YD, González RA. Modo de actuación para la atención primaria de salud ante el riesgo y/o un daño renal. *Actuation mode for accuarrancy kidney damage risk on Primary care.* 2019;1-16.