



Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México

BARRERAS PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO DE ANTIVIRALES DE
ACCIÓN DIRECTA PARA HEPATITIS C EN UNIDADES DE TERCER
NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 2021

Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Pública con área
de concentración en Enfermedades Infecciosas presentado por:

Cecilia Morlet García

Generación: 2019-2021

Directora: Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda. Instituto Nacional de Salud Pública,
Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI).

Asesora: Dra. Graciela Elia Castro Narro. INCMNSZ/Médica Sur.

Asesor: Dr. Vicente Madrid Marina. Instituto Nacional de Salud Pública, CISEI.

Agosto 2021, Cuernavaca, Morelos.

Agradecimientos

A mis padres y a mi hermana, Margarita, Alejandro y Miriam, por darme su amor y apoyo incondicional a lo largo de la vida y por siempre ser mi refugio ante las adversidades.

A mi esposo, Abraham, por el amor incondicional y por creer en mi potencial e impulsarme a lograr mis sueños, dándome ese ejemplo de superación y persistencia.

A mi directora, Dra. Kirvis Torres Poveda, por su apoyo, orientación y disposición desde el inicio hasta el final de este proyecto y por los valiosos conocimientos que me compartió a lo largo de este tiempo.

A la Dra. Graciela Elia Castro Narro, por el apoyo y asesoría para realizar este proyecto.

A los participantes de este proyecto, pacientes y médicos, por compartirme sus conocimientos, opiniones y experiencias.

A mis coordinadoras de área de concentración, por motivarme de forma constante y transmitirme ese amor por la Salud Pública.

A mis compañeros de maestría, por el apoyo, los conocimientos, por enseñarme a trabajar en equipo y sobre todo por compartirme su amistad.

Contenido

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes	5
3. Marco Teórico	18
4. Planteamiento del problema.....	27
5. Justificación.....	28
6. Objetivos	29
7. Material y Métodos	30
9. Resultados	37
10. Discusión.....	53
11. Recomendaciones.....	57
12. Conclusiones.....	58
13. Limitaciones del estudio.....	59
14. Recursos materiales y financiamiento	59
15. Referencias	60
16. Anexos.....	67

1. Introducción

Las hepatitis virales son enfermedades transmisibles que se consideran un problema de salud pública a nivel mundial. En 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que había en el mundo 71 millones de personas con hepatitis C en su forma crónica, de estos, 399.000 fallecieron por complicaciones de la enfermedad causada por el Virus de la Hepatitis C (VHC). Actualmente, es necesario que el 90% de los pacientes infectados con el VHC sea diagnosticado y el 80% de estos últimos sea tratado (1).

Además de las secuelas hepáticas, la hepatitis C conlleva a tener una carga adicional para otras comorbilidades tales como: depresión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, alteraciones cardiovasculares, entre otras. En sí, estas comorbilidades son asociadas directamente a la hepatitis C, llamándolas manifestaciones extrahepáticas (2, 3).

En 2010 y 2014 fueron aprobadas resoluciones para abordar a la hepatitis C como un importante problema de salud pública; sin embargo, en 2015 a consecuencia de otras amenazas a la salud pública, se produjeron 1.75 millones de nuevas infecciones, principalmente por el uso de drogas parenterales, haciendo un énfasis especial en la pobre seguridad que ofrecían los servicios de salud, pero sobre todo, a los elevados costos a los que se comercializan los antivirales de acción directa, siendo estos últimos exitosos en las tasas de curación para hepatitis C (4).

El presente proyecto terminal busca definir las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en distintas unidades de tercer nivel de la Ciudad de México, con el fin de otorgar información que permita la toma de decisiones del personal sanitario acerca de tratamiento correcto y oportuno de la hepatitis C.

2. Antecedentes

Epidemiología de la infección por el Virus de Hepatitis C

La hepatitis C es una enfermedad que afecta a todo el mundo, se estima que la prevalencia global del VHC fue del 1.0% en 2015, lo que corresponde a 71.1 millones de infecciones (5); no obstante, existen regiones que se encuentran más afectadas como lo son el Mediterráneo oriental con una prevalencia del 2.3% y Europa con 1.5%, otras regiones del mundo abarcan del 0.5-1.0%. Son 30 los países que representan el 80% del total mundial de las infecciones por el VHC, México se encuentra en el lugar 21 (Figura 1). A nivel mundial, el 23% de las nuevas infecciones y el 33% de muertes por hepatitis C se atribuyen al uso de drogas parenterales (6).

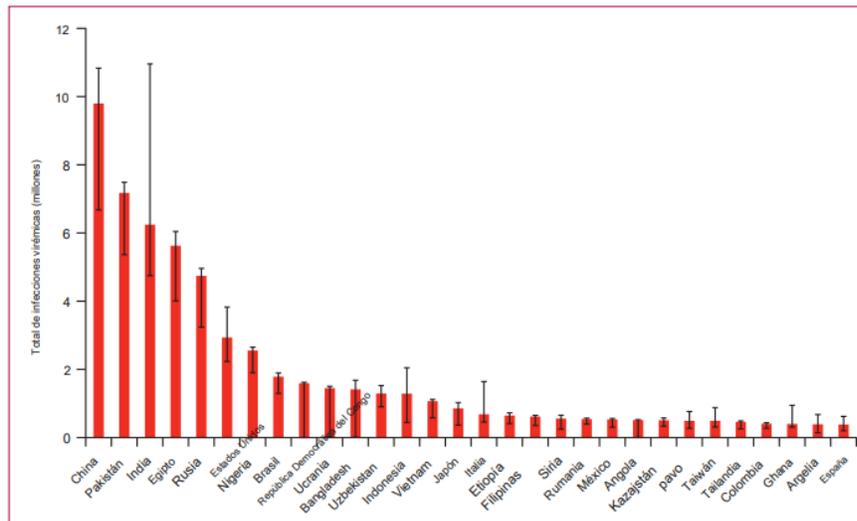


Figura 1. Países que representan el 80% del total de infecciones por VHC. Fuente: The Polaris Observatory HCV Collaborators. 2015.

En México se observa una tendencia ascendente desde el año 2000, y mantiene una tasa promedio anual de crecimiento del 10%, esto se traduce en 100 a 200 casos nuevos por año. En 2009 la incidencia en México fue de 1.9 por cada 100 000 habitantes, de estos, 54% fueron hombres siendo el grupo de edad más afectado de los 50 a 59 años. Según los datos de la Encuesta Nacional de salud de año 2000, México contaba con una prevalencia del 1.40% del VHC en la población adulta, en el total de la población fue del 0.95% (7).

Para 2011, 155,800 personas vivían con Hepatitis C, siendo diagnosticadas 14,700 personas ese mismo año; no obstante, solo 3,110 pacientes fueron tratados (8). El Centro Nacional de Trasplantes reportó que se realizaron 101 trasplantes en 2011, 149 en 2013, y de estos últimos, el 31.8% eran atribuibles al VHC (9).

Una revisión sistemática y un metaanálisis sobre la actualización integral del estado de la infección por el VHC en México de 2008 a 2019, reportó que durante el periodo de estudio la Secretaría de Salud en México informó de 25,247 nuevos casos, siendo Baja California Norte, Ciudad de México, Jalisco, Sinaloa y Estado de México las principales 10 entidades con las tasas más altas de incidencia (Figura 2). Estos últimos estados acumularon un total de 19,271 casos nuevos. En el país existen actualmente de 400 000 a 1 400 000 personas con hepatitis C y de estos, 200 000 a 700 000 son activos y requieren tratamiento antiviral (10).



Figura 2. Casos nuevos de infección por VHC por estado en México 2008-2019. Fuente: "A comprehensive update of the status of hepatitis C virus infection in México". 2020

Carga de Enfermedad por infección por el Virus de Hepatitis C y sus complicaciones

De acuerdo al Estudio de la carga global de enfermedad (GBD por sus siglas en inglés) en 2017, México presentó una prevalencia de 20,793 casos por cada 100 000 habitantes para cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (Figura 3).

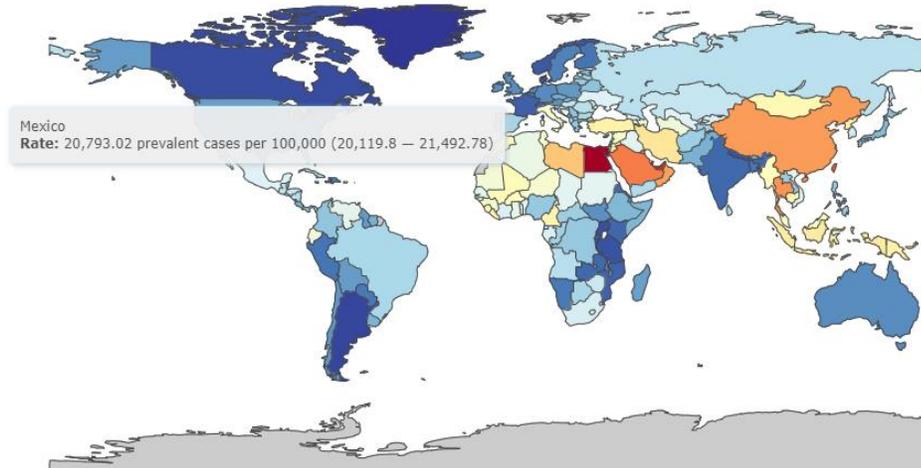


Figura 3. Prevalencia en México de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Fuente: Global Burden of Disease Study, 2017.

En cuanto a la incidencia el GBD 2017 reporta que México presentó 152.86 nuevos casos por cada 100 000 habitantes (Figura 4)

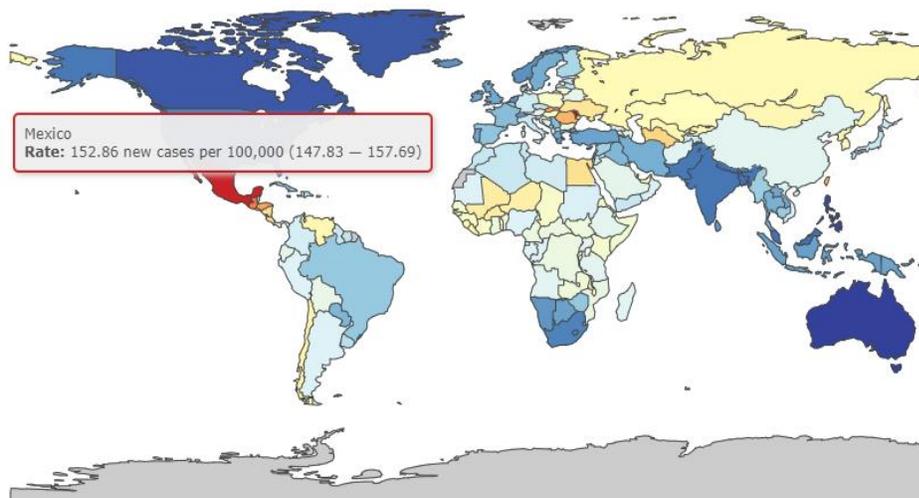


Figura 4. Incidencia en México de cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Fuente: Global Burden of Disease Study, 2017.

Los años de vida perdidos o (YYL´s por sus siglas en ingles) son una medida para cuantificar los niveles y tendencia de mortalidad prematura. Los YYL´s se traducen como el componente de mortalidad de los años de vida ajustados por discapacidad. Para México son un total de 910.7 YYL´s por cada 100 000 habitantes (Figura 5) (11).

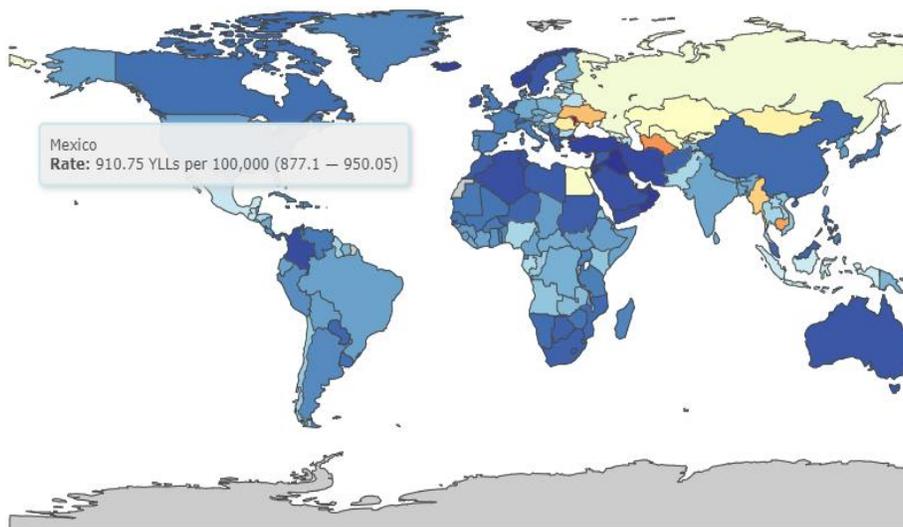


Figura 5. Años de vida perdidos en México por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Fuente: Global Burden of Disease Study. 2017.

Así mismo, se hace referencia a los años de vida ajustados por discapacidad o (DALY'S por sus siglas en inglés), los cuales son la suma de años de vida perdidos por muerte prematura y los días de vida productiva perdidos por discapacidad. Para México son un total de 947.2 DALY'S por cada 100 000 habitantes (Figura 6) (12).

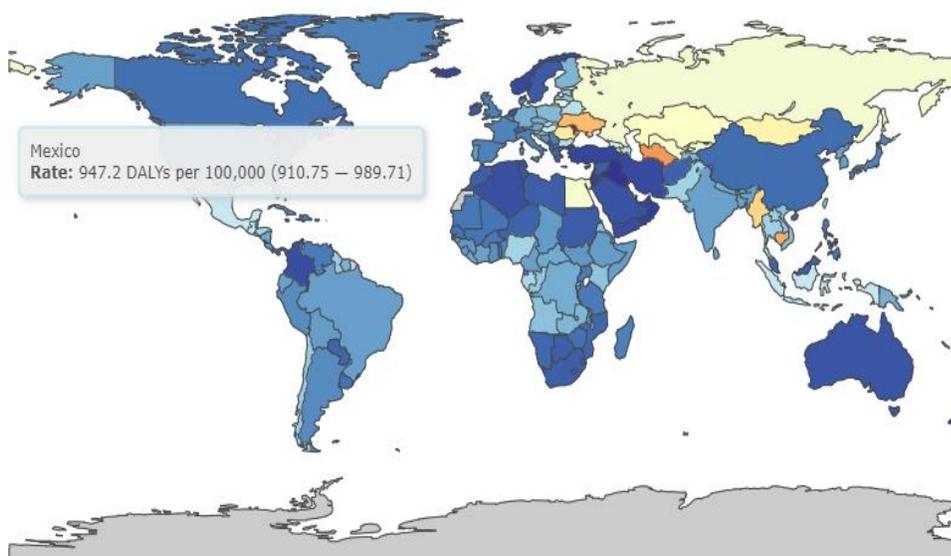


Figura 6. Años de vida ajustados por discapacidad en México por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Fuente: Global Burden of Disease Study. 2017.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan una gran carga de morbilidad a nivel mundial. Algunas enfermedades infecciosas como la Hepatitis C causan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles específicas. En un estudio realizado en 2017, se realizó una cuantificación integral de la carga global de ENT por causas infecciosas (13).

A nivel mundial la carga de ENT atribuible a causas infecciosas constituyó un gran número de DALY'S con un total de 130 millones, siendo el 8.4% del total global. Uno de los pares de asociaciones con mayor carga fue la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas a causa del VHB con 12.2 millones y del VHC con 10.4 millones (Ver figura 7) (13).

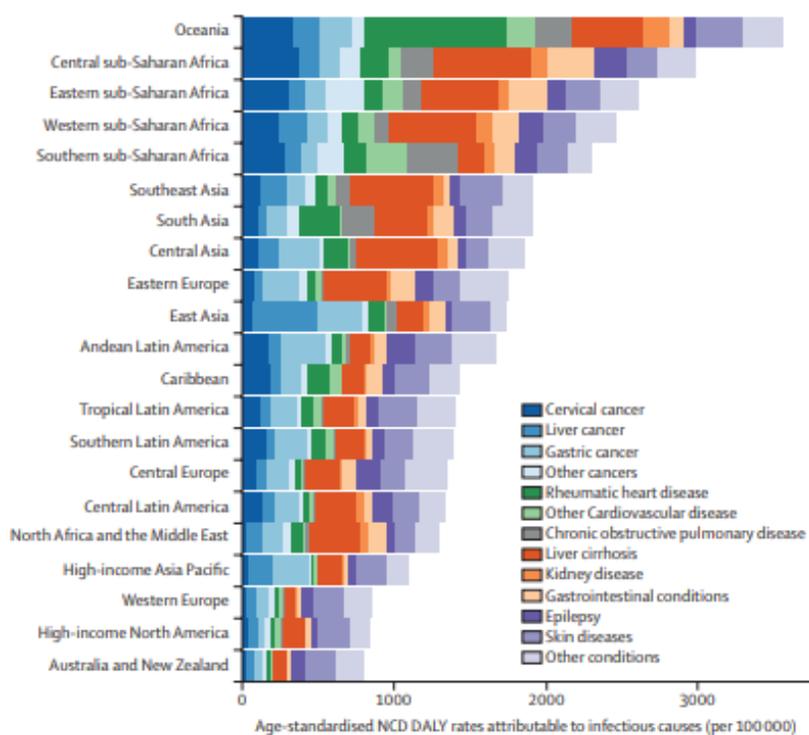


Figura 7. Tasas estandarizadas por edad y específicas por región de los años de vida perdidos por discapacidad por enfermedades no transmisibles atribuibles a causas infecciosas. Fuente: Burden of non-communicable diseases from infectious causes. 2017.

Generalidades

La hepatitis C es una enfermedad viral del hígado que es ocasionada por el VHC. Este pertenece a la familia Flaviviridae, genero Hepaciviridae, tiene un tamaño de 30-60 nm, además, contiene un genoma de RNA que está rodeado por una cápside icosaédrica y una envoltura (Figura 8) (14, 15).

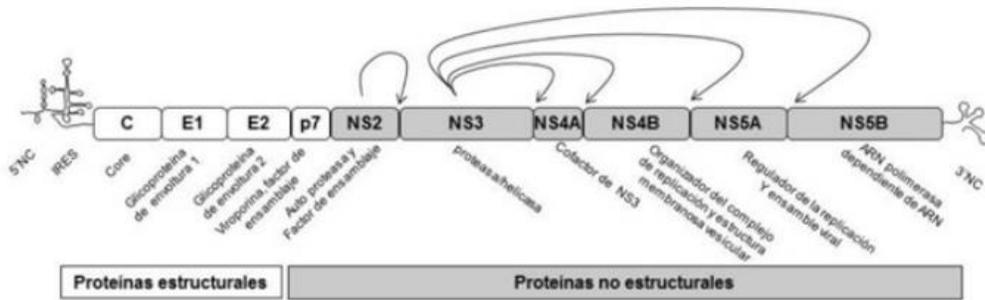


Figura 8. Organización genómica del virus de la Hepatitis C. Fuente: "Epidemiología molecular del virus de la hepatitis C". 2016

Haciendo énfasis en el genoma del VHC, este es una única molécula de ARN monocatenario lineal de cadena simple y polaridad positiva, es de aproximadamente 9.6 Kb de tamaño, su genoma está asociado al core la cual es la única proteína constituyente de cápside viral. (Figura 9) (16).

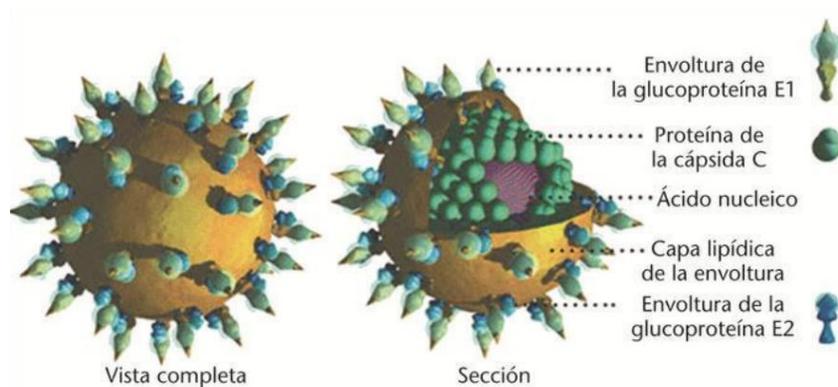


Figura 9. Estructura del virus de la Hepatitis C. Fuente: "Tratamiento y alternativas de la Hepatitis C". 2016

De este virus se conocen hasta el momento seis genotipos y al menos 50 subtipos. A nivel mundial predomina el genotipo 1, seguido del genotipo 3 y el genotipo 4. El genotipo 1 predomina en los países de altos ingresos y altos-medianos, mientras que el genotipo 3 es común en los países de medianos y bajos ingresos, por último, el genotipo 4 predomina en los países de bajos ingresos (5) (Figura 10)

Actualmente en México predomina el genotipo 1; sin embargo, esto varía de acuerdo a la zona geográfica (17).

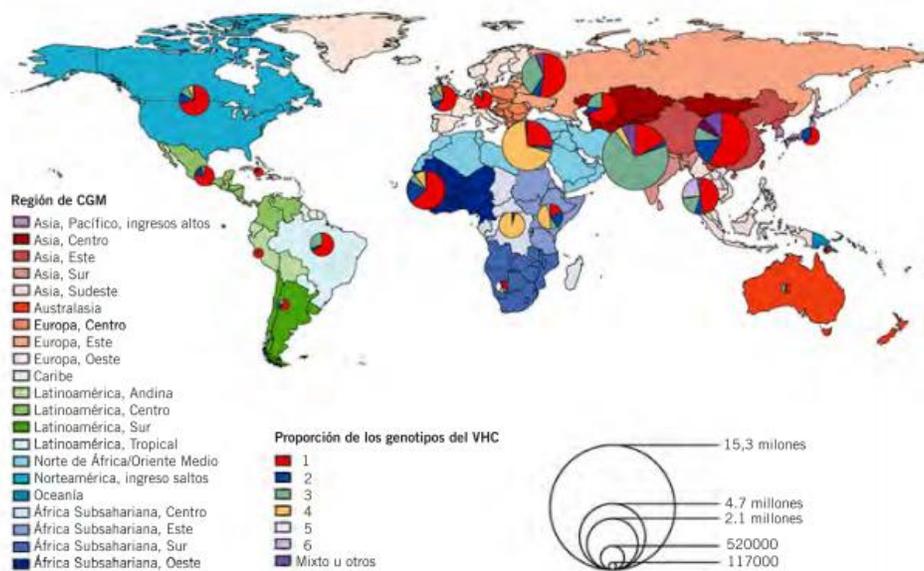


Figura 10. Distribución mundial de los genotipos de VHC. Fuente: The Polaris Observatory HCV Collaborators. 2015.

Transmisión

Esta enfermedad es más frecuente en grupos de población con conductas y exposición de riesgo asociadas, lo cual lleva a determinar de forma geográfica una mayor afectación en ciertos grupos poblacionales en México. Entre las poblaciones con mayor probabilidad de tener una infección por el VHC están las personas que se encuentran privadas de su libertad, usuarios de drogas parenterales o personas con enfermedades concomitantes como el VIH principalmente (18). En 2010 a nivel mundial un 5% de las inyecciones aplicadas en establecimientos de salud se hicieron con dispositivos no estériles, lo cual ocasionó 315,000 nuevas infecciones.

El uso desmesurado de dispositivos punzocortantes para administración de medicamentos aumenta el riesgo para la infección por VHC (19). Un mecanismo de transmisión menos común es el vertical, o de la madre al hijo el cual va desde el 4 al 8% en hijos de madres infectadas con el VHC, así como la transmisión vía sexual, vía por la cual no hay evidencia suficiente; sin embargo, es más frecuente en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (20).

En México la principal vía de transmisión del VHC es horizontal siendo la más importante el contagio por fluidos biológicos contaminados por transfusión de hemoderivados y por uso de drogas parenterales (21). La infección por el VHC en este país inicia su ciclo en los años 60 debido a las nulas pruebas contra hepatitis en bancos de sangre y para los años 70 las infecciones se asocian a una iatrogenia médica ya que aumentaron de forma considerable las cirugías de tipo obstétrico sin sustento suficiente, por lo tanto, como resultante está la dispersión del VHC, principalmente en mujeres (19).

Cuadro clínico

Este virus se manifiesta como una enfermedad tanto aguda como crónica, siendo este la causa más común de hepatitis crónica y cirrosis a nivel mundial (22). Las infecciones agudas normalmente pasan de forma asintomática, los síntomas son inespecíficos y desaparecen por sí solos a las pocas semanas. Aproximadamente un 30% de las personas infectadas eliminan el virus de manera espontánea en un plazo de seis meses, el 70% restante evolucionará a una fase crónica y en estos casos el riesgo para padecer cirrosis será de un 20% en los próximos 20 años, por lo que la hepatitis crónica por VHC es la causa principal para desarrollar cirrosis hepática y trasplante hepático (15, 23).

A pesar de la dificultad de definir la historia natural de la enfermedad de la hepatitis C, en su forma crónica se describen los siguientes síntomas: fatiga, malestar general, náuseas, anorexia, mialgias, artralgias, pérdida de peso, dolor abdominal, coluria, prurito y deterioro a nivel cognitivo. Hablando de estudios de laboratorio y gabinete, estos no suelen llevar una relación estricta con la enfermedad; no obstante, es el perfil hepático el cual resulta alterado en un gran porcentaje de los casos (21).

Las complicaciones más comunes de la hepatitis C son la cirrosis hepática, ascitis, varices esofágicas, hemorragias, encefalopatía hepática y carcinoma hepático (15). Dado que la fase aguda por la infección de VHC es normalmente asintomática, son muy pocos los casos que son diagnosticados al inicio de la enfermedad; sin embargo, también la fase crónica se mantiene sin diagnóstico ya que este se hace hasta que los signos y síntomas graves secundarios al daño hepático se manifiestan o dado el caso, que las manifestaciones extrahepáticas se presenten (Figura 11)

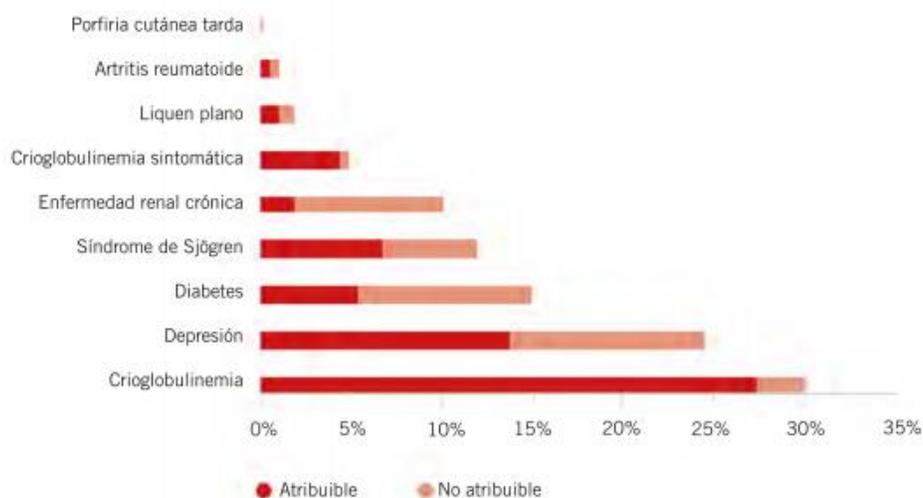


Figura 11. Prevalencia de comorbilidades en las personas con infección por el VHC. Fuente: "Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C", 2018.

Diagnóstico

El diagnóstico para hepatitis C se realiza en dos etapas, la primera consiste en la detección de anticuerpos anti-VHC con una prueba serológica la cual revela si hubo exposición previa a la infección, y la segunda, consiste en que si se detecta anticuerpos anti-VHC positivos, se confirma la infección crónica y activa por medio de una prueba que detecta ácido ribonucleico (ARN) del VHC. Una vez que se diagnostica una infección crónica por el VHC, se valora el daño hepático por medio de estudios de laboratorio y una biopsia hepática, para finalmente dar pauta a la decisión terapéutica más conveniente (23).

Tratamiento

En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó la Estrategia Mundial del Sector de la Salud, la cual propone la eliminación de la Hepatitis C como amenaza de Salud Pública para el año 2030. Para ello es necesario que el 90% de las personas sean diagnosticadas y que el 80% sean tratadas, actualmente de los 71 millones de personas con hepatitis C en el mundo solo el 20% son diagnosticadas y el 7% son tratadas (24).

El tratamiento para la hepatitis C crónica ha cambiado de forma rápida y radical en los últimos años, esto ha llevado a tener tasas más altas de curación. Antes de 2013, el tratamiento para la hepatitis C resultaba difícil, con efectos adversos y prolongados, con tasas de éxito del 40%, debido a que se usaba la combinación de interferón alfa pegilado (PegIFN) y Ribavirina (RBV) durante 24 a 48 semanas. Con este tratamiento se obtenían tasas de respuesta viral sostenida (RVS) del 40-70% dependiendo del tipo de genotipo del VHC (25, 26). La OMS recomienda ofrecer tratamiento a todos los individuos a los que se diagnostique una infección por el VHC y tengan una edad igual o superior a los 12 años con independencia de cuál sea el estado de la enfermedad (10).

Hoy en día existen antivirales de acción directa (ADD) de última generación, los cuales han resultado ser esquemas de tratamiento exitosos. Es en 2011 cuando se aprueban en algunas regiones del mundo los primeros ADD: Telaprevir (TPV) y Boceprevir (BOC) que en combinación con RBV y PegIFN fueron administrados en triple terapia con tasas de RVS hasta del 75% en ensayos clínicos y el 64% en la práctica; no obstante, dichos ADD fueron retirados por manifestar interacciones farmacológicas desfavorables (25).

A partir de 2014 han sido autorizados nuevos ADD como los inhibidores de la proteasa de segunda generación: Simeprevir (SMV) y Paritaprevir (PTV), inhibidores de la polimerasa NS5B: Sofosbuvir (SFV) y Dasabuvir (DSV) e inhibidores de la polimerasa NS5A Ledipasvir (LDV), Aclatasvir (DCV) y Ombitasvir (OBV), entre otros. Los esquemas de tratamiento varían de acuerdo al genotipo del VHC y pueden tener una duración de ocho, 12, 16 o 24 semanas (25). Desde mayo de 2018 la FDA tiene autorizado 13 ADD de cuatro clases y diversas asociaciones fijas (24) (Figura 12).

Inhibidores de la NS3/4A (proteasa)	Inhibidores de la NS5A	Inhibidor de la polimerasa NS5B (análogo de nucleótido)	Inhibidor de la polimerasa NS5B (no análogo de nucleósido)
Glecaprevir	Daclatasvir	Sofosbuvir	Dasabuvir
Voxilaprevir	Velpatasvir		
Grazoprevir	Ledipasvir		
Paritaprevir	Ombitasvir		
Simeprevir	Pibrentasvi		
	Elbasvir		

Figura 12. Antivirales de acción directa según su clase. Fuente: "Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C", 2018.

A continuación se describen los mecanismos de acción de cada una de las clases de los ADD autorizados:

Inhibidores NS3 / 4A: Estos se dirigen a la serina proteasa NS3 / 4^a la cual divide la poliproteína del VHC en cuatro sitios.

Inhibidores de la NS5A: Esta proteína es una parte esencial para el ensamblaje y para la replicación viral. Estos inhibidores son antivirales potentes que actúan a concentraciones mínimas.

Inhibidores de la polimerasa NS5B: La responsable de la replicación del ARN del VHC es la ARN polimerasa dependiente de ARN de NS5B. Existen dos clases principales del inhibidor de la polimerasa NS5B: los inhibidores de nucleósidos que son los que se unen al sitio activo de la enzima y ocasionan la finalización de forma temprana de la cadena y los inhibidores no nucleósidos que se unen fuera del sitio activo pero inhiben el ARN (Figura 13) (27).

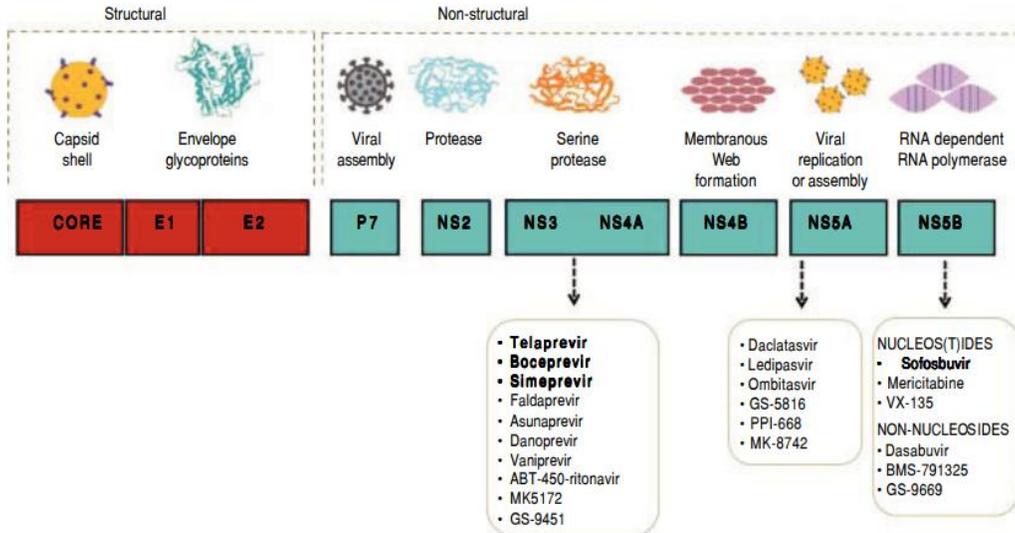


Figura 13. Proteínas estructurales que desempeñan un papel fundamental como posibles objetivos para el desarrollo de las nuevas terapias de los ADD. Fuente: Latin American Association for the Study of the Liver Recommendations on Treatment of Hepatitis C. 2014.

La OMS recomienda el uso de pautas de ADD pangenotípicas para el tratamiento de las personas con infección crónica por el VHC de edad igual o superior a los 18 años (24). Las pautas de tratamiento pangenotípicas actualmente disponibles para uso en adultos mayores de 18 años son:

- Sofosbuvir/Velpatasvir: 12 semanas
- Sofosbuvir/daclatasvir 12 semanas
- Glecaprevir/pibrentasvir 8 semanas

En adultos que tienen una cirrosis compensada se usan las siguientes pautas; sin embargo, pueden modificarse de acuerdo a las características del paciente:

- Sofosbuvir/Velpatasvir: 12 semanas
- Glecaprevir/pibrentasvir: 12 semanas
- Sofosbuvir/daclatasvir: 24 semanas
- Sofosbuvir/daclatasvir: 12 semanas

El objetivo primario de los ADD es curar la infección por el VHC. Se habla de curación cuando se logra que un paciente mantenga una RVS a las 12-24 semanas tras finalizar el tratamiento. El porcentaje de pacientes que alcanza una RVS con los ADD va desde el 80% al 95% (25). Inicialmente los ADD se comercializaban a un precio muy alto lo cual limitaba aún más su acceso. Últimamente crecen las oportunidades de acceder a medicamentos genéricos los cuales a diferencia de los medicamentos de patente, tienen relativamente un precio más bajo.

Según la Coalición para el estudio de la hepatitis C en México, se estima que existen entre 400 mil y 600 mil personas con Hepatitis C que requieren tratamiento antiviral. De los pacientes seropositivos el 65% tiene una infección crónica, el 25% está consciente de su enfermedad y solo el 1% recibe tratamiento. Un tratamiento de 12 semanas por paciente en México tiene un costo de 187,110 pesos. En 2017 se atendieron a 910 personas por lo cual el costo total para 2017 ascendió a: 363,367,620 pesos (26). De acuerdo a lo mencionado por el Dr. Jorge Luis Poo, México debería de tratar alrededor de 86,000 pacientes cada año por los siguientes 10 años si se quiere lograr la meta de eliminación para 2030 propuesta por la OMS (28).

La realidad actual es que el tratamiento para la Hepatitis C ha evolucionado como ha sido mencionado, son terapias que ofrecen una tasa de curación más alta con menos efectos secundarios y menos monitoreo durante el tratamiento. En la actualidad es difícil predecir el cómo esta nueva terapia ha cambiado y cambiará la práctica clínica; sin embargo, no existen dudas de que este nuevo régimen debería de eliminar las barreras reales y percibidas actualmente en cuanto a la aceptación del tratamiento.

No se debe descartar que la introducción y aprobación de este régimen depende del costo de este, del presupuesto de salud asignado al VHC, la experiencia del personal de salud, y el tamaño de la población diagnosticada con el VHC que tenga acceso a la atención en salud. Hoy en día, el nuevo régimen de tratamiento en México es gratuito en todas las unidades de salud de tercer nivel; no obstante, continúan los estudios de costo-efectividad y de barreras de acceso al mismo.

En 2015 se realizó un estudio donde se pronosticó la epidemia del VHC hasta 2030 para 15 países, se consideró el impacto relativo de dos escenarios: mayor eficacia del tratamiento manteniendo constante a la población tratada y mayor eficacia del tratamiento y mayor población tratada anual (29).

En México en el escenario de únicamente mayor eficacia se reporta que habría 28,000 pacientes menos diagnosticados con el VHC en 2030, una reducción del 5%, además, el número de muertes reduciría en un 10%, con 3290 muertes. Con un aumento en la tasa de tratamiento, habría 51,400 pacientes menos diagnosticados con el VHC en 2030, una reducción del 10%, así mismo, el número de muertes reduciría en un 20%, con 2870 muertes. Esto lleva la confirmación de que el aumento de los niveles de diagnóstico y tratamiento, en combinación con una mayor eficacia del tratamiento, es fundamental para lograr reducciones sustanciales en la carga de morbilidad (29).

3. Marco Teórico

Barreras en el acceso a los servicios

Según los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos se define barrera como algo que impide, previene, separa o limita (30). Frenk define al término acceso como la capacidad de un individuo para buscar y obtener atención, por lo tanto, el término acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios (31).

Carracedo refiere que se necesita de un enfoque social cuando se analiza la accesibilidad y adherencia. El usar un servicio muestra accesibilidad, pero esta es interrumpida si no hay adherencia por parte del usuario, esto quiere decir que si el usuario no identifica de forma correcta a los servicios médicos como fuente para satisfacer la necesidad de atención y establecer un sentido de pertenencia, no habrá éxito (32).

Las barreras presentes en el acceso a los servicios de salud se clasifican en tres (Figura 14): las *barreras económicas*, las cuales se manifiestan como la falta de recursos para la compra de medicamentos o uso de transporte, las *barreras geográficas* como la falta de establecimientos de salud cercanos a la población, y finalmente las *barreras culturales*, las cuales se determinan por las características entre la cultura del proveedor y la cultura del usuario del servicio.

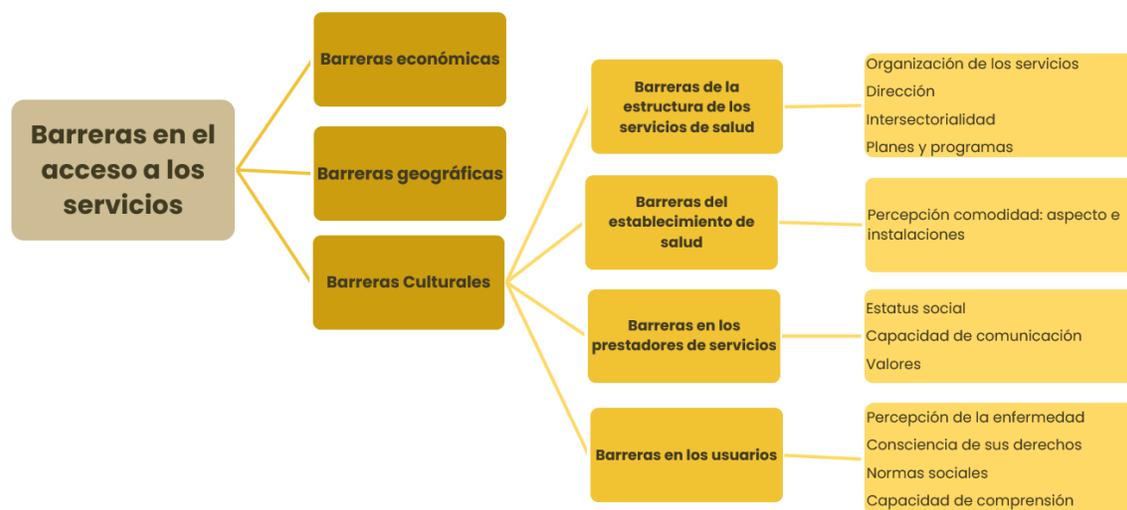


Figura 14. Clasificación de las barreras en el acceso a los servicios. Fuente: Elaboración propia a partir de: Secretaria de Salud. "Las barreras culturales en los servicios de salud". 2002.

Estas barreras son determinadas por el género, etnia, clase social, edad, orientación sexual, entre otros y pueden incidir de forma negativa en situaciones como el establecer un diagnóstico certero, en el explicar indicaciones médicas de forma adecuada y en establecer un ambiente de confianza suficiente para un tratamiento exitoso. Las barreras culturales se clasifican a su vez en cuatro: las que se presentan desde la estructura de los servicios de salud, las que se presentan en el establecimiento de salud, en los prestadores de servicios de salud y en los usuarios (33).

En cuanto a las barreras que se presentan en la estructura de los servicios de salud son: la organización de los servicios, la dirección de estos, la parte intersectorial, los programas y planes y la participación del usuario en estos. En el establecimiento de salud, las barreras principales tienen que ver con la percepción de comodidad del usuario en cuanto al aspecto e instalaciones de una unidad.

En los prestadores de servicios las principales barreras que se presentan son: el estatus social, la capacidad de comunicación y valores. Finalmente, en los usuarios las principales barreras tienen que ver con la percepción de la enfermedad, la conciencia de sus derechos, normas sociales y la capacidad de comprensión (33, 34).

Niveles de prevención

Hablar de los niveles de prevención en salud es imprescindible cuando se habla de barreras en salud, ya que es necesario identificar de forma correcta donde se sitúa el ámbito donde se desenvuelve el tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la prevención primaria como las intervenciones dirigidas a limitar la incidencia de la enfermedad por medio del control de factores de riesgo, a la prevención secundaria como intervenciones dirigidas a la curación de pacientes, así como a reducir las consecuencias de una enfermedad, todo por medio de la detección temprana y tratamiento oportuno de los casos, además, su objetivo principal es limitar la duración y gravedad de la enfermedad, y finalmente a la prevención terciaria como las intervenciones dirigidas a reducir las secuelas y discapacidad derivadas de la enfermedad, minimizando lo más posible el sufrimiento y mejorando la calidad de vida del paciente, adaptando a este último en lo mayor posible a su entorno diario (35).

Representación social de la hepatitis C

Moscovici en 1961, define el concepto de representación social como una forma de aproximarse a las relaciones sociales de carácter simbólico, relaciones que comprenden tanto el pensamiento como la acción y el nivel individual y colectivo. La teoría de las representaciones sociales ofrece un marco explicativo sobre los comportamientos de las personas estudiadas, este conocimiento que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, va más allá del referente cultural y de las estructuras sociales (36). Las representaciones sociales son la síntesis de estas explicaciones y hacen referencia a un tipo específico de conocimiento, que juega un papel decisivo sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana, es decir, el conocimiento dado por el sentido común (37).

La Fundación Mexicana para la Salud Hepática reporta resultados de un seminario multidisciplinario que aborda el reconocimiento y construcción de la hepatitis C como problema de salud en México (37), se encontró lo siguiente: un amplio porcentaje de la población (89.5%) ha oído hablar sobre la hepatitis. Las personas que han escuchado hablar más de la hepatitis son las personas con mayor edad, las personas con mayor nivel de escolaridad, quienes habitan en zonas urbanas y las personas con mayor ingreso.

Para el caso de la hepatitis C se observa que existe un conocimiento vago, ya que únicamente 18.7% de los encuestados la mencionó espontáneamente. El tipo de hepatitis más conocida es la hepatitis A, que fue mencionada por el 23.3% de los entrevistados. Cuando se pregunta a la población si ha escuchado hablar de la hepatitis C, poco más de la mitad (53.2%) respondió que sí ha oído hablar de la enfermedad.

Estos datos muestran que la hepatitis se percibe como un todo homogéneo, es decir, que las personas en general no efectúan distinciones entre sus diversos tipos. Asimismo, las personas no relacionan a esta enfermedad con sus posibles complicaciones (37). Cuando se pregunta a las personas si han oído hablar de la cirrosis, casi 9 de cada 10 personas han escuchado sobre dicho padecimiento. Por otra parte, cuando se pregunta a las personas sobre las causas de la cirrosis sólo 3% menciona que es causada por la hepatitis. La opción más mencionada en esta pregunta es el alcoholismo (77.1%).

El conjunto de estos datos muestra que las personas no relacionan la hepatitis con la etapa más avanzada y grave del padecimiento inicial de la cirrosis e incluso con el cáncer de hígado. La manera en que se representa socialmente la hepatitis puede hacer que las personas la consideren como una enfermedad de bajo riesgo.

Determinantes Sociales y Modelos para la atención en salud

Haciendo énfasis en el modelo multidimensional en salud, se sabe que la respuesta social a un problema de salud tiene que ser respaldada siempre por el contexto epidemiológico pero sobre todo por las experiencias y conocimiento de uno mismo o de una población. No obstante, el problema de salud no debe de ser enfocado únicamente en el individuo, se tienen que mirar los determinantes sociales de la salud, las políticas sociales, redes sociales y los patrones culturales que predominen en ese periodo.

Todo el último conjunto mencionado estructurado de forma adecuada llevaría a tener las medidas de control ideales para la hepatitis C, siendo esto también aplicable a otras enfermedades de predominio infeccioso (35).

He aquí entonces la interrogante del por qué solo algunas personas acceden a los servicios de salud, pero sobre todo, ¿Por qué es que solo algunos pacientes logran tener un tratamiento oportuno y efectivo? Se dice que un sistema de salud es exitoso cuando una persona persiste sana, pero en caso de enfermar, que esta tenga sin problema algún acceso a todos los servicios, incluido el tratamiento, y que este último mejore su nivel de salud; sin embargo, para esto es necesario saber que condiciona a este tratamiento (38).

El nivel de salud está dado por los determinantes sociales de la salud, los cuales se definen como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan al nivel de salud. Es importante señalar que para definir un determinante social se tienen que tomar en cuenta las condiciones sociales en las que un individuo vive y que eventualmente todas estas definirán el nivel de salud de este. El sistema de salud es como tal un determinante social; no obstante, este tiene gran peso ya que determina el efecto social de muchos otros.

Los determinantes sociales en salud nos suelen señalar inequidad en los servicios de salud, la inequidad refiere que las desigualdades son justas y evitables. Si existiese equidad en salud, cada persona contaría con lo básico para obtener su máximo potencial y mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta sus condiciones sociales, ya que estas deben de ser adaptadas y dejando a un lado la capacidad económica de un individuo.

Existen diversos autores que plantean modelos de salud que estudian el acceso a la atención en salud; sin embargo, son dos los que resaltan: el de Andersen y Davidson y el "Modelo de cobertura efectiva" por parte de Tanahashi. Andersen y Davidson plantean cuatro dimensiones de las cuales depende totalmente el acceso a la salud, estas son: características contextuales, las cuales involucran al sistema de salud, la familia y la comunidad, las características individuales, las conductas en salud y los resultados (39).

Tanahashi trata de incorporar ciertos modelos en su modelo de cobertura efectiva, definiendo esta última como la proporción de una población que recibe atención en salud de forma eficaz. Este modelo plantea que para el proceso de acceso a un servicio de salud, siempre existirá una interacción de la provisión de servicios y la población, siendo esta última fuertemente influenciada por las características del sistema de salud, así como por

los recursos y que tanto la población sepa reconocer cuando necesita de un servicio específico en salud (Figura 15). Este modelo ayuda a reconocer la situación de inequidad en salud que puede existir dentro de una población con grupos específicos, haciendo énfasis en la identificación de las barreras así como los facilitadores que existen en el camino hacia la cobertura efectiva (40, 41).

Se consideran cinco etapas dentro de este las cuales son:

1. **Disponibilidad de servicios:** recursos humanos, insumos e infraestructura.
2. **Accesibilidad:** conectividad, transporte, administración financiera.
3. **Aceptabilidad de los servicios:** percepción de la población influenciada por factores sociales, culturales, creencias, normas y valores.
4. **Contacto con el servicio:** continuidad de la atención otorgada por los servicios de salud hacia el paciente, teniendo en cuenta la calidad del servicio.
5. **Cobertura efectiva:** población que recibe atención de forma efectiva.

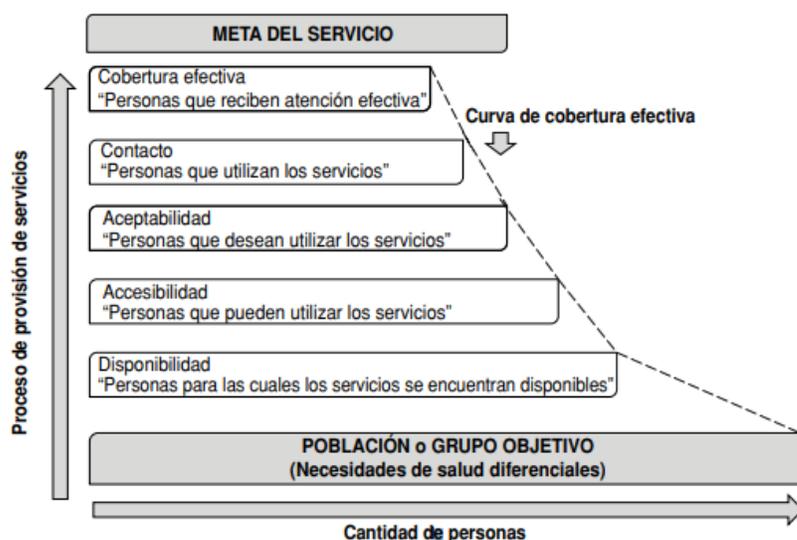


Figura 15. Cobertura de servicios de salud y su evaluación. Fuente: Tanahashi T. OMS. 1978

Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el VHC, OMS-OPS.

Actualmente las directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el VHC cuentan con modelos simplificados de prestación de servicios. Este es un método de ocho puntos para la prestación de servicios y este respalda la aplicación de todas las recomendaciones clínicas de tratar a todos los pacientes y la adopción del tratamiento mediante pautas de ADD pangenotípicas. Los puntos son los siguientes:

1. Planificación nacional global para la eliminación de la infección por el VHC
2. Algoritmos sencillos y estandarizados en todo el espectro de la atención prestada
3. Integración de las pruebas de la hepatitis, así como de la atención y el tratamiento con otros servicios
4. Estrategias para fortalecer la vinculación de las pruebas de detección con la atención, el tratamiento y la prevención
5. Servicios descentralizados, con el respaldo de un enfoque de tareas compartidas
6. Participación de la comunidad y grupos de apoyo mutuo para abordar la estigmatización y la discriminación, y para llegar a las comunidades vulnerables o desfavorecidas
7. Gestión de compras y suministros eficiente de los medicamentos y los medios de diagnóstico;
8. Sistemas de datos para supervisar la calidad de la atención individual y de la cascada de la atención de salud (24).

En general las directrices tienen como objetivo complementar la orientación que existe sobre la prevención primaria de las infecciones por el VHC, mejorando la seguridad de hemoderivados, inyecciones y atención a la salud de grupos vulnerables. Estas directrices se orientan de forma adicional en los siguientes documentos:

- Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, 2018.
- Guidelines for the prevention, care, and treatment of persons with hepatitis B infection, 2015

- WHO Guidelines on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal, and subcutaneous injections in health-care settings 2016
- Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2016
- Directrices para realizar las pruebas de detección de la hepatitis B y C, 2016. (24)

Existen principios orientadores que sustentan la formulación de estas directrices y guían todas las aplicaciones de las recomendaciones y son:

- Las directrices contribuirán a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante la consecución de metas mundiales y nacionales clave respecto a la hepatitis.
- Las directrices se basan en una estrategia de salud pública para aumentar el uso de tratamiento antiviral de la infección por el VHC a lo largo de todo el espectro de la prevención, la atención y el tratamiento de la hepatitis.
- La aplicación de las directrices debe ir acompañada de medidas para fomentar y proteger los derechos humanos de las personas que necesitan servicios relativos a la hepatitis, como la obtención de un consentimiento informado, la prevención de la estigmatización y la discriminación en la prestación de los servicios y el fomento de la igualdad de género.
- La aplicación de las recomendaciones contenidas en estas directrices debe tener en cuenta el contexto local, incluida las características epidemiológicas del VHC y la prevalencia de otras comorbilidades, la disponibilidad de recursos, la organización y capacidad del sistema de salud, y la relación costo-efectividad prevista (24).

Programa nacional para la eliminación de la hepatitis C

Hoy en día no basta tener un marco jurídico como la ley general de salud, se requiere de una estrategia tal como una política pública. Fue en 2019 cuando a través de la estrategia de triple optimización para la procuración de insumos para la salud implementada por el gobierno de México, que se logra establecer una oportunidad de tratamiento innovador y accesible para la población así como elementos indispensables para implementar un plan como las pruebas de tamizaje y el desarrollo de una plataforma para registro de casos.

Desde julio de 2020 en México se cuenta con el Plan Nacional de Eliminación de la Hepatitis C, el cual busca promover la prevención, el diagnóstico oportuno y el acceso universal al tratamiento gratuito, sin discriminación, con un enfoque de salud pública centrado en personas y comunidades.

Los elementos que incluye el programa son:

1. Acceso universal a pruebas y tratamiento: Sofosbuvir/Velpatasvir & Glecaprevir/Pibrentasavir
2. Integración interinstitucional de acciones e información
3. Enfoque de atención primaria de la salud
4. Estrategias focalizadas en poblaciones más afectadas

Los pilares que se han desarrollado para acelerar la adopción del programa a nivel nacional son:

1. Promoción de la salud
2. Registro estandarizado: análisis de la información en tiempo real
3. Diagnóstico y vinculación a tratamiento: atención primaria a la salud y telementoría
4. Estrategias focalizadas para prevención de infecciones y reinfecciones así como programas de reducción de daños.

El programa incluye estrategias de alfabetización en salud tales como:

1. Cursos en línea para trabajadores de la salud
2. Telementorías
3. Cursos e información para la población

Además, al coordinarse todas las instituciones de salud se ha avanzado en la plataforma nacional para el registro de casos, que va desde el tamiz, hasta la curación del paciente, no solo para beneficio de este último, si no para la constante evaluación de este programa por medio de la información visualizada en tiempo real.

Al aplicar todos los elementos en conjunto, se reduce la brecha de la desigualdad en salud y se obtienen beneficios a corto plazo. Debido al perfil de seguridad y tasa de éxito con el que cuentan los fármacos, es posible implementar este programa mediante una

estrategia de atención primaria de la salud con el fin de eliminar las hepatitis virales como problema de salud pública para el año 2030 y a pesar de que esta estrategia es creada en una de las emergencias en salud pública más importantes, se pretende colocar a México como líder regional (18).

4. Planteamiento del problema

A pesar de la tendencia ascendente de hepatitis C no solo en México si no a nivel mundial, se continua sin un enfoque de salud pública para esta epidemia. De acuerdo a los datos de la GBD 2017, México se encuentra en uno de los primeros lugares de incidencia a nivel mundial con 152.86 casos por cada 100 000 habitantes, situación alarmante por su magnitud y trascendencia que le impedirá a la OMS cumplir su estrategia global para la eliminación de la hepatitis C, así como a México de implementar sus pilares de la estrategia nacional para la eliminación de la hepatitis C.

Ambas estrategias plantean y enfrentan desafíos diferentes; sin embargo, el más importante es garantizar el acceso a los antivirales de acción directa a cualquier paciente con diagnóstico de hepatitis C, sin hacer distinción de su estatus social o económico, ya que con estos últimos se logra que hasta el 95% mantenga una RVS.

A pesar que actualmente los ADD están autorizados por un gran número de autoridades sanitarias, lo cual resulta en una disminución de uso de recursos, continúan sin cumplirse las metas propuestas año con año a nivel estatal, federal y mundial acerca del número de pacientes que cuentan con un esquema de tratamiento.

Con base en esta información se plantea la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuáles son las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en México?

5. Justificación

El tratar a todos los pacientes con diagnóstico de hepatitis C permitirá tener un abordaje de salud pública para su resolución, esto simplificará la toma de decisiones clínicas en cuanto al diagnóstico y especialmente en el tratamiento y la mayor parte de los pacientes diagnosticados podría iniciar su tratamiento de manera inmediata. El abordar ámbitos como redes de laboratorio facilitará la asignación de tratamiento por parte de los profesionales de la salud, lo cual es el pilar para llevar a cabo las estrategias ya mencionadas.

El uso de las pautas de tratamiento con ADD seguros y eficaces en todas las personas con diagnóstico de hepatitis C, mejora la relación de los beneficios respecto a los riesgos en el tratamiento de las personas con alguna comorbilidad o complicación de la enfermedad, lo cual respalda una estrategia consistente en tratar a todas las personas con hepatitis C crónica al momento de su diagnóstico.

Desde 2016 los ADD han sido autorizados por algunas autoridades sanitarias de regulación farmacéutica estricta, lo cual reduce la necesidad de determinar el genotipo para determinar decisiones terapéuticas. La reducción continua del precio de los ADD ha permitido últimamente ampliar de forma rápida el tratamiento y ser aplicado en países de ingresos bajos o medianos; no obstante, es indispensable conocer las barreras existentes para el acceso al tratamiento en México para así, identificar las limitaciones que pudieran presentarse para el alcance de la meta propuesta de eliminación de la hepatitis C en 2030, así como para la implementación de los pilares del programa nacional de eliminación para la hepatitis C en México, este último dado a conocer en el país en julio del año en curso.

6. Objetivos

Objetivo General:

- Identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México en 2021.

Objetivos Específicos:

- Identificar el proceso normativo para el manejo de la hepatitis C en las unidades de salud participantes.
- Identificar con un consenso de expertos en México el manejo terapéutico que tiene actualmente la enfermedad en las unidades de salud participantes y las posibles barreras para su acceso.
- Identificar las barreras de acceso a tratamiento desde la perspectiva de los pacientes diagnosticados con hepatitis C de las unidades participantes.
- Identificar las barreras de acceso en el proceso normativo para el manejo de la hepatitis C en las unidades de salud participantes.

7. Material y Métodos

Diseño y tipo de estudio

Transversal, con un enfoque mixto con un componente cuantitativo y cualitativo.

Sitio de estudio

Hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México.

Población de estudio

Médicos especialistas miembros de la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C y pacientes diagnosticados con Hepatitis C.

Selección de la población

Diez médicos especialistas adscritos a la coalición para el estudio de la Hepatitis C y ocho pacientes con diagnóstico de Hepatitis C.

Muestra

El muestreo se realizó por la técnica de bola de nieve y a conveniencia.

Este estudio se realizó en cuatro fases:

- **Primera fase:** acercamiento a la población de estudio
- **Segunda fase:** recolección de la información
- **Tercera fase:** análisis de la información
- **Cuarta fase:** presentación de resultados

Primera fase

Acercamiento a la población de estudio

Durante la primera fase de este estudio se estableció contacto con la población de estudio: médicos especialistas y pacientes. Se realizó un acercamiento con 10 médicos especialistas miembros de la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C en México, el contacto fue por medio de la directora y de la asesora de este estudio, las cuales a su vez pertenecen a esta coalición, razón por la cual no se solicita el permiso de alguna institución u organización.

Se informó acerca del estudio y sus objetivos y como estos se plantean llevar a cabo, por medio de un breve resumen y resolución de dudas vía virtual, posterior a esto, se les preguntó si estaban interesados en participar, lo cual se formalizó por medio del consentimiento informado verbal/oral.

Posteriormente a través de los médicos se realizó el acercamiento a ocho pacientes diagnosticados con Hepatitis C. Para esto, el médico tratante informó previamente acerca del estudio al paciente, esto durante su consulta de control, por lo cual los pacientes participantes fueron únicamente los que llevaban su tratamiento con médicos especialistas de la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C. No se otorgaron datos de contacto a los investigadores por parte de los médicos hasta que los pacientes emitieran su consentimiento para participar. De ser así, se concretó una cita vía virtual o telefónica por medio de la cual se explicó a detalle el estudio además de la resolución de dudas para posteriormente preguntar nuevamente si estaba interesado en participar por medio del consentimiento informado verbal/oral.

Segunda fase

Recolección de la información

La finalidad de este proyecto terminal, además de dar respuesta a los objetivos planteados, fue el obtener información acerca de las barreras para el acceso al tratamiento de los ADD que sea interpretativa y contextualizada, donde la percepción de los actores (médicos y pacientes) obtienen un valor más alto frente a los resultados estadísticos que muestran otras fuentes que se traducen en el incumplimiento de metas a nivel estatal, nacional, y mundial. Además, con los métodos utilizados se buscó que los actores tuvieran una libertad de opinión para obtener la información más fidedigna posible. Son por estas razones que la metodología Delphi y la entrevista semiestructurada se consideraron los métodos más favorables para alcanzar los objetivos planteados.

Metodología Delphi

El método Delphi es una técnica sistemática e interactiva encaminada a la obtención de las opiniones y del consenso a partir de las experiencias y juicios subjetivos de un grupo de expertos. Consiste en someter al grupo de expertos a dos o más rondas sucesivas de cuestionarios acerca del tema planteado, para que así puedan plasmar sus experiencias, habilidades y conocimientos sobre el mismo (42-44).

Con esta metodología aplicada al grupo de médicos especialistas se pretendió conocer cuál es el proceso normativo en las unidades de salud participantes para el manejo de la Hepatitis C, también cual es el manejo terapéutico de la Hepatitis C en las unidades de salud participantes, así como identificar las barreras para el acceso a los ADD tanto a nivel personal y del paciente como por parte del proceso normativo de las unidades de salud. Siguiendo los requisitos que sugiere la técnica, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos que fueron definitorios:

- 1. Proceso Iterativo:** Los participantes emitieron su opinión en distintas oportunidades, ya sea entre una sesión y otra, tuvieron la oportunidad de reflexionar en sus opiniones y las que fueron emitidas por el resto de los expertos, en este caso se llevó a cabo por medio de un cuestionario estructurado y formal.
- 2. Anonimato:** Una de las características que más define a este método es el anonimato de las respuestas, y la atención de forma individual, por lo que los expertos no conocieron a los otros participantes. Los expertos pertenecen a una misma coalición; sin embargo, no pudieron identificar qué opiniones emitía cada uno de ellos. Esto último lleva a la eliminación de un sesgo por el liderazgo de algún experto. Las opiniones que se emitieron fueron únicamente las que derivaron de la sesión.
- 3. Feedback controlado:** Se procesaron y analizaron las respuestas recibidas incluyendo frecuencias, medidas de tendencia central y valores de dispersión, posteriormente se enviaron a los participantes para que así cada uno de ellos tuviera la posibilidad de reflexionar sobre sus puntos de vista iniciales, para así tener una mayor fidelidad y estabilidad de los resultados finales; no obstante, se trató de evitar que este feedback anulara la diversidad de opiniones. Se procedió a la siguiente sesión, y fue en este momento donde se hizo hincapié en los objetivos planteados del proyecto, por lo tanto, se aseguró que en el cuestionario estructurado se mostraran todas las opiniones explícitas de los expertos.
- 4. Respuesta estadística del grupo:** Se procesó la información de la segunda ronda incluyendo frecuencias y medidas de tendencia central así como valores de dispersión de las respuestas.

Este método se ajustó a las características del método mixto ya que se realizó una recolección y análisis de datos cualitativos y cuantitativos en una sola tarea. Es importante señalar que al realizar este método se obtuvieron opiniones propias de los actores y no a nivel institucional, es decir, las opiniones tuvieron un nivel más personal para así finalmente enriquecer aún más ese estudio. Este proceso se desarrolló en tres fases:

- 1. Elección del panel de expertos:** en esta fase se seleccionó de modo intencional diez médicos tratantes del grupo participante de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión (Cuadro 1). Se dio a conocer el consentimiento informado verbal/oral y se solicitaron las autorizaciones correspondientes.
- 2. Primera ronda de consulta Método Delphi:** Se realizó un cuestionario abierto (Anexo 1) a partir de los temas más relevantes que derivaron del tema central, cada participante pudo opinar y argumentar de forma abierta.

Posterior a la finalización de estos cuestionarios, se recopiló y analizó la información obtenida para así organizar por categorías e indicadores, los cuales estuvieron plasmados en los ítems del segundo cuestionario. Esta ronda constó de cinco preguntas abiertas para dar apertura al tema de análisis. De esta ronda surgieron las preguntas de la segunda ronda, se otorgaron hasta 21 días como plazo para contestar el cuestionario.

- 3. Segunda ronda de consulta Método Delphi:** En esta se realizó un cuestionario a partir de las categorías que se obtuvieron en la primera ronda y este fue contestado a partir de variables cuantitativas y cualitativas. Con esta ronda finalizó la recolección de datos del Método Delphi ya que de acuerdo a la cantidad y calidad de los resultados obtenidos se alcanzó la saturación teórica. Esta ronda constó de 11 preguntas, derivadas de las respuestas de la primera ronda, se otorgaron hasta 21 días como plazo para contestar el cuestionario.

Entrevista semiestructurada

Se utilizó esta técnica de carácter cualitativo para la recolección de información de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C, esto de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión (Cuadro 2). Con la entrevista semiestructurada se pretendió identificar las barreras para el acceso a los ADD que existen a nivel personal por parte del paciente .

Se consideró la homogeneidad de los grupos respecto a los grupos de edad ya que la incidencia y prevalencia de la Hepatitis C es mayor en pacientes de 40 años o más. El tamaño de la muestra se determinó por saturación teórica, esta se alcanzó con ocho participantes. La entrevista estuvo conformada por cuatro apartados (Anexo 2): Perfil del aspirante, conocimientos, barreras, propuestas.

En todas las entrevistas se hizo la grabación de la voz con previo consentimiento informado verbal/oral del paciente, el cual fue leído y se solicitó su autorización verbal. Para que durante la entrevista se mantuviera la confidencialidad del paciente se le asignó un número.

Criterios de inclusión y exclusión

	Inclusión	Exclusión	Eliminación
Método Delphi Médicos especialistas	<p>Médicos especialistas en gastroenterología miembros de la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C en México</p> <p>Médicos especialistas que laboren en unidades de tercer nivel de atención</p> <p>Médicos especialistas que tengan experiencia en pacientes con diagnóstico de Hepatitis C</p> <p>Médicos especialistas que traten pacientes con Hepatitis C</p> <p>Médicos especialistas que acepten participar en el estudio con consentimiento informado firmado previamente</p>	<p>Médicos especialistas que no firmen el consentimiento informado</p>	<p>Médicos que contesten menos del 50% del instrumento de evaluación</p> <p>Médicos que deseen salir del estudio</p>

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión Método Delphi. Fuente: elaboración propia

	Inclusión	Exclusión	Eliminación
Entrevista semiestructurada Pacientes	<p>Pacientes diagnosticados con Hepatitis C</p> <p>Pacientes con diagnóstico de Hepatitis C con o sin tratamiento médico</p> <p>Pacientes con residencia en la Ciudad de México de mínimo 5 años</p> <p>Pacientes mayores de 18 años de edad</p> <p>Pacientes que acepten participar en el estudio con consentimiento informado firmado previamente</p>	<p>Pacientes que no firmen el consentimiento informado</p>	<p>Pacientes que contesten menos del 50% del instrumento de evaluación</p> <p>Pacientes que deseen salir del estudio</p>

Cuadro 2. Criterios de inclusión y exclusión entrevista semi estructurada. Fuente: elaboración propia

Tercera fase

Análisis de la información

El análisis de la información del Método Delphi se llevó a cabo en dos fases: un análisis de tipo cualitativo para la primera fase, y un análisis cuantitativo y cualitativo para la segunda fase. Posteriormente se realizó una matriz para sistematización de los resultados globales en Microsoft Excel para finalizar con un análisis de la segunda fase en el paquete estadístico Stata v. 14

El análisis de las entrevistas semiestructuradas se realizó mediante un análisis cualitativo de contenido, por medio de una transcripción "Clean verbatim" en Microsoft Word, para posteriormente realizar la construcción de categorías con base en el marco teórico, finalizando con una sistematización de resultados globales en Microsoft Excel y una comparación para finalmente alcanzar la saturación teórica, la cual fue obtenida con ocho pacientes.

Cuarta fase

Presentación de resultados

Una vez analizados los resultados se realizó una reunión con los responsables del proyecto terminal.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas para el protocolo se toman bajo los principios propuestos por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plasmados en “Las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”. A su vez, se toman en cuenta los principios propuestos por el Comité Nacional de Bioética por la Secretaría de Salud plasmados en la “Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación”

Este protocolo fue sometido y aprobado por parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CI: 661/Folio identificador: F96) . Cabe recalcar que debido a la semaforización de COVID-19 y por instrucciones del Gobierno de la Ciudad de México así como del Instituto Nacional de Salud Pública, la modalidad de aplicación de los instrumentos fue vía virtual con previo conocimiento y consentimiento de los participantes (Anexo 3 y 4). De acuerdo a el reglamento de investigación de la Ley General de Salud, este estudio fue catalogado como una investigación sin riesgo.

La información y los datos recopilados no fueron consultados por personal no autorizado o ajeno a este estudio, además, estos datos fueron utilizados únicamente para fines académicos. Para asegurar la confidencialidad de los datos se mantuvo una rutina de control al incorporar información a la base de datos con el fin de evitar datos erróneos y se realizaron copias de respaldo de la información. Además, se designó a dos responsables de la información durante el proceso de recopilación de datos. Las responsables de resguardar los datos durante el proceso de recolección y al terminar el estudio fueron la alumna y su directora de proyecto, dado que se buscará publicar los resultados a manera de manuscrito científico.

9. Resultados

Método Delphi

Proceso normativo para el manejo de la Hepatitis C en las unidades de salud participantes

Este objetivo fue evaluado por medio de las siguientes preguntas, algunas pertenecen a la primera fase y otras a la segunda fase del Método Delphi. Las interrogantes fueron realizadas con el fin de identificar el proceso normativo para hepatitis C en las unidades de salud, haciendo un énfasis particular en una Norma Oficial Mexicana para la Hepatitis C y como esta tendría un impacto sobre el manejo del paciente.

Pregunta	Resultados
¿Cuál es la norma actual para el manejo de la Hepatitis C en México?	La mayoría de los participantes refieren que en México actualmente, el manejo de la Hepatitis C se basa en el Consenso Mexicano, que a pesar de no ser una norma oficial, es el que más se apega a los lineamientos requeridos, además, se cuentan con guías de práctica clínica que refieren no están actualizadas.
¿Considera usted que debería existir una norma oficial mexicana para el manejo de la Hepatitis C?	Del 100% de los participantes, solo el 77.8% considera que debería de existir una Norma Oficial Mexicana para el Manejo de la Hepatitis C.

<p>¿Cómo considera usted que una norma oficial mexicana ayudaría al diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente con Hepatitis C?</p>	<p>El 44% de participantes considera que una norma oficial mexicana ayudaría por completo al diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente con hepatitis C, además, consideran que el manejo debería de estar basado únicamente en esta. El 33% considera que ayudaría por completo; sin embargo, no sería necesario su manejo exclusivo, y por el otro lado, el 22% refiere que una norma oficial no lo facilitaría en nada.</p>
---	---

Cuadro 3. Proceso normativo para el manejo de la Hepatitis C en las unidades de salud participantes. Fuente: elaboración propia

Manejo terapéutico que tiene actualmente la Hepatitis C en las unidades de salud participantes

Este objetivo fue evaluado por medio de las siguientes preguntas, algunas pertenecen a la primera fase y otras a la segunda fase del Método Delphi. Las interrogantes fueron realizadas con el fin de identificar el manejo terapéutico actual de la Hepatitis C, además de los principales beneficios que se han obtenido, la respuesta del paciente, el esquema de ADD con más acceso, la razón de que dicho esquema sea el más accesible, así como la principal razón de apego al tratamiento en los pacientes.

Pregunta	Resultado
<p>¿Cuál es el tratamiento actual para el manejo de la Hepatitis C en México? Especifique.</p>	<p>En cuanto al tratamiento actual para el manejo de la Hepatitis C, los participantes en su totalidad señalan a los ADD como única opción de tratamiento, se hace énfasis en dos esquemas que son: Sofosbuvir/Velpatasvir y Glecaprevir/Pibrentasvir.</p>
<p>Desde la actualización del tratamiento para la Hepatitis C, ¿Cuáles han sido los principales beneficios?</p>	<p>Desde la actualización del tratamiento para la Hepatitis C, los participantes reportan que los principales beneficios han sido una</p>

	menor progresión de la enfermedad a un estado avanzado o grave, además de la disminución de efectos adversos y una menor duración del tratamiento.
Con este nuevo tratamiento ¿Cómo ha sido la respuesta de los pacientes en el ámbito clínico y social?	Los participantes refieren que con este nuevo tratamiento la respuesta de los pacientes en el ámbito clínico y social ha causado seguridad y satisfacción, principalmente por lograr la respuesta viral sostenida.
¿Cuál es el esquema de tratamiento al que más se tiene acceso hoy en día?	El total de los participantes señala al esquema compuesto por sofosbuvir y velpatasvir, como el tratamiento al que más se tiene acceso hoy en día.
¿Cuál es la razón de que a ese esquema se tenga más acceso?	La razón de esto es diversa, pero refieren que es la empresa que lo fabrica quien ha ganado un puesto a nivel institucional por medio de estrategias de manera conjunta con el gobierno.
¿Cuál es la principal razón del apego al tratamiento actual en un paciente con diagnóstico de Hepatitis C?	Los participantes refieren que la principal razón del apego al tratamiento actual en un paciente con diagnóstico de hepatitis C, es en un 55.6% la disminución de los efectos adversos, seguida por la respuesta viral sostenida con un 22.2%, así como la corta duración del tratamiento y su adquisición gratuita con un 11.1% ambos.

Cuadro 4. Manejo terapéutico que tiene actualmente la Hepatitis C en las unidades de salud participantes . Fuente: elaboración propia

Barreras para el acceso a tratamiento percibidas por médicos especialistas

Este objetivo fue evaluado por medio de las siguientes preguntas, algunas pertenecen a la primera fase y otras a la segunda fase del Método Delphi. Las interrogantes fueron realizadas con el fin de identificar las principales barreras para el acceso al tratamiento desde la percepción de los expertos, dentro de las cuales se hace énfasis al papel que han tenido las instituciones de salud, el ámbito administrativo de este y al bajo nivel de conocimiento por el personal de salud. Se hace hincapié además en el estatus económico del paciente, así como en la relación médico-paciente y en la pandemia actual de COVID-19.

Pregunta	Resultado
¿Cómo han actuado las instituciones de salud con la introducción de este tratamiento? ¿Responden a las necesidades del médico y del paciente?	En cuanto a las instituciones de salud y la introducción de este nuevo esquema, los participantes reportan que las instituciones no responden al 100% a las necesidades del médico y del paciente, ya que existe una falta de difusión de la información, procesos deficientes, una falta de apego a consensos y sobre todo, autoridades sin conocimiento del programa.
¿Considera que el ámbito administrativo de los servicios de salud es la principal barrera a nivel hospitalario para el acceso al tratamiento?	El 66.7% considera que el ámbito administrativo de los servicios de salud es la principal barrera a nivel hospitalario para el acceso al tratamiento.
¿Considera que el bajo nivel de conocimiento por parte del personal de salud del primer nivel de atención es una barrera para el acceso al tratamiento?	El 77.8% considera que el bajo nivel de conocimiento por parte del personal de salud del primer nivel de atención es una barrera para el acceso al tratamiento.

¿Considera que el estatus económico de un paciente influya en el acceso al tratamiento?	Un 55.6% de los participantes considera que el estatus económico de un paciente influye en el acceso al tratamiento.
¿Considera que la relación médico-paciente influya en el acceso al tratamiento?	Un 77.8% del total de participantes considera que la relación médico paciente influye en el acceso al tratamiento.
¿Considera que la pandemia actual ha sido una barrera para el acceso al tratamiento?	Un dato significativo es que el 88.9% refiere que la pandemia actual ha sido una barrera para el acceso al tratamiento.

Cuadro 5. Barreras para el acceso a tratamiento percibidas por médicos especialistas. Fuente: elaboración propia

Finalmente, los participantes emiten opiniones diferentes acerca de cuándo se cumplirá la meta de la asamblea mundial de la salud, donde algunos refieren que es probable que exista un retraso de hasta 20 años; sin embargo, muchos otros refieren que es difícil precisarlo ya que los temas de drogadicción en México como uno de los principales factores de riesgo en la actualidad en usuarios de drogas intravenosas, se encuentran a la alza.

Entrevista semiestructurada

Características generales de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C

De la muestra de pacientes que participó tres fueron mujeres y cinco hombres con un intervalo de edad de 32 a 87 años y una media de 58 años de edad, cuatro de ellos casados, dos en unión libre y dos solteros. dos de ellos cuentan con residencia en Ciudad de México, dos en Morelos, dos en Guerrero, uno en el Estado de México y uno en Jalisco.

Conocimientos acerca de la hepatitis C

Respecto a los conocimientos acerca de la hepatitis C por parte de los participantes, los entrevistados en su mayoría definen a la hepatitis C como una enfermedad que afecta al hígado, dañándolo a este de forma severa y al organismo entero. Se hace énfasis por varias personas que la hepatitis C es una enfermedad contagiosa, es causada por un virus, y finalmente, algunos refieren que daña única y directamente al riñón.

"Pues sé que es cuando la sangre está contaminada, este, y el hígado pues, pues se enferma por la hepatitis que ya tiene muchos años conmigo" (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

"Si se, es un virus que al infectarnos se aloja en el hígado, es asintomático, que te destruye, ya cuando uno siente los síntomas pues ya es grave, ya está uno en una cirrosis descompensada, es ahí donde ya se nota bien, así como me paso a mí" (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

"Pues es una enfermedad muy contagiosa y mala, yo cuando supe que tenía hepatitis me deprimí mucho pues es algo especial, sé que es mortal pienso yo" (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA).

"Si si se lo que es, una enfermedad del hígado que afecta pues al hígado y al riñón" (Masculino, 32 años, licenciatura, INSABI-SSM).

"Pues, así a ciencia cierta no pero pues ya más o menos es una cosa que le va dañando el riñón creo ¿no?" (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM).

Los participantes refieren que la transmisión de hepatitis C se da principalmente por vía sanguínea por medio de transfusiones sanguíneas derivadas en su mayoría por cirugías, además, señalan a los tratamientos dentales como otro medio. Algunos otros hacen referencia a la vía sexual y el compartir artículos de higiene personal como una de las vías de transmisión de esta enfermedad. Existen opiniones aisladas, acerca de que el alcoholismo crónico y el ingerir alimentos contaminados, conduce a adquirir esta enfermedad, además de que existen casos en que el paciente desconoce la transmisión de esta. En cuanto a los factores de riesgo, a pesar de que varios de ellos mencionan algunos, se observa que los participantes no saben distinguir entre transmisión y factor de riesgo, por lo que a este último rubro la mayoría responden que desconocen factores de riesgo de la enfermedad.

"Pues por lo que y se es por transmisión sexual, por vía sanguínea, que fue por lo que, o sea, a mí me pusieron sangre y fue como yo me contagie de hepatitis. "Tomando también se transmite, ser alcohólico ¿no?". (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

"Si, lo más efectivo es a través del torrente sanguíneo, puede ser por las relaciones sexuales o transfusiones de sangre, ehh, es lo más, este, lo más apropiado para el virus para pasarse a otro lugar". (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

"Si ya sea sexual o por contacto de sangre, ya sea porque te cae una gota de sangre o una cortada o por una transfusión, en la boca luego se andan prestando cepillos de dientes y nos llegamos a cortar" (Masculino, 32 años, licenciatura, INSABI-SSM).

"En el seguro me dijeron que se adquiere por relaciones sexuales, por transfusiones de sangre" (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA).

"Ahora mi patrón dice que la hepatitis C la pudo usted haber agarrado porque aquí en el mercado veo que usted compra fresas y así se las come, no las lava, y me dijo, yo me

enferme una vez de eso, de salmonela creo, pero usted pudo haber agarrado hepatitis por andar comiendo así” (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM).

Respecto a la prevención de la enfermedad, los participantes hacen referencia a las transfusiones sanguíneas, algunos mencionan los exámenes que se realizan para descartar enfermedades infecciosas previos a la donación en los centros de transfusión, y algunos otros refieren como método de prevención el evitar las transfusiones sanguíneas.

Se hace un señalamiento a las campañas realizadas en los servicios de salud, además de que otros participantes mencionan el evitar actividad sexual de riesgo, además de evitar el compartir artículos de higiene personal. Algunos participantes señalan que la hepatitis C se previene no ingiriendo bebidas alcohólicas, además de evitar en lo posible ingerir alimentos en la vía pública. Un participante refiere que el tratamiento actual para la hepatitis C previene esta enfermedad. Finalmente existen algunos otros que desconocen las formas de prevención que existen hoy en día.

“Mmm, pues a lo mejor en las personas que toman, pues no tomar tan seguido como lo hace mucha gente ¿No?” “No usar jeringas que sean usadas por otras personas, yo creo nada más, bueno, también me han dicho que por comer comida, alimentos contaminados, que a veces por ejemplo los elotes que venden en la calle pues a veces, este, es de agua de dos a tres días, y también pueden causar una hepatitis, no sé si sea cierto eso” (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

“Pues ahorita, ya todo va cambiando ¿no? para empezar se previene ya en los hospitales, todas las transfusiones que se hacen, todos los que van a donar sangre se les hace un examen y eso ya es una prevención definitiva, no como uno quisiera, así como hay campañas para otros virus, o sea este extrañamente no le dieron mucha importancia las autoridades de salud” (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

“Pues creo yo que previniéndose será como ya le dije, no transfusiones de sangre ni tener relaciones con personas que no conozca yo” (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA).

“Pues, ya la estamos previniendo ¿no? ya con el tratamiento que tengo” (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM).

En lo que respecta a los signos y síntomas de hepatitis C y a diferencia de los demás rubros de la entrevista los participantes suelen identificar a los signos y síntomas en su mayoría. Identifican signos como: ictericia, fiebre, rash, ascitis y la encefalopatía hepática. Los principales síntomas que identifican son: astenia, adinamia, dolor muscular, disminución del apetito, náuseas, prurito y pérdida de peso. Se hace referencia además a que los síntomas de la Hepatitis C son muy similares a los de la Hepatitis A. Uno de ellos desconoce los signos y síntomas debido a que este curso su enfermedad de forma asintomática.

“Mucho cansancio, ponerse uno amarillo y demasiado cansancio” (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

“Si como no, son terribles, el frio me afectaba muchísimo siempre mi cuerpo estaba caliente, siempre usaba yo algún medicamento para el dolor de huesos, ya ahí me di cuenta que tenía la cirrosis, cuando la cirrosis estaba descompensada se empezaron a notar manchas en la piel, me puse amarillo, ascitis, se me hincharon los pies, tuve problemas de las varices esofágicas, la vesícula, me las quitaron, una serie de problemas, ya no coordinaba bien, por la encefalopatía, mmm, me perdía, a veces días completos, no dormía, enloquecí totalmente”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ)

“Pues, nomás eso que le comentaba, que a uno le da mucha flojera, que uno hace del baño negro, te pones amarillo creo, te inflamas o retienes líquido, algo así ¿no?”. (Masculino, 61 años, secundaria completa, SEDENA)

“Los síntomas es que se siente uno muy cansado, y a uno le da mucha comezón, bueno a mí me da mucha comezón en la piel, me daba comezón y me sentía muy cansado y casi no tenía apetito”. (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA)

“Mmm, pues pérdida de peso, sueño, cansancio, y se ponen los ojos amarillos, son síntomas parecidos a la hepatitis A”. (Masculino, 32 años, licenciatura, INSABI-SSM)

En relación al diagnóstico de hepatitis C, la mitad de las participantes hacen referencia a que este se realiza por medio de un análisis sanguíneo; sin embargo, la otra mitad de participantes refiere que desconoce la forma en que se realiza el diagnóstico de esta enfermedad.

Respecto al tratamiento para la Hepatitis C, únicamente un participante hace referencia a los ADD como tratamiento actual para la cura de esta enfermedad. La mayoría de los participantes tienen conciencia de que existe un medicamento para tratar la hepatitis C debido a que ellos utilizaron este tratamiento; no obstante, desconocen el nombre. Algunos participantes señalan la diferencia entre ambos esquemas de tratamiento, el previo y el actual, haciendo énfasis en los efectos adversos que el esquema previo les causaba.

“Ahora esta fácil porque hasta los antivirales en el sector salud empezaron a aparecer, ahora ya tiene el IMSS, y en aquella época donde yo estuve muy grave, no había” (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

“Pues me dieron un medicamento, pero yo no sabía que se curaba, me dieron un medicamento, unas pastillas, un tratamiento que duro como 2 meses”. (Masculino, 61 años, secundaria completa, SEDENA)

“Pues hasta donde tengo conocimiento fue lo que nos hicieron ahí en la raza, fue eso lo que me dieron primero y ese medicamento que me daño mucho la mente, ya después me dieron el otro, el nuevo”. (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA)

Barreras para el acceso al tratamiento de hepatitis C

Respecto a las barreras para el acceso al tratamiento de Hepatitis C, a los participantes se les interrogó si estos contaban con algún seguro médico o a donde es que ellos acudían al momento de solicitar atención médica, cuatro de ellos mencionaron que pertenecen al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), los cuatro participantes mencionaron también que al ser algo de menor gravedad acuden al centro de salud de su localidad, a una clínica local o en su defecto a alguna farmacia de la comunidad. Al ser la situación de importancia médica acuden directamente al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

Dos participantes cuentan con seguro médico otorgado por la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA), los cuales refieren acudir siempre a su hospital de zona o de ser el caso, al hospital central. Dos participantes cuentan con seguro médico otorgado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); sin embargo, solo uno de ellos hace uso de este ya que el otro prefiere ser atendido en instituciones privadas. Este último participante hace referencia a su preferencia por las instituciones privadas debido a la poca atención que recibe en instituciones públicas. De los ocho participantes solo uno cuenta con un apoyo económico por parte de gobierno cada dos meses.

"Pues antes de Médica Sur acudía yo al seguro, pero, este, realmente a veces uno no recibe la atención que necesita porque pues nada más nos dan un paracetamol o un naproxeno y hasta ahí, no nos explican". (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

En cuanto a la escolaridad, dos cuentan con primaria trunca, uno con primaria completa, uno con secundaria trunca, uno con secundaria completa, uno con preparatoria trunca y dos con licenciatura completa. En cuanto a la ocupación, tres se desempeñan como amas de casa, dos se encuentran desempleados, un jubilado, un taxista y un abogado. El ingreso económico mensual de los participantes va desde los \$1,000 a \$25,000 pesos. Tres de los participantes refieren necesitar de ayuda para realizar sus actividades cotidianas.

En cuanto al diagnóstico, tres de los ocho pacientes refieren haber sido diagnosticados en una fase temprana de la enfermedad por medio de campañas de tamizaje en distintas unidades de salud. Uno de ellos refiere haberse realizado de forma previa un examen de laboratorio para el diagnóstico, debido a la sospecha de ser portador de la enfermedad ya que este conocía algunos de los síntomas de la Hepatitis C.

Cabe recalcar que los participantes se encontraban asintomáticos al momento del diagnóstico y la mayoría se mantuvieron de la misma forma hasta finalizar el tratamiento, solo un participante tuvo un desenlace hacia una fase crónica a pesar del diagnóstico temprano. En cuanto a los participantes restantes, tres de ellos fueron diagnosticados en una fase más avanzada de la enfermedad con signos y síntomas leves, a diferencia de dos participantes los cuales fueron diagnosticados en fases tardías de la enfermedad, acudiendo directamente a un tercer nivel de atención en salud.

“Si, era una campaña para detectar hepatitis, pero ya le había comentado yo a mi doctora que yo me sentía muy cansada siempre, que era demasiado cansancio que yo tenía, y ella me decía que era porque yo estaba anémica, me decía, estas anémica, no comes bien, trabajas demasiado, y no comes bien. Mi esposo me compraba vitaminas y eso pero pues yo me sentía igual, ya cuando me hicieron los análisis pues ya supe que tenía hepatitis”. Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR

“Después cuando ya empecé a tener muchas alteraciones en mi comportamiento fui a dar a un hospital en Mexico y ya tenía ascitis, ahí me descubrieron que yo tenía hepatitis C”. Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ.

“No me acuerdo exactamente, fue hace unos dos años, aquí me consultaron primero pero no me aliviaba, ya en el hospital militar les explique mi situación y como me sentía y que supuestamente era sangre lo que yo estaba arrojando, ya fue cuando me empezaron a mandar estudios, un eco del hígado, y ahí fue cuando me dijeron que estaba mal, ya después me hicieron estudios de sangre para ver qué tan mal estaba, y ya me mandaron directamente a México, ya ahí me dieron un medicamento, creo también tengo cirrosis”. (Masculino, 61 años, secundaria completa, SEDENA).

“Mmm si, pues a mí me decían que posiblemente tuviera, que no estaban seguros, yo fui a hacérmela por que sospechaba, y ya hasta que me hicieron la prueba otra vez, fue ahí en el capasis”. (Masculino, 32 años, licenciatura, INSABI-SSM).

Respecto al plan a seguir por el médico tratante, algunos de ellos coinciden en que recibieron tratamiento al instante a base del esquema de tratamiento anterior con interferón pegilado y ribavirina, ya que estos fueron diagnosticados cuando los ADD, a pesar de que ya existían, no estaban del todo en el país. Existe una opinión en común en cuanto a las pocas instrucciones otorgadas por el médico especialista al momento del diagnóstico, haciendo énfasis en el nulo apoyo psicológico o nutricional, además de la poca información acerca del tratamiento previo y los efectos adversos que este causaba.

Los pacientes que iniciaron un tratamiento con el esquema anterior, prácticamente todos lo suspendieron debido a la poca tolerancia que tenían hacia este. Con base en la situación previa muchos pacientes quedaron a la espera de un nuevo tratamiento, tiempo durante el cual algunos otros fueron diagnosticados con Hepatitis C. Estos participantes en conjunto refieren en que al solicitar una nueva opción de tratamiento, los médicos tratantes

no sabían que existía un nuevo tratamiento. Otros tenían conocimiento; sin embargo, mencionaban que este tratamiento se encontraba fuera del país, o que el paciente en estudio no era candidato, situación que llevó a algunos participantes a buscar el tratamiento por sus propios medios.

No todos los participantes tuvieron esa alternativa por lo cual muchos quedaron a la espera, y durante este periodo hubo una progresión a una fase tardía de la enfermedad. Algunos de los pacientes de diagnóstico reciente mencionan que muchos de los médicos se encontraban informados acerca de que existe un medicamento para la hepatitis C; sin embargo, persistía el manejo deficiente de información hacia el paciente de las fases tardías de la enfermedad. Un paciente refiere que a pesar de ser diagnosticado recientemente, se le comentó que para la Hepatitis C no existía tratamiento, solo un control, y otro más reporta un mal manejo de las emociones del médico hacia el paciente.

“Pues el día que yo fui me dijo, sabe que, usted tiene hepatitis, aquí esta su tratamiento, mañana se lo empieza a tomar, y yo no lograba, yo no visualizaba porque me cayó así muy de sorpresa que luego luego me dieran tratamiento” (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR)

“Si, a mí me hubiera gustado recibir apoyo psicológico, porque yo no tenía ninguna información correcta, me hubieran explicado ellos que era lo que tenía que comer principalmente, como vas a tener que tomar el medicamento, nada más me dijo no comas grasas y eso fue todo”. (Femenino, 40 años, secundaria trunca, SS-ICNMSZ).

“Finalmente no me dieron tratamiento, me dijeron que pues no había tratamiento y que pues si llegaba no sabían cuando iban a llegar, que a lo mejor yo no era candidata para un tratamiento de esos, y que así como yo había esperado ya siete años así podía yo esperar”. (Femenino, 65 años, primaria trunca, SS-ICNMSZ)

“Fue muy triste, pues no me hablaron ellos de todo, es decir aclararme, no me dieron ellos la medicina adecuada para que se limpiara mi organismo, hasta que llegue a nutrición, yo ya tenía daños en mi hígado ¿Por qué no me dijeron a donde tenía que acudir? Me dolió mucho esa, como decir, que no supieran, porque el que estudia medicina no sabe de la hepatitis C”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

“A mí me explicaron muy bien todo, con lo que me dijeron y con lo que me dieron estoy conforme, solo estoy preocupado porque tengo cirrosis”. (Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA)

”A mí me dijeron que no había tratamiento para eso, que nada más se controlaba”. (Masculino, 32 años, licenciatura, INSABI-SSM).

“Las veces que fui me hicieron sentir que yo tenía la culpa de lo que me pasaba”. (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

Algunos participantes refieren haber recibido tratamiento inmediato con del esquema anterior; no obstante, después del fracaso de este o múltiples recaídas, algunos

más tuvieron que esperar por el esquema de tratamiento nuevo de 1 hasta 7 años, tiempo durante el cual hubo un progreso hacia una fase avanzada de la enfermedad en algunos casos. Un participante refiere que debido a la pandemia se tardaron en darle una consulta para asignarle tratamiento.

“Mmm no, para eso si espere un mes cuando me dijeron que si tenía hepatitis y que en un mes ellos me iban a hablar para que fuera yo directamente con la doctora para que me diera medicamento, mi diagnostico fue hace 11 años, y tarde siete en recibir tratamiento”. (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

“Paso 1 año y medio para que me dieran resolución, me decían que tenían la esperanza de que el virus me atacara muy lentamente”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ)

“Por la pandemia se canceló todo, no me daban cita”. (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM)

Respecto al gasto de bolsillo por parte de los participantes en el tratamiento de la enfermedad, la mayoría refiere que únicamente aportaron recursos para viáticos y en algunos casos estudios de laboratorio. Un participante refiere que la institución a la que pertenece solía facilitarles viáticos; sin embargo, por el difícil proceso administrativo para adquirirlos, decidió rechazarlos. Dos participantes tuvieron el caso contrario donde tuvieron que poner de sus recursos para la compra del medicamento, uno de ellos refiere que el fármaco se lo facilitaron de forma sencilla; sin embargo, tuvo que costearlo por sus propios medios, a diferencia del otro participante el cual menciona que el nuevo esquema aún no estaba en el país por lo que tuvo que realizar diversas gestiones para lograr traerlo, ya en sus manos, mediante el apoyo económico de distintas instancias como el gobierno del estado, DIF, y la Fundación Carlos Slim, pudo finiquitar el tratamiento.

“Mi esposo se estaba jubilando y con lo que le dieron a él, pues ya con eso pudimos comprar el medicamento, porque pues son varios análisis cada vez que uno va, la consulta pues cada vez que no va ahí al médica sur, pues es cara, a mí se me hace cara porque pues son \$1,700 más aparte los análisis”. (Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR).

“Yo compre el tratamiento por mis propios medios, si me ayudo el gobierno, me ayudaron, huy me pasaron muchas cosas, mi familia, el Sr. Slim, el DIF para que yo no gastara millones de pesos”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

Referente a la opinión del tratamiento, el 100% de los participantes hacen énfasis en lo efectivo que es y los nulos efectos secundarios a diferencia del esquema anterior. Muchos coinciden que la razón de que este tratamiento es excelente es por la respuesta viral sostenida, a lo que ellos entienden como una cura por completo de la enfermedad.

“No pues es que es muy bueno, la verdad yo al principio no creía pero cuando ya yo vi los resultados, cuando vi que ya Sali de los tres meses y me hicieron los análisis y que ya no tenía hepatitis pues ya me dio mucho gusto”. Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR.

“No pues, es de maravilla eso por que prácticamente no sentí nada, no como el anterior como las vacunas esas de interferón y ribavirina, esas cosas si me puse mal, porque bajaron mis defensas, me puse yo anémico, no podía dormir, y así tenía muchas consecuencias y con este no, me sentí muy bien nada de efectos negativos, me sentí muy bien con ese medicamento”. Masculino 87 años, preparatoria trunca, SEDENA.

Respecto a cómo los participantes se trasladan a sus consultas, quien los acompaña a estas y el tiempo de traslado, la mayoría se trasladan a sus consultas en transporte propio y algunos otros en transporte público. Cabe recalcar que a pesar de que el estudio fue planteado con pacientes de hospitales de tercer nivel residentes de la ciudad de México, es inevitable tener una diversidad en cuando a la residencia de cada uno ya que estos hospitales son de referencia en su mayoría, por lo cual, el tiempo de traslado hasta la unidad para recibir atención fue desde 30 minutos hasta 10 horas. En su mayoría, los participantes eran acompañados por sus familiares, ya sea hijos o pareja. Algunos otros participantes se trasladaban solos.

Posterior al tratamiento el entorno familiar de los participantes en algunos casos se vuelve más activo, siendo en su mayoría los hijos y las parejas quienes otorgan la ayuda en casa. Son pocos los participantes que actualmente viven solos y no reciben apoyo.

En cuanto a la relación con familia posterior al tratamiento, algunos participantes mencionan que no existió ningún cambio, es decir su relación siguió igual, otros reportan mucho más apoyo en todos los ámbitos por parte de sus familiares cercanos. En el caso contrario, se encontró que algunos participantes decidieron aislarse, por desconocimiento de la enfermedad y sobre todo el temor de contagiar a la familia, y en algunos casos refieren sentir pena y molestias para pedir ayuda. Existe un caso particular donde el participante a pesar de solicitar apoyo a sus familiares, estos lo rechazan por miedo al contagio, llegando a sentir el paciente cierto grado de discriminación.

“Pues, en un principio normal, me tuve que aislar por la ignorancia de la enfermedad, no sabes cómo actuar, tenía miedo de contagiar, tenía desconfianza de infectar a mi familia”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

“Ahh no pues si me dio para abajo, si se cohíbe uno, piensa muchas cosas, que va a estar uno ahí mendigando con los hijos”. (Masculino, 61 años, secundaria completa, SEDENA).

“Así ya con mi abuela no voy por que están con el temor de que se pega, y cuando voy yo tengo mis trastres especiales, me incomoda un poco que me discriminen, es que, mi familia no sabe muy bien de esas enfermedades, con la hepatitis C si están medio espantados, que me dicen que eso se pega”. (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM).

Referente a la situación laboral y económica, los participantes en su mayoría no refieren ningún cambio; sin embargo, existen dos casos con una progresión a un estado tardío de la enfermedad, y uno de ellos pierde por un tiempo sus facultades mentales, situación que lo lleva a no generar ingresos y gastar en su padecimiento de forma excesiva: En otro caso, el paciente no solía tener un ingreso económico alto, por lo que tenía que pedir prestado dinero de forma constante para acudir a sus consultas de control.

“Si claro, ya no podía desempeñarme, claro que cambio, ya ni podía ni hablar, ni firmar, nada. Dejas de producir y a gastar, al grado de que te quede nada”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

Los pacientes hacen referencia a la influencia de una persona externa a la familia, quienes mencionan ellos cambió la manera que pensaban de la enfermedad. En su mayoría se refieren a médicos, quienes a pesar de no ser sus médicos tratantes, les otorgaron apoyo al momento del diagnóstico y les aclararon dudas, en su mayoría médicos de primer y segundo nivel de atención. Existe un caso donde un paciente refiere haber encontrado respuestas y paz en la religión que practica.

En cuanto a la pertenencia o conocimiento de algún grupo de apoyo para pacientes con diagnóstico de Hepatitis C, ningún paciente refirió pertenecer a uno; no obstante, muchos de ellos mencionan conocerlos y expresan su deseo por haber estado o estar en uno. Uno de ellos a pesar de no pertenecer a un grupo, recibió mucho apoyo al momento de buscar un tratamiento. Otro participante hace referencia al municipio de Tijuana, donde menciona que existen clínicas de atención a usuarios de drogas y de algunas enfermedades, el participante refiere además que la población en ese municipio tiene una mayor aceptación hacia distintos tipos de enfermedades infecciosas, a diferencia de donde actualmente reside, ya que estas suelen ser estigmatizadas.

“Hasta ahorita no, bueno, hemos hecho algunos grupos allá, y bueno, hay un grupo de ayuda que esta increíble, un señor que me ayudo a conseguir el medicamento, y me contesto el mismo dia que lo busque, de veras que ayudan eh, a mí me alentaron y me animaron, me dieron mucho valor”. (Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ).

“No pues está bien la atención que dan, allá en Tijuana tienen más cosas eso sí, las instalaciones hay de todo, es otra cosa, la gente aquí no le hace a eso”. (Masculino, 52 años, primaria terminada, INSABI-SSM).

Todos los participantes refieren llevar una buena atención con el médico tratante actualmente, algunos reportan que al momento del diagnóstico no fue la mejor, ya que fueron atendidos de primera instancia en un segundo nivel de atención. Los participantes refieren que de haber algún obstáculo a nivel personal para continuar con la atención médica o el tratamiento, este no interferiría para que tuvieran un desenlace oportuno de la enfermedad.

De acuerdo a la situación que se vive con la pandemia por COVID-19, los participantes refieren que esta ha influido en la manera en que sus consultas han sido otorgadas, ya sea vía virtual algunos y otros de forma presencial en caso de así requerirlo. En cuanto al tiempo de espera para una consulta, no se les ha respetado la fecha algunas de las veces y el tiempo para inicio de tratamiento, ya que por la pandemia muchos pacientes tuvieron que esperar a ser atendidos de primera vez por falta de recursos humanos.

Propuestas para la mejora de atención a pacientes con Hepatitis C

Los participantes emiten distintos tipos de propuestas para la mejora de la atención de pacientes con hepatitis C, prácticamente todos emiten opiniones diferentes. Refieren que una de las principales cosas debe de ser al apoyo por parte de la familia, esto lo hacen ver como una de las bases para el éxito. En segundo lugar hacen mucho énfasis hacia el personal médico, mencionan que este debe de ser suficiente, que debe tener los conocimientos necesarios y actualizados para el paciente, además de tener un trato más humano. Se hace referencia a que la atención medica sea gratuita en todos los ámbitos, con asistencia médica a territorios lejanos, pudiendo ser esta enfermedad tratada en un segundo nivel de atención, haciendo hincapié en la educación y promoción para la salud. Finalmente, unos sugieren que el ámbito administrativo de la salud sea más eficiente.

“Que los médicos sean un poco más humanos, que pues, porque uno no sabe realmente que es la hepatitis”. Femenino, 63 años, primaria trunca, IMSS-MÉDICA SUR.

“Pues es lógico, que necesitamos, que no quisiéramos tener una asistencia médica gratuita, imagínese, todo lo que yo trabajé, mi patrimonio se acabó, yo tuve que pagar todo, aparte, yo vivo cerca del estado más pobre de México aquí en guerrero, imagínese aquí uno como los detecta, el médico general no sabe ni siquiera lo que es la hepatitis C, ni la conoce, no hay especialistas, laboratorios, no hay medios para detectarlo” Masculino, 62 años, licenciatura, SS-ICNMSZ.

Entrevista semiestructurada a pacientes con diagnóstico de Hepatitis C

Barreras para el acceso al tratamiento percibidas por pacientes

- Falta de conocimiento por parte del paciente acerca de la Hepatitis C
- Falta de conocimiento acerca de la normatividad y manejo de la Hepatitis C por parte del personal médico
- Estrategias de educación y promoción a la salud deficientes
- Pandemia COVID-19
- Falta de conocimiento por parte del entorno familiar acerca de la Hepatitis C
- Ausencia de atención médica de calidad
- Ámbito administrativo de los servicios de salud deficiente
- Falta de personal médico en comunidades de difícil acceso
- Relación médico paciente-deficiente
- Estado socioeconómico bajo

Cuadro 6. Resumen de las barreras para el acceso a tratamiento percibidas por pacientes. Fuente: elaboración propia

10. Discusión

Este estudio identificó las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para Hepatitis C desde la perspectiva de médicos especialistas en el área de hepatología y de pacientes con Hepatitis C. Esto fue realizado por medio de un cuestionario basado en el Método Delphi a expertos y por entrevistas semiestructuradas aplicadas a pacientes con diagnóstico de hepatitis C. El análisis de este estudio lleva además a la asociación de los resultados con lo mencionado por la Secretaria de Salud en cuanto a las barreras en el acceso a los servicios y como estas se dividen en tres: barreras económicas, geográficas y culturales (33).

En cuanto a las barreras económicas no se estipula que no existan los recursos para la compra de medicamentos, sin embargo, si se evidencia la falta recursos para contratar personal médico.

En cuanto a las barreras geográficas no se distingue algo preciso; no obstante, se puede hacer referencia a la distancia que recorren los pacientes desde su lugar de residencia a los hospitales de tercer nivel donde solo se ofrece el tratamiento, es decir hospitales de referencia y comúnmente alejados de su residencia; sin embargo, no se reporta como una barrera por el paciente, esto último concuerda con el estudio realizado en Buenos Aires, Argentina por S. Marciano y cols., donde la zona de residencia no resulta ser un factor significativo para el acceso al tratamiento; sin embargo, ellos han implementado un sistema de telemedicina que evita esa probable barrera (45).

Las barreras culturales son las que toman partido, debido a su amplia subdivisión. Dentro de estas encontramos a las barreras en la estructura de los servicios de salud, donde se puede deducir que el contar con derecho a la atención médica pública por parte de cualquier institución: INSABI, IMSS, SEDENA, no garantiza que el paciente tenga acceso a tratamiento de forma oportuna, debido a la deficiente atención desde el sector administrativo hasta el personal médico. Esto lleva a los pacientes del sector público a buscar atención en el sector privado, lo que resulta en un gasto de bolsillo secundario al manejo de la hepatitis C, hablando no solo de que repercute al acceso, sino que también habla de una posible falla en la adherencia al tratamiento a futuro, esto concuerda con estudio realizado en Buenos Aires, Argentina por S. Marciano y cols. donde se menciona que pertenecer al sistema de salud público es un factor asociado con la falta de acceso al tratamiento (45).

Asimismo, Sowah y Cols refieren que existe una particular dificultad para involucrar en el tratamiento a pacientes que no cuentan con algún tipo de seguro médico. (46) .Esto último difiere con el estudio realizado en Estados Unidos por C. Gowda y cols., donde se ha reportado un menor acceso en pacientes que cuentan con un seguro de gastos médicos, es decir un seguro médico privado (47).

En una publicación de la gaceta de la asociación americana para el estudio de las enfermedades del hígado, se refiere que es el costo del tratamiento la principal barrera para el acceso a los ADD en todo el mundo (48). Tal situación es similar a lo que relatan Sowah y Cols (46), quienes mencionan que es el alto costo de los medicamentos una barrera clave, situación que difiere de lo identificado en este estudio, ya que a pesar que en algunos pacientes esto concuerda, el tratamiento se encuentra de forma gratuita en todas las instituciones públicas de salud, y en caso de no serlo, los pacientes no manifiestan que esto sea una barrera total para el acceso al tratamiento .

Además se puede observar que los pacientes ocupan de forma constante el primer nivel de atención en salud, ya que los hospitales de tercer nivel en donde recibieron tratamiento son en su mayoría únicamente de referencia. Esto lleva a cuestionarse si las estrategias de prevención y promoción a la salud están realizándose de manera adecuada. Sowah y Cols refieren de la misma forma que ya no se invierte en métodos de tamizaje y tratamiento de la misma manera, esto principalmente a que el sistema de salud le ha dado más importancia a otras enfermedades causando un estancamiento de los planes para la hepatitis C (46).

En el ámbito administrativo la gestión por parte de la institución con la empresa responsable es en ciertos casos una barrera, debido a que de esto depende la disponibilidad del nuevo esquema. Es probable que si se realizaran estrategias de gestión con nuevas empresas proveedoras habría más opciones de fármacos para ofrecer a los pacientes. Además, hubo un retraso en el acceso al tratamiento por esta cuestión, ya que los pacientes tuvieron una espera mínima de un año y máxima de hasta siete, situación que no dependía directamente del médico tratante y lleva a cuestionar a la dirección y organización de los servicios de salud. Los participantes no manifiestan barreras de los establecimientos de salud.

En cuanto a los prestadores de servicios, la falta de una Norma Oficial Mexicana para el manejo de la Hepatitis C y la falta de actualización de la Guía de Práctica Clínica

actual conlleva a que médicos desde el primer nivel de atención y el personal de salud tenga una deficiencia en el manejo de pacientes, no conociendo hacia donde orientarlos y referirlos, pero sobre todo, saber identificar los signos o síntomas para un diagnóstico temprano y oportuno. Esto también conlleva que el médico transmita la información que tiene disponible al paciente, y por lo tanto si el mismo médico no está actualizado, el paciente tampoco lo estará y se contribuirá a la falta de conocimiento de la enfermedad, manifestándose además la poca capacidad de comunicación.

Todo lo último concuerda con una publicación de la gaceta de la asociación americana para el estudio de las enfermedades del hígado, donde refieren que una de las barreras más importantes de superar es el acceso a la atención especializada, y que es poco probable que los médicos de atención primaria puedan tratar al paciente por la poca formación que tienen en este ámbito. En este mismo estudio se reporta que no hay normas sanitarias uniformes, lo cual no garantiza el acceso al tratamiento, factor que concuerda con lo identificado en este estudio (47). De acuerdo a lo mencionado por Whiteley y Cols (49) se observa que de igual forma en Escocia los médicos de primer nivel han sido desatendidos ya que se buscan estrategias para que los médicos del primer nivel de atención jueguen un rol importante, y sobre todo, se busca cambiar el paradigma de “referir y tratar”, situación que se considera debería ser pilar para eliminar las barreras a cualquier nivel.

En el presente estudio se hace atribución a mala relación médico-paciente, la dificulta el acceso al tratamiento, Esto último concuerda con lo referido por Sherbuk y Cols (50), donde mencionan que efectivamente la relación médico-paciente constituye una barrera importante para el acceso a distintos niveles de la enfermedad.

Es notable que los participantes con mayor escolaridad sabían desde el inicio identificar los síntomas de la enfermedad, además de proceder por sí mismos a realizarse pruebas diagnósticas y tener conocimiento de a donde acercarse para recibir atención médica, además de los métodos preventivos de la enfermedad, sobre todo, se observa que a mayor escolaridad, mayor fue la capacidad de acceder al tratamiento incluso aun cuando este no se encontraba en el país. Esto difiere de lo mencionado por Sherbuk y Cols (50), quienes mencionan que los pacientes con diagnóstico de hepatitis C resultaron tener un buen conocimiento de esta; sin embargo, se menciona que el conocimiento no fue suficiente para motivar al paciente en su autocuidado, a diferencia de lo referido por Van Nuil y Cols (51) donde los pacientes siempre se mantienen proactivos en la búsqueda de su cuidado.

La ocupación en algunos casos suele ser una barrera, algunos pacientes por no percibir ingresos suficientes no tienen la capacidad idónea de solventar los gastos básicos de la enfermedad; no obstante, algunos pacientes que si cuentan con un trabajo estable muchas de las veces coincidió que por la demanda laboral, nunca pudieron atenderse por falta de tiempo y atención en un primer nivel, situación que los llevó a una fase avanzada de la enfermedad, siendo no candidatos a un tratamiento según los médicos que no tenían conocimiento pleno acerca de la hepatitis C.

La falta de apoyo en el entorno familiar resulta en una barrera, ya que en algunos casos los pacientes dependen por completo de la familia. Existen casos de discriminación y estigma que desembocan en una situación deficiente de salud mental lo cual concuerda con lo mencionado por Sowah y Cols, ya que estos refieren que existen de igual forma barreras a nivel individual y por parte del entorno familiar, siendo las principales el estigma social, la discriminación y el aislamiento (46). Esto conlleva en algunos casos a un trastorno depresivo y falta de interés por la enfermedad, para así, decidir no tratarse.

La actual pandemia de COVID 19 es un evento extraordinario, se identifica tanto por pacientes como por médicos como una barrera para el acceso al tratamiento. Lo anterior concuerda con el estudio realizado por Sowah y Cols, donde además se hace referencia a como el sistema de salud colapsó debido al COVID-19 dejando de lado a la hepatitis C y sus prometedoras estrategias, haciendo énfasis en las barreras resultantes por el distanciamiento social. Algo interesante de este estudio y que se puede plasmar en muchas regiones es que, de acuerdo a modelos matemáticos, por los retrasos ocasionados a causa de la pandemia en 2020, para la próxima década es posible hasta un aumento de 44,800 casos de carcinoma hepatocelular así como 72, 300 muertes atribuidas a la Hepatitis C (46).

11. Recomendaciones

De acuerdo al análisis de los resultados, además de tomar en cuenta propuestas emitidas por los participantes, se realizan las siguientes recomendaciones para mitigar y evitar las barreras para el acceso al tratamiento de ADD en Hepatitis C en México:

- ❖ Garantizar la atención médica de calidad en todas las instituciones de salud. Esto por medio de capacitaciones continuas y un acercamiento del personal hacia los responsables de programas de evaluación.
- ❖ Garantizar la atención medica en las comunidades más lejanas y de difícil acceso.
- ❖ Fortalecer las estrategias de educación y promoción a la salud en el primer nivel de atención, por medio del involucramiento de los médicos de las unidades de salud y de la evaluación y supervisión de estas
- ❖ Realizar estrategias de educación y promoción a la salud en instituciones académicas a partir de la educación media-superior
- ❖ Fortalecer las estrategias de manejo de la Hepatitis C en unidades de segundo nivel, para que esta sea tratada por completo para así en lo mínimo posible evitar la referencia a un tercer nivel de atención.
- ❖ Crear un espacio en el segundo nivel de atención destinado únicamente al manejo de pacientes con hepatitis C.
- ❖ Concientizar al personal médico acerca de la situación actual de la Hepatitis C, por medio de la difusión de datos epidemiológicos de forma mensual.
- ❖ Implementar la propuesta de un apoyo económico gubernamental hacia pacientes con diagnóstico de hepatitis C, en coordinación con asociaciones de la sociedad civil.
- ❖ Realizar estrategias de gestión con nuevas empresas proveedoras de ADD.
- ❖ Establecer un consenso que este enfocado únicamente en la creación de una norma oficial para el manejo actual de la Hepatitis C.
- ❖ Implementar estrategias de salud mental en pacientes con diagnóstico de hepatitis C y su entorno familiar.
- ❖ Fortalecer estrategias de difusión acerca del tratamiento actual.
- ❖ Incrementar la intersectorialidad de los servicios de salud.
- ❖ Elaborar un plan de atención a pacientes con Hepatitis C para ser este implementado en condiciones extraordinarias, en este caso, como la pandemia por COVID-19, con el fin de garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno.

12. Conclusiones

Hoy en día, la Hepatitis C se considera un problema de salud pública a nivel mundial, a su vez, México es uno de los países que mantiene una elevada prevalencia además de una alta morbimortalidad. La Hepatitis C tiene un gran impacto no solo en los recursos del tercer nivel de atención a la salud, si no a nivel individual, deteriorando la calidad de vida del paciente, situación que actualmente puede ser resuelta sin prácticamente ningún obstáculo, por lo cual, es de suma importancia identificar cuáles son las barreras que existen para el acceso al tratamiento de Hepatitis C.

De acuerdo a los objetivos planteados de forma inicial, se logró identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C que existen hoy en día en unidades de tercer nivel.

Esto fue realizado por medio de la identificación del proceso normativo en las unidades de salud, el cual únicamente está basado en consensos realizados por médicos especialistas; sin embargo, se evidencia la enorme necesidad de la creación de una Norma Oficial Mexicana para esta ser el único documento en el cual se base el manejo de la enfermedad

El manejo terapéutico por los médicos especialistas es otorgado en forma gratuita en las instituciones de salud a base de un esquema de ADD de última generación, durante el cual, se hace referencia a la RVS como una de las mejores características del este.

Durante la triangulación de resultados, son la falta de conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis C, la falta de actualización por parte de los médicos tratantes por ausencia de una norma oficial, el ámbito administrativo de las instituciones, y la pandemia actual de COVID-19, las barreras percibidas tanto por médicos especialistas como por pacientes que existen en la actualidad para el acceso al tratamiento.

Si las recomendaciones antes planteadas se llevaran a cabo en todos los niveles de salud, además de reducir los altos costos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente, es probable que a pesar del panorama que se vive, la meta de la Asamblea Mundial de la Salud pueda cumplirse para el año 2030, o en su defecto, retrasarse la mitad del tiempo del que refieren los médicos, es decir, 10 años.

13. Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones de este estudio estuvo el cumplir con los criterios de inclusión de los pacientes, debido a que no todos eran residentes de la Ciudad de México, ya que los hospitales de tercer nivel a los que acudieron son hospitales de referencia.

Se presentó una heterogeneidad en cuanto a los pacientes con diagnóstico de hepatitis C debido a que muchos de ellos ya estaban en una fase de respuesta viral sostenida, por lo cual su experiencia no fue únicamente con los ADD: sin embargo, esto permitió realizar una comparación del esquema previo al actual.

La modalidad virtual fue un aspecto limitante en ambas poblaciones debido al tiempo de recolección de datos, resultando en un proceso largo y más complejo.

A pesar de que con los instrumentos planteados se lograron cumplir los objetivos planteados, no existe actualmente un instrumento validado para identificar barreras o evaluar conocimiento tanto en médicos especialistas como en pacientes.

14. Recursos materiales y financiamiento

Este proyecto no contó con financiamiento externo para su ejecución y por haberse realizado de manera virtual, no requirió gastos operativos de importancia para su desarrollo.

15. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) "Global hepatitis report 2017". Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng>
2. Asociación Catalana de Pacientes Hepáticos (ASSCAT). "Comorbilidades no hepáticas que aumentan en pacientes con hepatitis B crónica". 2017. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: <https://asscat-hepatitis.org/comorbilidades-no-hepaticas-que-aumentan-en-pacientes-con-hepatitis-b-cronica/>
3. Capote L, S Mora, H Joseph, M Herrera, M González, Y Moret. "Influencia de la infección por el virus de la hepatitis C en la mortalidad de los pacientes en hemodiálisis". Rev cubana med vol.52 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2013. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000100004
4. OMS. "Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021". 2016. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf;jsessionid=5EC945FBAD852B47E3ADF363962606A9?sequence=1>
5. The Polaris Observatory HCV Collaborators. "Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study". Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017; 2: 161–76 2017. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(16\)30181-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(16)30181-9/fulltext)
6. Asociación Catalana de Pacientes Hepáticos (ASSCAT). "Datos y cifras de la hepatitis C". 2017. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: <https://asscat-hepatitis.org/datos-y-cifras-de-la-hepatitis-c-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms/>
7. Sedeño, Virginia. "A comprehensive update of the status of hepatitis C virus (HCV) infection in Mexico-A systematic review and meta-analysis (2008-2019)". doi: 10.1016/j.aohep.2020.100292. E pub 2020 Nov 28. 2020. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33259949/>

8. Saraswat, V. "Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in select countries - volume 2". *J Viral Hepat.* 2015 Jan;22 Suppl 1:6-25. doi: 10.1111/jvh.12350. 2015. Fecha de consulta: Noviembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560839/>

9. Centro Nacional de Trasplantes. "Estado Actual de Donación y Trasplantes en México Anual 2013". Fecha de consulta: Noviembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.gob.mx/cenatra/documentos/estadisticas-50060>

10. Dirección General de Epidemiología (DGE). "Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales". 2012. Fecha de consulta: Noviembre 2020. [Internet] Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/11_Manual_HepatitisVirales.pdf

11. Martínez, Ramon. "Años de vida perdidos por muerte prematura: una medida versátil y abarcadora para el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles". *Int J Epidemiol.* 2019 Jan 9. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>. 2019 Fecha de consulta: Noviembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50476/v43eAPHA12019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

12. Global Burden of Disease Study 2017. Fecha de consulta: Noviembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://gbd2017.healthdata.org/gbd-compare/>

13. Coates, M. "Burden of non-communicable diseases from infectious causes in 2017: a modelling study". *Lancet Glob Health* 2020; 8: e1489–98. 2020. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30358-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30358-2/fulltext)

14. Panduro, Arturo. "Epidemiología de las hepatitis virales en México". *Salud pública Méx* vol.53 supl.1 Cuernavaca ene. 2011. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000700008#:~:text=De%20una%20manera%20global%20el,con%20interfer%C3%B3n%20pegilado%20y%20ribavirina.

15. Lérica, B. "Tratamiento y alternativas de la Hepatitis C". 2016. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/BLANCA%20LERIDA%20JIMENEZ.pdf>

16. Salvatierra, Karina. "Epidemiología molecular del virus de la hepatitis C". *Infectio*. Vol. 21. Núm. 2. 2016. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v21n2/0123-9392-inf-21-02-00117.pdf>
17. Sánchez-Ávila, Juan Francisco. "Geographical distribution of HCV genotypes in Mexico". *Annals of Hepatology* 2007; 6(3): July-September: 156-160. 2007. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hepato/ah-2007/ah073f.pdf>
18. Secretaria de Salud. "Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C". 2020. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/150-mexico-lanza-el-primer-programa-nacional-de-eliminacion-de-la-hepatitis-c-del-continente-americano745497008.pdf>.
19. Volkow, Patricia. "Transfusion-associated HIV infection in Mexico related to paid blood donors; HIV epidemic". *Int J STD AIDS* 2004 May;15(5):337-42. 2004. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15117505/>
20. Benova, Lenka. "Vertical transmission of hepatitis C virus: systematic review and meta-analysis". *Clin Infect Dis*. 2014 Sep 15;59(6):765-732014. 2014. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24928290/>
21. Guía de práctica clínica. "Diagnóstico y tratamiento de Hepatitis C". 2009. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/336_IMSS_10_Hepatitis_Cronica_C/GRR_IMSS_336_10.pdf
22. Panduro, Arturo. "Molecular epidemiology of hepatitis C virus genotypes in west Mexico". *Virus Res*. 2010 Jul;151(1):19-25. 2010. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20347896/>
23. OMS. "Hepatitis C". 2020. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
24. OMS-OPS. "Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C", 2018. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49680/9789275320372_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1

25. Barrajon, L. "Efectividad y seguridad de los antivirales de acción directa frente al virus de la hepatitis C". Rev. OFIL 2016, 26;4:243-250. 2016. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.revistadelaofil.org/efectividad-seguridad-los-antivirales-accion-directa-frente-al-virus-la-hepatitis-c/>
26. Wolpert-Barraza E, Muñoz Hernández, Kershenobich, Coalición para el estudio de la hepatitis C en México. "Acciones prioritarias para un programa nacional de detección, tratamiento y seguimiento de pacientes con hepatitis C". Salud Publica Mex. 2019;61:212-216. 2019. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10166>
27. Méndez, Nahum. "Latin American Association for the Study of the Liver Recommendations on Treatment of Hepatitis C". DOI: 10.1016/S1665-2681(19)30920-2. 2014. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-annals-hepatology-16-articulo-latin-american-association-for-study-S1665268119309202>
28. Amigos del Hígado A.C. "México en peligro de no lograr la meta de erradicación del virus de la hepatitis C para 2030". 2019. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.amhigo.com/actualidades/ultimas-noticias/48-hepatitis-virales/934-no-se-lograra-la-meta-de-erradicacion-del-virus-c-en-mexico>
29. Gane, E. "Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) infection disease burden - volume 2". J Viral Hepat 2015 Jan;22 Suppl 1:46-73. doi: 10.1111/jvh.12352. 2015. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560841/>
30. Instituto Nacional del Cáncer. Diccionario. Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/barrera>
31. Frenk, J. "El concepto y la medición de accesibilidad". Salud Pública de México. 1985. Fecha de consulta: Diciembre 2020. [Internet] Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
32. Carracedo E. "Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia". 2006. Fecha de consulta: Diciembre 2020.
33. Secretaria de Salud. "Las barreras culturales en los servicios de salud". 2002. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/barreras_culturales.pdf

34. Sánchez, Diana. "Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(1):82-9. 2015. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
35. PAHO. "Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades". 2011. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1274-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-6-control-enfermedades-poblacion_4&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&Itemid=965
36. Moscovici, S. "Social representations". *European Sociological Review* Vol. 2, No. 1 (May, 1986), pp. 63-67. 1986. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/522458>
37. Fundación Mexicana para la Salud Hepática. "La hepatitis C como un problema de salud pública en México". *Salud pública Méx* vol.53 supl.1 Cuernavaca ene. 2011. Fecha de consulta: Octubre 2020. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000700011
38. OMS. "Comisión sobre determinantes sociales de la salud-Informe Final". 2008. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
39. Andersen, R. "Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators". 2007. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Improving-Access-to-Care-in-America%3A-Individual-and-Andersen->
40. Hirmas, Macarena. "Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa". *Rev Panam Salud Publica* 33(3). 2013. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9196/a09v33n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Tanahashi, T. "Health service coverage and its evaluation". *Bull World Health Organ.* 1978; 56(2): 295–303. 1978. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>

42. Cabrera, Lidia. "Using mixed methodology in a Delphi Study on educational quality in Secondary School". 2016. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: https://mascvuex.unex.es/revistas/index.php/campoabierto/article/view/2979/pdf_33
43. Varela, Margarita. "Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud". *Inv. Ed Med* 2012;1(2):90-95. 2012. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v1n2/v1n2a7.pdf>
44. Pozo, M. "El uso del método Delphi en la definición de los criterios para una formación de calidad en animación sociocultural y tiempo libre". *Revista de investigación educativa*. Vol. 25, Núm. 2. 2007. Págs. 351-366. 2007. Fecha de consulta: Enero 2021. [Internet] Disponible en: <https://revistas.um.es/rie/article/download/96831/93011/389931>
45. S, Marciano. "Evaluación del acceso a antivirales para el tratamiento de la hepatitis C en un país con recursos limitados". *Revista de Gastroenterología de México*. 83 (2), 208-211. 2018. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090618300648>
46. Sowah, L. "Impact of Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Viral Hepatitis Elimination: What Is the Price?". *AIDS Res Hum Retroviruses*. Aug;37(8):585-588. 2021 Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913731/>
47. C, Gowda. "Disparities in Absolute Denial of Modern Hepatitis C Therapy by Type of Insurance". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Volume 14, 1035-1043. 2016. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1542356516300155>
48. AASLD. *Clinical Liver Disease*. "¿Qué estrategias deben implementarse en Latinoamérica para erradicar el virus de la hepatitis C antes de 2030?". 2019. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6541041/>
49. Whiteley, D. "Provider-related barriers and enablers to the provision of hepatitis C treatment by general practitioners in Scotland: A behaviour change analysis". *Journal of Virus Hepatitis*. 2020. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913731/>
50. Sherbuk, J. "A qualitative study of perceived barriers to hepatitis C care among people who did not attend appointments in the non-urban US South". *Harm Reduction Journal*.

2020. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en:
<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00409-9>

51. Van Nuil, J. "Care seeking and treatment for hepatitis C infection in Rwanda: A qualitative study of patient experiences". *Glob Public Health*. Dec;15(12):1778-1788. 2020. Fecha de consulta: Agosto 2021. [Internet] Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32735478/>

16. Anexos

Anexo 1.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

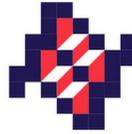
Estudio: "Barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para Hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México, 2021"

Guía primera ronda de consulta: Método Delphi

Presentación: El instituto Nacional de Salud Pública está desarrollando un estudio para identificar las barreras que existen hoy en día para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa en Hepatitis C, además de indagar acerca de los conocimientos, y percepción que se tiene de la enfermedad. Es por eso que de acuerdo a lo mencionado estamos aplicando la Metodología Delphi a un grupo de médicos especialistas miembros de la Coalición para el estudio de la Hepatitis C en México, con el fin de llegar a un consenso. Es necesario recalcar que toda la información que sea recabada durante la sesión es estrictamente confidencial y solo será usada con fines académicos. Si en algún momento usted no desea contestar una pregunta o retirarse del estudio puede hacerlo sin ningún problema. Gracias por su apoyo y participación.

1. ¿Cuál es la norma actual para el manejo de la Hepatitis C en México?
2. ¿Cuál es el tratamiento actual para el manejo de la Hepatitis C en México? Especifique.
3. Desde la actualización del tratamiento para la Hepatitis C, ¿Cuáles han sido los principales beneficios?
4. Con este nuevo tratamiento ¿Cómo ha sido la respuesta de los pacientes en el ámbito clínico y social?
5. ¿Cómo han actuado las instituciones de salud con la introducción de este tratamiento? ¿Responden a las necesidades del médico y del paciente?

Anexo 2.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Estudio: "Barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para Hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México, 2021"

Guía segunda ronda del Método Delphi

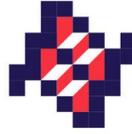
Presentación: El instituto Nacional de Salud Pública está desarrollando un estudio para identificar las barreras que existen hoy en día para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa en Hepatitis C, además de indagar acerca de los conocimientos, y percepción que se tiene de la enfermedad. Es por eso que de acuerdo a lo mencionado estamos aplicando la segunda ronda de la Metodología Delphi Al grupo de médicos especialistas, con el fin de llegar a un consenso. Es necesario recalcar que toda la información que sea recabada durante la sesión es estrictamente confidencial y solo será usada con fines académicos. Si en algún momento usted no desea contestar una pregunta o retirarse del estudio puede hacerlo sin ningún problema. Gracias por su apoyo y participación.

1. Considera usted que debería existir una norma oficial mexicana para el manejo de la Hepatitis C? (Opción de respuesta: Si o No)
2. Seleccione una respuesta: ¿Cómo considera usted que una norma oficial mexicana ayudaría al diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente con Hepatitis C? (Opciones de respuesta: En nada, En casos muy aislados, En la mayoría de los casos, Por completo, Por completo, además, el manejo debería de estar basado únicamente en la norma)
3. ¿Cuál es el esquema de tratamiento actual al que más se tiene acceso hoy en día? (Opciones de respuesta: Sofosbuvir/ Veltapasvir o Glecaprevir/Pibrentasvir) ¿Por qué?
4. ¿Cuál es la principal razón del apego al tratamiento en un paciente con diagnóstico de Hepatitis C? (Opciones de respuesta: Duración del tratamiento, Disminución de

los efectos adversos, respuesta viral sostenida, tratamiento sin costo, apoyo familiar o de su red social)

5. ¿Considera que el ámbito administrativo de los servicios de salud es la principal barrera a nivel hospitalario para el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta Si o No)
6. ¿Considera que el bajo nivel de conocimiento por parte del personal de salud del primer nivel de atención es una barrera para el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta: Si o No)
7. ¿Considera que el bajo nivel de conocimiento por parte de los pacientes acerca de la Hepatitis C es una barrera para el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta: Si o No)
8. ¿Considera que el estatus económico de un paciente influya en el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta: Si o No)
9. ¿Considera que la relación médico-paciente influya en el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta: Si o No)
10. Considera que la pandemia actual ha sido una barrera para el acceso al tratamiento? (Opciones de respuesta: Si o No)
11. De acuerdo al panorama que vivimos hoy en día y a las cifras actuales de incidencia y prevalencia de Hepatitis C ¿En cuántos años considera que se cumplirá la meta de la asamblea mundial de la salud? Esta respalda la estrategia que tiene como fin la eliminación de la Hepatitis C como amenaza de Salud Pública para el año 2030. (Opciones de respuesta: pregunta abierta)

Anexo 3.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Estudio: "Barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para Hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México, 2021"

Guía de entrevista semiestructurada dirigida a pacientes con diagnóstico de Hepatitis C

Presentación: El instituto Nacional de Salud Pública está desarrollando un estudio para identificar las barreras que existen hoy en día para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa en Hepatitis C, además de indagar acerca de los conocimientos, y percepción que se tiene de la enfermedad. Es por eso que de acuerdo a lo mencionado estamos entrevistando a pacientes diagnosticados con hepatitis C, es necesario recalcar que toda la información que sea recabada durante la sesión es estrictamente confidencial y solo será usada con fines académicos. Si en algún momento usted no desea contestar una pregunta o retirarse del estudio puede hacerlo sin ningún problema, dicho acto no tendrá ninguna repercusión hacia usted o hacia la atención que se le otorga en esta unidad. Gracias por su apoyo y participación.

Perfil del aspirante

1. ¿Cuál es su nombre completo?
2. ¿Qué edad tiene?
3. ¿Dónde nació?
4. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en la Ciudad de México?
5. Donde actualmente vive ¿Renta o es propio?
6. ¿Cuenta con todos los servicios?
7. ¿Hasta qué grados de estudios llegó?
8. ¿A qué se dedica?
9. ¿De cuánto es el ingreso económico que tiene en casa al mes aproximadamente?
10. ¿Tiene usted algún apoyo económico por parte del gobierno?

11. ¿Tiene pareja?
12. ¿Tiene hijos?
13. ¿Sus padres aún viven?
14. ¿Sus padres mostraron interés por su salud cuando era pequeño?
15. ¿Mantiene una relación estrecha con amigos o vecinos?
16. ¿Practica algún tipo de religión?
17. ¿Pertenece a algún grupo social?
18. ¿Cuenta usted con algún seguro médico? ¿Cual?
19. ¿A dónde acude cuando necesita atención médica?
20. ¿Puede usted realizar sus actividades cotidianas de forma independiente?

Conocimientos

52. ¿Sabe qué es la Hepatitis?
53. ¿Sabe qué es la Hepatitis C?
54. ¿Sabe cómo se transmite la Hepatitis C?
55. ¿Sabe quiénes están en más riesgo de contraer Hepatitis C?
56. ¿Se puede prevenir la Hepatitis C?
57. ¿Cuáles son los síntomas de la Hepatitis C?
58. ¿Sabe cómo se diagnostica la Hepatitis C?
59. ¿Sabe cómo se cura la Hepatitis C?

Barreras

1. ¿Como fue que se enteró del diagnóstico de Hepatitis C?
2. ¿Cuál era el plan a seguir según el médico tratante?
3. ¿Es la primera vez que recibe tratamiento?
4. ¿Se le asignó tratamiento de forma inmediata?
5. ¿Ha tenido gastos adicionales (gastos de bolsillo) para poder adquirir el tratamiento?
6. ¿Qué opina del tratamiento?
7. ¿Ha tenido algún evento o complicación de salud adicional antes o durante el tratamiento?
8. ¿Como se traslada a sus consultas? ¿Cuánto tiempo tarda en llegar?
9. ¿Quién le acompaña a sus consultas?

10. ¿Quién le apoya en casa?
11. Después del diagnóstico, ¿Cómo cambio su relación con sus familiares y amigos?
12. ¿Hubo alguien que influyera en su manera de pensar acerca de la enfermedad?
13. Después del diagnóstico, ¿Cómo cambio su vida laboral?
14. Después del diagnóstico, ¿Cómo cambio su situación económica?
15. ¿Usted conoce o está en algún grupo de apoyo para pacientes con Hepatitis C?
16. ¿Cómo considera la relación con el médico tratante?
17. ¿Ha tenido algún obstáculo para continuar con la atención médica?
18. ¿Ha tenido algún obstáculo para continuar con el tratamiento?
19. De acuerdo a la pandemia que estamos viviendo ¿Con que obstáculos se ha encontrado usted para atender y tratar su enfermedad?

Propuestas

1. ¿Que propondría usted como mejora para la atención de pacientes con hepatitis C?
2. ¿Considera adecuado el tratamiento? ¿Cambiaría algo?

Anexo 4.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL/ORAL

Dirigido a: Médicos especialistas

Título de proyecto: Barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis c en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México, 2021

Alumna: Cecilia Morlet García

Directora de Proyecto de Titulación: Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI).

Asesora: Dra. Graciela Elia Castro Narro. INCMNSZ/Médica Sur.

Asesor: Dr. Vicente Madrid Marina. Instituto Nacional de Salud Pública, CISEI.

Fecha aprobación por el Comité de ética:

Introducción/Objetivo:

Estimado(a) Dr/Dra: Mi nombre es Cecilia Morlet García, soy estudiante del cuarto semestre de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública. Para obtener el grado de maestra estoy realizando un Proyecto de Titulación al cual usted ha sido invitado(a) a participar el cual se desarrollará en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México.

El objetivo principal del proyecto es identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México en 2021. La población de estudio son médicos especialistas adscritos a la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C y pacientes diagnosticados con Hepatitis C

Si usted decide participar en este estudio, es importante que considere la siguiente información, con la libertad de preguntar cualquier asunto que le genere una duda. Cabe recalcar que se le solicito participar en este proyecto ya que usted es médico(a) gastroenterólogo(a) y forma parte de la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C en México, además de que labora en unidades de tercer nivel tratando pacientes con diagnóstico de Hepatitis C contando con una amplia experiencia en estos.

Procedimientos:

Su participación consistirá en la emisión de opiniones, experiencias y juicios subjetivos mediante dos o más rondas sucesivas de cuestionarios con base en el método Delphi el cual toma como estudio siempre a un grupo de expertos en un tema, teniendo libertad de opinión para así obtener información lo más fidedigna posible. Los cuestionarios serán breves, no cuentan con un límite de tiempo establecido y abarcaran distintas preguntas acerca de la Hepatitis C.

Cabe recalcar que debido a la semaforización de COVID-19 y hasta nuevo aviso e instrucciones del Gobierno de la Ciudad de México así como del Instituto Nacional de Salud Pública la modalidad de la aplicación de los cuestionarios será vía virtual, siendo estos enviados por correo electrónico y contestados de la misma manera con su previo consentimiento vía verbal/oral.

Beneficios:

No hay un beneficio directo por su participación en este estudio, no obstante, usted estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en unidades de tercer nivel que existen hoy en día.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro:

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su puesto de trabajo.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son nulos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de privacidad integral para participantes de estudios de investigación:

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con domicilio en Avenida Universidad, No. 655, Col. Santa María Ahuacatlán, Cuernavaca, C.P. 62100, Morelos, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad que resulte aplicable

Usted puede consultar el aviso de privacidad integral en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>

Tarjeta de datos de contacto:

Si usted tiene alguna pregunta con respecto al estudio se ponen a su disposición los siguientes datos: por favor comuníquese con la investigadora responsable del estudio: Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda y con Cecilia Morlet García a los siguientes correos electrónicos: kjtorres@insp.mx y cecilia.morlet@hotmail.com y Asimismo si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos de participante puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs, o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Dicho lo anterior, ¿Desea usted participar en este estudio? Su respuesta será registrada por nosotros de forma escrita.

¡Gracias por su tiempo!



Versión Aprobada: Mayo 14, 2021

CI: 661 Folio Identificador: F96

Copia sellada en archivo

Anexo 5.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL/ORAL

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de Hepatitis C

Título de proyecto: Barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis c en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México, 2021

Alumna: Cecilia Morlet García

Directora de Proyecto de Titulación: Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas (CISEI).

Asesora: Dra. Graciela Elia Castro Narro. INCMNSZ/Médica Sur.

Asesor: Dr. Vicente Madrid Marina. Instituto Nacional de Salud Pública, CISEI.

Fecha aprobación por el Comité de ética:

Introducción/Objetivo:

Estimado(a) Sr/Sra: Mi nombre es Cecilia Morlet García, soy estudiante del cuarto semestre de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Salud Pública. Para obtener poder obtener mi título estoy realizando un proyecto al cual usted ha sido invitado(a) a participar el cual se desarrollará en hospitales de tercer nivel en la Ciudad de México.

El objetivo principal del proyecto es identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en unidades de tercer nivel en la Ciudad de México en 2021. La población con la que trabajaré son médicos especialistas adscritos a la Coalición para el Estudio de la Hepatitis C y pacientes diagnosticados con Hepatitis C

Si usted decide participar en este estudio, es importante que considere la siguiente información, con la libertad de preguntar cualquier situación que le genere una duda. Cabe recalcar que se le solicito participar en este proyecto ya que usted además de vivir en la Ciudad de México y ser mayor de 18 años, cuenta actualmente con el diagnóstico de Hepatitis C, independientemente si lleva o no un tratamiento.

Procedimientos:

Durante el estudio se le realizarán algunas preguntas en una entrevista, esta última tendrá una duración aproximada de una hora en la cual se le harán preguntas acerca de usted, cuanto conoce de su enfermedad, qué barreras ha tenido para su atención y tratamiento, además de una sección de propuestas hechas por usted. Esta entrevista lleva por nombre: Entrevista semiestructurada, la cual nos ayudará a obtener información acerca de la percepción que usted tiene de esta enfermedad. La entrevista cuenta con un total de 49 preguntas.

Cabe recalcar que debido a la semaforización de COVID-19 y hasta nuevo aviso e instrucciones del Gobierno de la Ciudad de México así como del Instituto Nacional de Salud Pública la forma de la aplicación de la entrevista será vía virtual, es decir, por medio de un video llamada posterior a la consulta con su médico tratante, en caso de no poder hacerlo en ese momento se acordará un horario de su preferencia. Asimismo, durante esta entrevista se grabará su voz, para poder así transcribir toda la información que recabemos con su previo consentimiento vía verbal/oral.

Beneficios:

No hay un beneficio directo por su participación en este estudio, no obstante, usted estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar las barreras para el acceso al tratamiento de antivirales de acción directa para hepatitis C en unidades de tercer nivel que existen hoy en día y así poder ayudar a más pacientes con esta enfermedad.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro:

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera su atención en esta unidad.

Riesgos Potenciales/Compensación:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son nulos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de privacidad integral para participantes de estudios de investigación:

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con domicilio en Avenida Universidad, No. 655, Col. Santa María Ahuacatlán, Cuernavaca, C.P. 62100, Morelos, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y demás normatividad que resulte aplicable

Usted puede consultar el aviso de privacidad integral en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html>

Tarjeta de datos de contacto:

Si usted tiene alguna pregunta con respecto al estudio se ponen a su disposición los siguientes datos: por favor comuníquese con la investigadora responsable del estudio: Dra. Kirvis Janneth Torres Poveda y con Cecilia Morlet García a los siguientes correos electrónicos: kjtorres@insp.mx y cecilia.morlet@hotmail.com y Asimismo si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos de participante puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs, o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Dicho lo anterior, ¿Desea usted participar en este estudio? Su respuesta será registrada por nosotros de forma escrita.

¡Gracias por su tiempo!



Versión Aprobada: Mayo 14, 2021

Cl: 661 Folio Identificador: F96

Copia sellada en archivo