

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE RIESGO CARDIOVASCULAR  
CON PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE CAJIBIO CAUCA**

**2017-2020**

**EVALUATION OF A COMPREHENSIVE CARDIOVASCULAR RISK PROGRAM  
WITH COMMUNITY PARTICIPATION IN THE MUNICIPALITY OF CAJIBIO**

**CAUCA 2017-2020**

1.Lina Marcela Noguera Galindo, 2.Julián Andrés Villalba, 3.Victoria Eugenia Estrada.

1. Fisioterapeuta, Estudiante maestría en salud publica Pontificia Universidad Javeriana Cali.
2. Enfermero, Estudiante maestría en salud publica Pontificia Universidad Javeriana Cali.
3. Profesora Investigadora, Coordinadora Maestría en Salud Publica, Depto. Salud Publica y Epidemiología Facultad de C. de la Salud Pontificia Universidad Javeriana Cali.

**RESUMEN**

**Objetivo.** Evaluar el proceso de atención, los resultados y el lugar que la participación comunitaria ha tenido en el Programa Integral de Riesgo Cardiovascular (PIRC) de la IPS Fundación Nacer para Vivir, en el periodo 2017-2020. **Método.** Evaluación de proceso y resultado a través de un estudio de caso; se utilizó metodología mixta con enfoque complementario; se reconstruyó la ruta de atención del programa, se analizó el recurso humano, el cumplimiento de protocolos, la participación comunitaria y el cumplimiento de actividades de control y de metas clínicas. **Resultados.** Se realizó reconstrucción de la ruta de atención del PIRC de acuerdo al contexto particular y se adaptó a los líderes comunitarios como actor principal en el desarrollo del programa; el enfoque comunitario, demostró que el apoyo de los líderes multiplicadores de cuidado (LMC) en la captación de la población a riesgo, la educación para la salud y el seguimiento, permitió una adecuada asistencia a las actividades del programa por parte de los usuarios, y con respecto a los

efectos directos del programa, se evidenció que la asistencia y cumplimiento en los controles de los usuarios están relacionado con la articulación entre FNPV y LMC, aunque este no garantiza el control clínico de los usuarios. **Conclusiones.** Se adaptaron los lineamientos nacionales al contexto particular del programa, lo cual logró mejorar el acceso a la detección temprana, la gestión hacia el cumplimiento de estándares de atención como el componente educativo, la atención psicosocial, el seguimiento, la atención por especialista, además, se realizó una articulación entre el equipo técnico de atención y el comité de participación comunitaria, resaltando que los líderes comunitarios son actores clave para el desarrollo del PIRC.

**Palabras Clave:** Enfermedades cardiovasculares, Participación de la comunidad, Factores de Riesgo, Evaluación

#### **ABSTRACT**

**Objective.** Analyze the care process, the results and the place that community participation has had in the Comprehensive Cardiovascular Risk Program of the IPS Nacer para Vivir Foundation, in the period 2017-2020. **Method.** A method of objectives was carried out, where activities were determined to comply with each one, both quantitative and qualitative techniques were used to achieve the consolidation of the results according to what was proposed. **Results.** Reconstruction of the PIRC service route was carried out according to the particular context and it was adapted to the community leaders as the main actor in the development of the program; the community approach, demonstrated that the support of the care multiplier leaders (LMC) in the recruitment of the population at risk, health education and follow-up, allowed adequate assistance to the program activities by the users, Regarding the direct effects of the program, it was evidenced that attendance and compliance with user controls are related to the articulation between FNPV and LMC, although this does not guarantee the clinical control of users. **Conclusions.** The national guidelines

were adapted to the particular context of the program, which managed to improve access to early detection, management towards compliance with care standards such as the educational component, psychosocial care, follow-up, specialist care, in addition, An articulation was made between the technical care team and the community participation committee, highlighting that community leaders are key actors for the development of the PIRC.

**Keywords:** Cardiovascular Diseases, Community Participation, Risk Factors, Evaluation.

### **Introducción**

En Colombia, los indicadores de morbimortalidad para enfermedades no transmisibles (ENT) según el último informe de la cuenta de alto costo para el 2017 se encuentran así: el número de casos de hipertensión arterial es de 3.776.893, equivalente a una tasa de prevalencia institucional de 7.7 casos por cada 100 habitantes, la distribución según el sexo en el país es de 61,6% en mujeres y 38,3% en los hombres de los cuales el 63% se encuentran afiliados al régimen contributivo y el 36% al régimen subsidiado. Para diabetes mellitus se presentaron 1.099.471 casos nuevos, que equivale a una tasa de prevalencia institucional de 2,2 casos por cada 100 habitantes, 58,9% de los casos en mujeres y 41,7% en hombres (1). Para el 2015 según la OMS, en Colombia la prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue de 16,9% en mujeres y de 21,5% en hombres, por debajo de la reportada para América Latina: 23,7% en hombres y 18,0% en mujeres (2).

Al analizar el comportamiento en el departamento del Cauca de la mortalidad por grandes causas, una vez hecho el ajuste de las tasas por edad, se observa predominio de mortalidad causada por enfermedades del sistema circulatorio, ésta presenta un comportamiento con tendencia al descenso, desde una tasa ajustada de 142,0 defunciones por 100.000 habitantes en 2005, a 114,9

en el año 2009, luego presenta comportamiento oscilante hasta el 2015, con una tasa de 115,47 por 100.000 habitantes, pero que se incrementa en el año 2016 a 126,16 por 100.000 habitantes.(3).

El municipio de Cajibío, en el periodo 2005 a 2016, la mayor causa de muerte fueron enfermedades del sistema circulatorio, cuyo comportamiento fue fluctuante con tendencia al descenso; para el año 2005 la tasa de mortalidad ajustada por esta causa, fue 176,67 por cada 100.000 habitantes mientras para el año 2016 la tasa desciende a 108,54 muertes por 100.000 habitantes. (4).

La Fundación Nacer para Vivir (FNPV), a partir del año 2015, implementó en el municipio de Cajibío, Cauca una estrategia coordinada y articulada con la comunidad, mediante gestión integral del riesgo en salud, que permite a profesionales de salud entender la dinámica de los territorios, las necesidades y el estado de salud de la población, para orientar intervenciones de manera contextualizada; el componente educativo del programa, parte de un diagnóstico de necesidades poblacionales realizado por líderes comunitarios quienes ayudan a interpretar, desde su conocimiento, el escenario en sus regiones, para proponer y desarrollar articuladamente, intervenciones que ayuden al logro de objetivos propuestos; la estrategia de articulación se realiza por medio de mesas de trabajo con el comité local de salud que está compuesto por líderes de diferentes corregimientos del municipio, quienes se reúnen una vez al mes a gestionar y coordinar las actividades a realizar en sus territorios.

Todo el proceso ejecutado desde la FNPV, en articulación con comunidades, cuenta con monitoreo de indicadores institucionales que se socializan con el comité local de salud y el personal asistencial de la FNPV, pero hasta ahora no se ha realizado una evaluación que permita evidenciar avances, logros y debilidades del programa de riesgo cardiovascular, y su componente de participación comunitaria; la pregunta que orientó la evaluación fue ¿Cómo ha sido el proceso

de atención, los resultados y el lugar que la participación comunitaria ha tenido dentro del programa Integral de Riesgo Cardiovascular?, y en coherencia, el objetivo planteado fue analizar el proceso de atención, los resultados y el lugar que la participación comunitaria tuvo en el programa integral de Riesgo Cardiovascular de la IPS Fundación Nacer para Vivir en el municipio de Cajibío, en el periodo 2017-2020

De acuerdo con Diez (5), la evaluación de resultados *“pretende medir los cambios en la población ocurridos, se mide el número de actividades realizadas y su efectividad”* y según Rossi et al, para la evaluación de proceso, son : *“ las características de un programa y de la población que él reúne, en comparación con lo previsto por sus diseñadores”*. La **evaluación de proceso**, por su parte, comprende componentes explicativos que pueden aportar al análisis de los procesos de implementación de un programa (6).

En la evaluación de proceso, **los estudios de caso**, permiten comprender lo complejo de un caso en específico, además de las transformaciones obtenidas a través del tiempo. (7) *“Los estudios de caso pueden también centrarse exclusivamente en los **resultados de las intervenciones**; pueden tener por objeto analizar la totalidad de los resultados, como ocurre cuando se intenta estudiar las medidas de desempeño de los servicios públicos”*, el propósito de la evaluación de resultados es obtener la información de los cambios que la población de un programa ha tenido con el tiempo, independientemente de que se le atribuya o no a las intervenciones recibidas (8). Es decir, los estudios de caso sirven para vincular las intervenciones y los resultados.

Por lo anterior, las evaluaciones de programas de salud son importantes para poder tomar decisiones basados en evidencia, es de interés, evaluar aquellos que tienen participación comunitaria para potenciar su práctica; las metodologías de evaluación que combinan lo cuantitativo y lo cualitativo, permiten esta aproximación. Según la revisión documental realizada,

son escasas las evaluaciones de programas con componente de participación comunitaria. En España, se evidenció un artículo sobre experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud, se revisaron 472 actividades comunitarias (AC) inscritas en redes de promoción de la salud, el 61% de ellas incluían una evaluación de diferente tipo, de la siguiente manera; el 28,8% fueron de proceso, el 17,7% de resultados, el 18,4% fueron de proceso y de resultado, finalmente el 37,5% no tenían un tipo de evaluación definida. Para la evaluación, se utilizaron únicamente métodos cuantitativos en un 56,2%, métodos cualitativos en un 4,5%, ambos métodos en un 18% y en un 21,8% no quedó claro el método (9).

El enfoque cualitativo y el cuantitativo se complementan en las investigaciones de salud, es decir en las evaluaciones de desarrollo de programas de intervención es necesario la utilización del método cualitativo *como antecedente exploratorio, descriptivo o explicativo que complemente al método cuantitativo y que permita la mejor comprensión e interpretación del fenómeno en estudio (10).*

## **Metodología**

Se realizó una **evaluación de proceso y resultados** del programa integral de riesgo cardiovascular en el municipio de Cajibío Cauca, en el período 2017-2020, de acuerdo con el modelo de Ridde et. al. El diseño correspondió a un **estudio de caso**, el cual permite el análisis del programa, teniendo en cuenta las particularidades del contexto en el que se desarrolla; si bien, no pretendió ser una evaluación participativa, permitió analizar la particularidad del proceso de participación comunitaria que apoya el desarrollo del programa (7).

Teniendo en cuenta que la evaluación contempló tanto el proceso como los resultados, y también el análisis del componente de participación comunitaria del programa, el ejercicio

combinó técnicas cuantitativas y cualitativas, desde la literatura existente, corresponde a la utilización de métodos mixtos, desde un enfoque complementario en el cual “ *los resultados cuali y cuanti se presentaran por separado, pero se evidencia que un elemento cuali contribuye con un elemento cuanti o viceversa, es decir, los resultados cuali y cuanti son complementarios*” (11), se utilizaron técnicas cuantitativas seguidas de un método cualitativo, es decir explicativo secuencial, lo que permitió triangular la información de las diferentes fuentes, socializando los resultados cuanti con los actores del programa: equipo técnico de atención y comité de participación comunitaria.

### **Proceso de recolección de información:**

*Las actividades que permitieron el análisis del proceso fueron:* la reconstrucción y análisis de la ruta de atención del programa, el análisis de la adherencia a la nota técnica por parte del equipo técnico de atención y el análisis del recurso humano asignado al programa. Para el análisis de la adherencia a la nota técnica se realizó con base en el instrumento test de conocimiento nota técnica aplicada habitualmente por talento humano (anexo 1)

*La actividad que permitió el análisis del componente de participación comunitaria del programa,* fue la realización de un grupo de discusión con cinco personas que fueron parte del proceso de participación comunitaria por ser integrantes del comité.

*Las actividades que permitieron el análisis de los resultados del programa fueron:* el análisis del cumplimiento de las actividades del programa y los logros en las metas de control clínico, Se calculó la prevalencia institucional de enfermedad renal crónica y se realizó un análisis comparativo de indicadores de cumplimiento en relación con el nivel nacional a través de la cuenta de alto costo.

**Las fuentes de información:** correspondieron a los integrantes del equipo técnico de atención, los integrantes de comité de participación comunitaria y los documentos, registros y base de datos del programa.

**Las técnicas utilizadas** correspondieron a: Análisis documental, la cual permitió la distinción del recurso humano y la adherencia a los protocolos; dos grupos de discusión: uno con el equipo técnico de atención y uno con el comité de participación comunitaria y un análisis de indicadores de la cuenta de alto costo.

La tabla 1 presenta en forma resumida las actividades, fuentes, técnicas e instrumentos utilizados.

**Tabla 1.** *Actividades técnicas de Recolección de Información:*

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE INFORMACIÓN	TECNICAS	INTRUMENTOS
1. Documentar el proceso de atención del programa integral de riesgo cardiovascular	a) Reconstrucción de la ruta de atención	Equipo asistencial	Grupo discusión 1	Guía de Grupo de discusión
	b) Análisis de la adherencia a protocolos y guías de atención	Registro de seguimiento de los pacientes, los informes de plan educativo y el grupo asistencial	Análisis documental  Grupo de discusión 1 con equipo profesionales	Guía para análisis documental  Guía de Grupo de discusión
	c) Análisis de los recursos humanos del programa d) La norma de recurso humano para atención de programas	Contratos laborales	Análisis documental	Registro de Excel con variables relacionadas
2. Analizar la participación comunitaria dentro del Programa	Análisis de participación comunitaria a través de unas categorías de análisis definidas	Comité local de salud	Grupo de discusión 2	Guía de grupo de discusión.
3. Analizar los resultados del programa	a) Análisis de los logros en las metas de control clínico b) Análisis de Asistencia al programa. c) Análisis de Continuidad en la asistencia	Registro de seguimiento de pacientes	Análisis de indicadores	Base de datos elaborado a partir del registro de pacientes, que contiene variables para el cálculo de los indicadores.

**Fuente:** Autoría propia.

**Análisis de la información:** El componente cuantitativo incluyó el análisis de indicadores del programa integral de riesgo cardiovascular, basados en indicadores establecidos por la cuenta de alto costo (tabla 3); se calculó prevalencia desde el año 2017 hasta el 2020 sobre los factores de riesgo (sobrepeso y obesidad), el porcentaje de pacientes por diagnóstico, el porcentaje de cumplimiento en metas clínicas, el porcentaje de cumplimiento en toma de laboratorios, además, se hizo un análisis comparativo de indicadores de cumplimiento de actividades de control y metas clínicas en relación con nivel nacional.

El componente cualitativo que corresponde al análisis de la participación comunitaria se basó en las siguientes categorías de análisis: actores, dinámica de participación, formas de participación en el programa, logros y valoración de la experiencia (Anexo 5).

**Tabla 2.** *Indicadores de control clínico*

<b>INDICADORES ACTIVIDAD A</b>	
Enfermedad renal crónica de los usuarios del programa durante los años 2017,2018,2019 y 2020	A: Número de usuarios con enfermedad renal crónica durante el periodo evaluado (Estadios 3 <sup>a</sup> A2, 3B, 4 y 5 según tasa de filtración glomerular calculada con CKD-EPI y los valores de la microalbuminuria). B: Total de usuarios del programa de riesgo cardiovascular durante el periodo evaluado. (A/B) *100
Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial dentro de metas clínicas (Presión arterial menor a 140/90 mm/Hg)	A: Número de usuarios Hipertensos que luego de seis meses de manejo presentan metas clínicas óptimas de presión arterial. B: Total de usuarios HTA que llevan inscritos en el programa 6 meses. (A/B) *100
Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus dentro de metas clínicas (Resultado Hemoglobina glicosilada menor 7%)	A: Número de usuarios con Diabetes mellitus que luego de 1 año de manejo presentan metas óptimas de Hemoglobina glicosilada. B: Total de usuarios DM inscritos en el programa con 1 año de inscripción en el programa. (A/B) *100
Porcentaje control de Hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses.	A: Número de usuarios con Diabetes mellitus que presenten al menos una toma de Hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses.

	B: Total de usuarios DM inscritos en el programa con 1 año de inscripción en el programa. (A/B) *100
Porcentaje control (toma del laboratorio) de la LDL (Lipoproteína de baja densidad) en el último año.	A: Número de pacientes con diagnósticos DM, HTA con toma del perfil lipídico (LDL) en el último año B: Número total de pacientes con diagnósticos DM, HTA luego de 1 año de manejo (A/B) *100
Porcentaje de personas con diagnósticos DM, HTA dentro de metas clínicas en su perfil lipídico (LDL inferiores a 100 mg/dl (99 mg/dl) luego de 1 año de manejo)	A: Número de pacientes con diagnósticos DM, HTA con LDL inferiores a 100 mg/dl (99 mg/dl) luego de 1 año de manejo B: Número total de pacientes con diagnósticos DM, HTA a quienes se les realizó LDL luego de 1 año de manejo (A/B) *100
Porcentaje control (toma del laboratorio) de creatinina en el último año.	A: Número de pacientes con diagnósticos DM, HTA con toma de la creatinina en el último año B: Número total de pacientes con diagnósticos DM, HTA luego de 1 año de manejo (A/B) *100
Porcentaje control (toma del laboratorio) de micro albuminuria en el último año.	A: Número de pacientes con diagnósticos DM, HTA con toma del micro albuminuria en el último año B: Número total de pacientes con diagnósticos DM, HTA luego de 1 año de manejo (A/B) *100

**Fuente:** Cuenta de alto costo, 2017(12).

El protocolo de evaluación fue revisado y aprobado por el Comité de ética en investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Javeriana de Cali; los participantes firmaron el respectivo consentimiento informado.

## Resultados

### Teoría del programa

En Colombia la política de atención integral en Salud (PAIS), tiene como estrategia transversal la gestión del riesgo en salud, esta busca mejorar las condiciones de salud en la población mediante regulación de intervenciones, con el objetivo de generar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud,

para así garantizar el derecho fundamental de la salud, estipulado en la ley estatutaria 1751 del 2015. (13)

La política PAIS recoge el marco de determinantes sociales adoptado por el PDSP 2012- 2021; bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educativas, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación (14). La gestión del riesgo en salud utiliza métodos de clasificación de riesgos y la apropiación de métodos de seguimiento de cohortes de usuarios y aplicación de estrategias costo efectivas para la identificación de personas en riesgo y el monitoreo sobre los efectos de las intervenciones implementadas.

La ruta de atención integral (R.I.A) de riesgo cardiovascular es un conjunto de acciones, coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, busca continuidad en la atención de las personas que se encuentran en riesgo de desarrollar este tipo de condiciones. Para mitigar el impacto que han causado las enfermedades cardiovasculares en la población por muchos años, se plantean las intervenciones para promover los estilos de vida saludable. La RIAS cardiovascular parten de generar participación en distintos entornos de nuestra sociedad como el educativo, el laboral, el comunitario y el hogar teniendo como ejes principales la promoción de alimentación saludable, la actividad física, la reducción a la exposición de productos derivados del tabaco y el consumo nocivo de alcohol; posterior a las actividades en los entornos siguen las intervenciones individuales.

La RIA cardiovascular dentro de sus intervenciones individuales se pueden ejecutar en diferentes entornos de acuerdo a la complejidad y el escenario donde se desarrollan, así lo plantea el MINSALUD (15).

## **La gestión integral del riesgo cardiovascular en el PRCV FNV- municipio de Cajibío.**

La IPS de gestión del riesgo Fundación Nacer para Vivir, interviene como prestador primario de la red de servicios de enfermedades cardiovasculares de la EAPB Asmet salud S.A.S. desde el 2015 en el municipio de Cajibío; presta el servicio en la actualidad a 3158 personas distribuidas según su patología así: 81,2 % (2565) presentan hipertensión arterial, 4,4 % (142) tienen diabetes y el 14,2 % (451) restante comparten ambas patologías<sup>1</sup>. La Fundación Nacer para Vivir implementa una estrategia coordinada y articulada con la comunidad, mediante **el programa de promoción de la salud con el enfoque de riesgo**, que permite entender desde el punto de vista de la población la dinámica en sus territorios, para así orientar las intervenciones de una manera contextualizada a sus entornos, esta estrategia toma relevancia, pues según Miller afirma que “teniendo en cuenta que la consulta por el personal sanitario tiene un impacto relativamente pequeño sobre la salud de la población, comparado con otros factores como las condiciones socioeconómicas y políticas, el medio ambiente, el apoyo social o la planificación urbana”; es por ello que la participación comunitaria en el sistema de salud permite que las acciones realizadas sobre su territorio puedan ser más efectivas buscando intervenir las necesidades, contextualizando la realidad de cada población (16).

Durante el tiempo que está en marcha el plan de acción de la Fundación en el municipio de Cajibío se tienen en cuenta el monitoreo de indicadores de acuerdo a directrices institucionales los cuales están enfocados a inspeccionar el control clínico de los usuarios que se benefician del programa, estos son socializados con los líderes comunitarios con el fin de poder reevaluar las intervenciones realizadas en cada territorio y tomar decisiones frente a estas, se cuenta con una

---

<sup>1</sup> Datos tomados de las bases del programa de riesgo cardiovascular de la Fundación nacer para vivir en el municipio de Cajibío Cauca con cohorte diciembre del 2020.

nota técnica que define las intervenciones y tecnologías contratadas para cada paciente de acuerdo a su clasificación de riesgo cardiovascular por la EAPB.

### **Nota técnica contratada por la EAPB con la IPS.**

La nota técnica representa las actividades y tecnologías que se deben realizar durante un año calendario a los usuarios del programa de riesgo cardiovascular y nefro protección de acuerdo a la clasificación de riesgo, esta clasificación se divide así: según Framingham modificada para Colombia puede ser riesgo cardiovascular bajo, moderado, alto o muy alto, así mismo se clasifica los diabéticos de acuerdo a su condición si presentan o no complicaciones vasculares y finalmente los usuarios con enfermedad renal crónica (ERC) se clasifican de acuerdo a la tasa de filtración glomerular (TFG) calculada con CKD-EPI adaptando las recomendaciones de la guía de práctica clínica (GPC) para enfermedad renal crónica de MINSALUD; como resultado esta puede dar usuarios NO ERC (estadios 1, 2, 3AA2) y usuarios ERC (estadios 3B, 4 y 5) . Poder contar con la tabla de nota ha permitido que el equipo asistencial, las promotoras de vida y los líderes multiplicadores de cuidado divulguen y manejen la misma información y de esta manera poder comunicar de una forma más clara a los usuarios del programa; más adelante, la figura 1 muestra cómo se articula el proceso de atención, tomando como referencia la nota técnica y las guías de práctica clínica de enfermedades no transmisibles de MINSALUD.

**Tabla 3.** *Nota técnica de control de la Fundación Nacer para Vivir*

NOTA TÉCNICA DE CONTROL FUNDACION NACER PARA VIVIR								
	CLASIFICACION	MENSUAL	BIMENSUAL	TRIMESTRAL	CUATRIMESTRAL	SEMIESTRAL	ANUAL	BIANUAL
RCV	BAJO		ENFERMERIA	MEDICINA GENERAL			GLUCEMIA, CREATININA, MICROALBUMINURIA, PERFIL LIPIDICO, EKG	CUADRO HEMATICO
	MODERADO		ENFERMERIA		MEDICINA GENERAL	NUTRICION	GLUCEMIA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, MICROALBUMINURIA, EKG (MEDICINA INTERNA)	CUADRO HEMATICO
	ALTO		ENFERMERIA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA INTERNA	PERFIL LIPIDICO, NUTRICION	GLUCEMIA, CREATININA, MICROALBUMINURIA, EKG	CUADRO HEMATICO, ECOCARDIOGRAMA TRANSORACICO
DIABETICOS	SIN COMPLICACIONES		ENFERMERIA	MEDICINA GENERAL, GLUCEMIA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA	MEDICINA INTERNA	NUTRICION, PERFIL LIPIDICO	OFTAMOLOGIA, CREATININA, MICROALBUMINURIA, EKG	CUADRO HEMATICO, ECOCARDIOGRAMA TRANSORACICO
	CON COMPLICACIONES		MEDICINA GENERAL	NUTRICION, MEDICINA INTERNA, GLUCEMIA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA		ENFERMERIA, PERFIL LIPIDICO	OFTAMOLOGIA, ECOCARDIOGRAMA, CREATININA, MICROALBUMINURIA, EKG	CUADRO HEMATICO
ERC SIN DM	3B		MEDICINA GENERAL	CREATININA, ENFERMERIA		NUTRICION, MEDICINA INTERNA, PERFIL LIPIDICO, ALBUMINA, FOSFORO, BUN, ELECTROLITOS	T. SOCIAL, NEFROLOGIA, CUADRO HEMATICO, GLUCEMIA, UROANALISIS, ALBUMINURIA/CREATINURIA, CREATINURIA DEPURACION, CREATININA/PROTEINA 24 H, ECO RENAL, EKG, TSH, PTH, ACIDO URICO	
	4		NUTRICION, CREATININA, MEDICINA GENERAL	MEDICINA INTERNA, CUADRO HEMATICO, ALBUMINA, FOSFORO, BUN, CALCIO, POTASIO	ENFERMERIA, PSICOLOGIA, UROANALISIS	T. SOCIAL, NEFROLOGIA, GLUCEMIA, PERFIL LIPIDICO, ALBUMINURIA/CREATINURIA, CREATINURIA DEPURACION, CREATININA/PROTEINAS 24H, PTH, SODIO, ACIDO URICO	ECO RENAL, EKG, TSH, HIERRO TOTAL, FERRITINA, TRANSFERRINA, FOSFATASA ALCALINA	ECOCARDIOGRAMA
	5	MEDICINA GENERAL, CREATININA, POTASIO	NEFROLOGIA, BUN	NUTRICION, PSICOLOGIA, CUADRO HEMATICO, UROANALISIS, ALBUMINA, FOSFORO, CALCIO, SODIO	ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL	GLUCEMIA, PERFIL LIPIDICO, ALBUMINURIA/CREATINURIA, CREATINURIA DEPURACION, CREATININA/PROTEINAS 24 HORAS, PTH, ACIDO URICO, FERRITINA, TRANSFERRINA	ECORENAL, EKG, TSH, HIERRO TOTAL, FOSFATASA ALCALINA, ACIDO FOLICO, VITAMINA B 12, NITROGENO UREICO EN 24 H	ECOCARDIOGRAMA
ERC CON DM	3B		MEDICINA GENERAL	CREATININA, GLUCEMIA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, ENFERMERIA		NUTRICION, MEDICINA INTERNA, PERFIL LIPIDICO, ALBUMINA, FOSFORO, BUN, ELECTROLITOS (SODIO, CALCIO Y POTASIO)	T. SOCIAL, NEFROLOGIA, OFTAMOLOGIA, CUADRO HEMATICO, UROANALISIS, ALBUMINURIA/CREATINURIA, CREATININA DEPURACION, CREATININA/PROTEINA 24 H, ECO RENAL, EKG, TSH, PTH, ACIDO URICO,	
	4		NUTRICION, CREATININA	MEDICINA INTERNA, CUADRO HEMATICO, ALBUMINA, FOSFORO, BUN, GLUCEMIA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA	PSICOLOGIA, UROANALISIS	T. SOCIAL, NEFROLOGIA, DEPURACION, CREATININA, PERFIL LIPIDICO, CREATININA/PROTEINAS 24H, PTH, ELECTROLITOS (SODIO, CALCIO Y POTASIO), ALBUMINURIA/CREATINURIA, ACIDO URICO	ECO RENAL, EKG, TSH, HIERRO TOTAL, FERRITINA, TRANSFERRINA, FOSFATASA ALCALINA, OFTAMOLOGIA, ECOCARDIOGRAMA,	
	5	CREATININA, POTASIO, MEDICINA GENERAL	NEFROLOGIA, BUN	NUTRICION, PSICOLOGIA, CUADRO HEMATICO, GLUCOSA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA, UROANALISIS, ALBUMINA, FOSFORO, CALCIO, SODIO	TRABAJO SOCIAL, ENFERMERIA	PERFIL LIPIDICO, ALBUMINURIA/CREATINURIA, CREATINURIA DEPURACION, CREATININA/PROTEINAS 24 H, PTH, ACIDO URICO, FERRITINA, TRANSFERRINA	OFTAMOLOGIA, ECORENAL, EKG, ECOCARDIOGRAMA, TSH, HIERRO TOTAL, FOSFATASA ALCALINA, ACIDO FOLICO, VITAMINA B 12, NITROGENO UREICO EN 24 H	

*Fuente: Nota técnica contratada por la FNPV con EAPB Asmet salud.*

### El proceso del programa RCV FNV:

#### Equipo técnico, componentes y actividades.

El equipo técnico del programa está constituido por: promotores de vida, profesionales de enfermería, médicos generales, especialidades médicas, psicología, trabajo social y nutricionista; es de resaltar la inclusión del líder multiplicador de cuidado (LMC) como uno de los actores del PRCV-FNV.

Los componentes del programa se relacionan en la tabla 5, describiendo las actividades de cada actor en la detección, atención y seguimiento; se destacan las jornadas de atención, por

especialidades médicas en zona rural y rural dispersa con el fin de eliminar barreras, mejorar acceso y oportunidad a este servicio buscando definir conducta terapéutica adaptando tratamientos al contexto donde se encuentran.

La articulación del equipo psicosocial y los LMC en toma de decisiones frente al plan educativo permite la apropiación de las intervenciones en los territorios, por parte de las comunidades; esto contribuye una atención integral y permite gestionar su cuidado desde lo comunitario, familiar e individual buscando fortalecer las redes de apoyo.

(tabla 4).

**Tabla 4.** *Actividades y componentes del proceso de atención de la Fundación Nacer para Vivir*

ACTOR	DETECCIÓN	ATENCIÓN	SEGUIMIENTO
<i>Líder multiplicador de cuidado (líderes comunitarios)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento a promotora de vida.</li> <li>- Organizar jornadas educativas coordinadas con profesionales de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompaña las jornadas de consulta dentro de sus territorios y garantiza el orden de su comunidad.</li> <li>- Apoya el proceso educativo que desarrolla el equipo psicosocial en medio de las jornadas de atención extramural.</li> <li>- Ayuda a verificar la entrega de medicamentos por parte del prestador de farmacia a los usuarios del programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompañamiento a promotora de vida durante las visitas domiciliarias.</li> <li>- Informar a la comunidad sobre fechas de siguiente control (Demanda inducida).</li> </ul>
<i>Promotor de vida (Auxiliar de enfermería)</i>	<p>Tamización (toma de presión arterial casual, afinamiento, toma de glucometría).            Visita de familias con antecedentes de enfermedades crónicas donde realiza proceso educativo y genera demanda inducida a quien lo requiera.            Diligenciamiento FindRisk (institucionalmente se ha definido consulta por profesional de salud aquellos que obtengan puntaje &gt;15).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre y post consulta en las jornadas extramurales</li> <li>- Verifica ordenes (remisiones, ayudas diagnósticas, formulación medicamentos, autorizaciones)</li> <li>- Cita a usuarios para próximo control.</li> <li>- Verifica junto a líder multiplicador de cuidado la entrega oportuna de los medicamentos a los usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza visita domiciliaria de los pacientes con complicaciones, postrados, inasistentes a controles, aquellos que por riesgo cardiovascular lo requieran.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar y coordinar jornadas de tamización</li> </ul>		

<p><i>Profesional de enfermería</i></p>	<p>con la comunidad aprovechando días de aglomeraciones (reuniones, mercados, jornadas especiales en territorios).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestionar casos hospitalizados del municipio con diagnósticos (HTA/DM) para ingresarlos al programa cuando les den alta de otros niveles de atención.</li> <li>- Definir plan mensual de trabajo con el equipo de promotoras de vida en los territorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la atención de manera humanizada, acogiéndose a las guías de práctica clínica del ministerio de salud y respetando el procedimiento según nota técnica institucional.</li> <li>- Realizar un proceso educativo en base a las guías de educación para la salud.</li> <li>- Durante las jornadas extramurales debe velar por la logística del punto de atención.</li> </ul>	<p>Auditoria de los pacientes priorizados y verificar el proceso de atención según nota técnica institucional.</p> <p>Gestionar atenciones por especialidades de acuerdo a clasificación y priorización de los usuarios.</p> <p>Monitorear la entrega de medicamentos de los usuarios incluyendo aquellos que no están en el plan de beneficio y requieren MIPRES.</p>
<p><i>Médico general</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la consulta de primera vez donde se ordenen laboratorios de ingreso según nota técnica.</li> <li>- Realizar valoración integral, NO exclusivamente la parte cardiovascular</li> <li>- Detectar pacientes con complicaciones y generar priorización en la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar la clasificación cardiovascular (RCV) de los usuarios de acuerdo a la escala de Framingham modificada para Colombia.</li> <li>- Realizar clasificación de enfermedad renal crónica de acuerdo a la tasa de filtración glomerular con la calculadora CKD-EPI (recomendación GPC-MINSALUD).</li> <li>- Instaurar tratamiento farmacológico de acuerdo a la condición del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seguimiento mensual a los usuarios del programa de acuerdo a las jornadas extramurales coordinadas con los líderes comunitarios.</li> <li>- Definir/Ajuste de tratamiento farmacológico de acuerdo a la evolución del usuario.</li> </ul>
<p><i>Especialidades médicas (Medicina interna, Radiología, cardiología, nefrología)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina interna: definir conducta de usuarios de difícil control y con RCV alto.</li> <li>- Radiología: realizar ecografía renal de los usuarios que lo requieran según ERC.</li> <li>- Cardiología: realizar ecocardiograma de los usuarios con RCV alto</li> <li>- Nefrología: definir conducta de los usuarios con ERC (3B,4y 5 sin TRR).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina interna: hacer correlación medicamentosa de los usuarios polimedicados.</li> <li>- Realizar ajuste medicamentoso de los usuarios de acuerdo a su evolución clínica incluye tecnologías no PBS.</li> <li>- Nefrología: verificar laboratorios de usuarios renales (según nota técnica) para realizar ajuste al tratamiento farmacológico.</li> </ul>	

<i>Trabajo social</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El equipo psicosocial que está compuesto por psicología, y trabajo social son quienes ejecutan un plan educativo el cual se realiza de acuerdo a las necesidades de los territorios previamente acordada con los líderes multiplicadores de cuidado, para así mismo socializarlo con todo el equipo asistencial para poderlo realizar en las jornadas extramurales, espacios radiales, redes sociales y otros escenarios a los cuales son invitados por el estos líderes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar red de apoyo de los usuarios en situación de abandono.</li> <li>- Realizar visitas domiciliarias para definir familiograma y ver oportunidades de mejora en la red de apoyo familiar</li> </ul>	
<i>Psicología</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar consulta a usuarios que son diagnosticados con diabetes priorizando los que inician tratamiento con insulinas.</li> <li>- Realizar consulta de los usuarios ERC y RCV alto</li> <li>- Realizar consulta a usuarios no adherentes al tratamiento farmacológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar visitas domiciliarias de usuarios no controlados clínicamente.</li> <li>- Realizar visita domiciliaria a usuarios inasistentes a los controles</li> </ul>
<i>Nutrición</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar los riesgos nutricionales dentro de los usuarios del programa.</li> <li>- Identificar zonas con mayor riesgo para intensificar los procesos educativos en estas de manera priorizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir tratamiento de acuerdo a su clasificación nutricional teniendo en cuenta el contexto territorial donde se encuentra el usuario.</li> </ul> <p>Realizar procesos educativos bajo el modelo de educación para la salud en los contextos comunitarios.</p>	Definir por zonas usuarios priorizados que por su condición nutricional necesitan seguimiento más estrecho (Obesidad 1,2,3 y morbilidad, Diabéticos con énfasis en los descontrolados clínicamente, usuarios con alteración del perfil lipídico (LDL>100mg/dl o Triglicéridos > 400g/dl))

**Fuente:** *Autoría propia*

### Ruta de atención de riesgo cardiovascular.

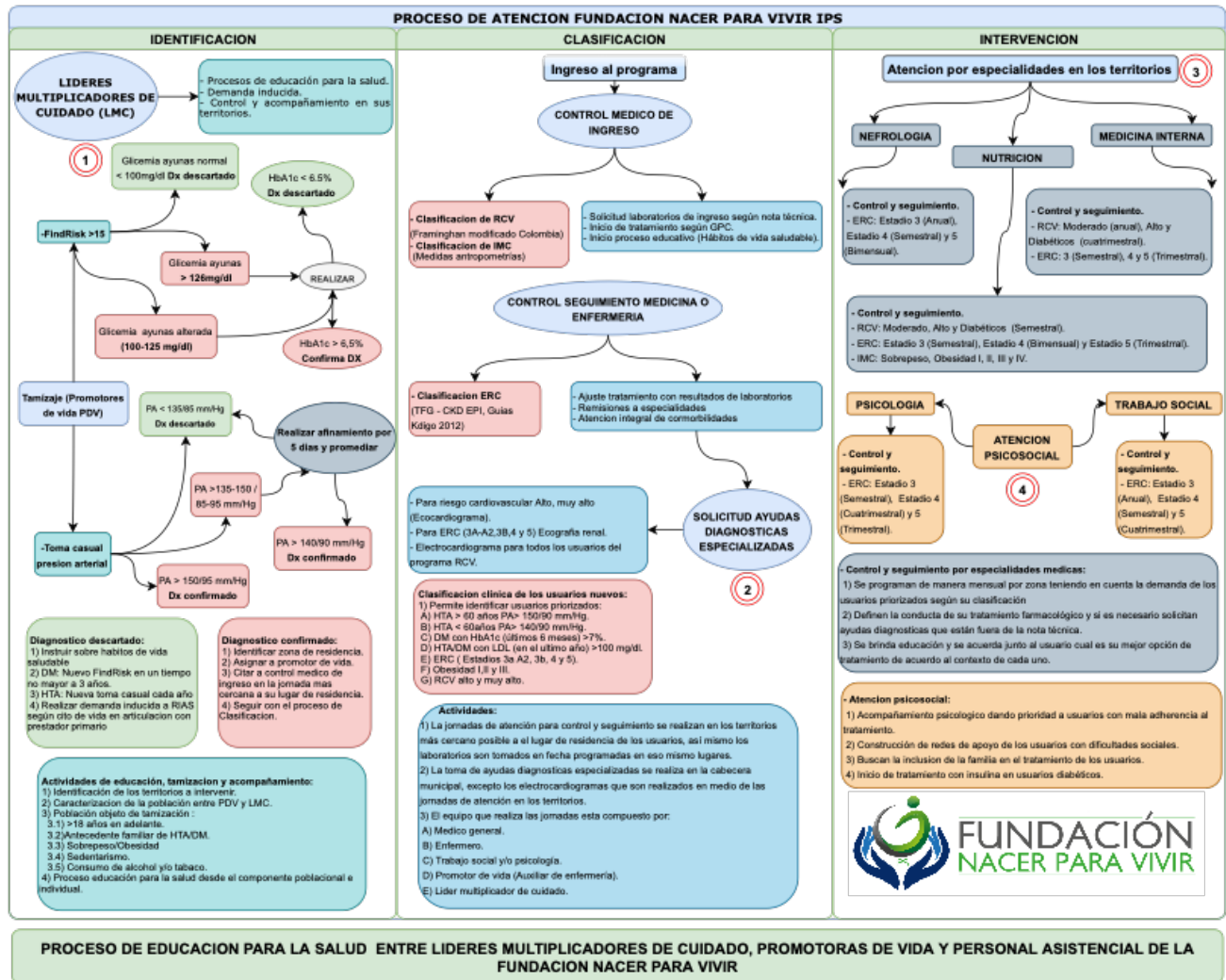
La figura 1 presenta la ruta de atención del PRCV FNV la cual se fundamenta en recomendaciones de la guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Diabetes mellitus tipo 2 del 2015 y la GPC para el manejo de la hipertensión arterial primaria del 2017; se realizó adaptación al contexto particular del programa, con aportes del personal asistencial y promotoras de vida (PDV), quienes desde su experiencia en campo brindan recomendaciones desde el tamizaje y captación. La adaptación tuvo en cuenta

la nota técnica contratada por EAPB y componentes del modelo de gestión integral del riesgo en salud (identificación, clasificación e intervención del riesgo).

La articulación en los territorios entre LMC y PDV permite acceso y aceptación, por parte de la comunidad, del proceso de atención planteado por el PRCV FNV, esto mejora adherencia de los usuarios a sus actividades de control (control, seguimiento, toma de laboratorios) como se podrá evidenciar en el capítulo de resultados.

La atención en zonas cercanas al lugar de residencia de usuarios ha permitido la identificación, captación e intervención temprana en los territorios, buscando proteger el usuario y su familia de una siniestralidad económica, disminuyendo el gasto de bolsillo, derivando en una atención más humana; esto limita el desarrollo de complicaciones en salud, que traducen un alto costo para el sistema, estas acciones son un esfuerzo por cumplir con los objetivos de la triple meta en salud.

**Figura 1.** *Ruta de atención integral de Riesgo Cardiovascular adaptada al contexto del PRCV FNV. Cajibío*



*Fuente: Autoría propia*

## Recursos humanos del programa de riesgo cardiovascular.

Al analizar los recursos humanos con los que cuenta la Fundación Nacer para Vivir, se evidencia que la rotación de personal es baja (Anexo 1); esto favorece la continuidad de las promotoras de vida, enfermeros y médicos generales, lo cual permite que se comprenda el funcionamiento del programa y se apropie la estrategia de articulación con líderes multiplicadores de cuidado en los territorios.

Al verificar la suficiencia del recurso humano, se promedió la asistencia de usuarios a controles durante los últimos 6 meses, 3 meses y un mes, con cortes de bases a diciembre de años estudiados (2017 al 2020) (tabla 5), independientemente del total de usuarios registrados por año se ha contado con un promedio de 1859 atenciones mensuales (promedio del 62,97%). Se realizan 44 salidas extramurales al mes, al menos dos diarias y se atiende un promedio de 42 usuarios en cada una, para lo cual se cuenta con 3 médicos y 3 enfermeros, se cumplen con el criterio del artículo 97 de la resolución 5261 de 1994 donde fija que “una atención por profesional médico no puede ser menor a 20 minutos”, un profesional tendría que atender entre 15 a 20 usuarios por jornada. El anterior criterio muestra una suficiencia del personal asistencial, aunque no es posible verificar cumplimiento de atenciones realizadas por médico o enfermero, ya que esta variable no se encuentra en las bases analizadas, lo que constituye una de las debilidades del programa frente al seguimiento y cumplimiento de la nota técnica.

**Tabla 5.** *Asistencia a controles por parte de los usuarios al programa de RCV-FNPV*

<i>Asistencia a controles por parte de usuarios al programa de RCV - FNPV</i>					
<i>Año</i>	Total, usuarios	Asistencia a controles en los últimos:			Promedio atenciones por brigada
		6 meses	3 meses	1 mes	
<i>2017</i>	1891			1891	42,9
<i>Porcentaje</i>		0	0	100%	
<i>2018</i>	2771	2486	2358	1836	41,7
<i>Porcentaje</i>		89,70%	85%	66,30%	
<i>2019</i>	2893	2603	2409	1808	41
<i>Porcentaje</i>		89,90%	83,20%	62,40%	
<i>2020</i>	3158	2455	2287	1903	43,2
<i>Porcentaje</i>		77,70%	72,40%	60,20%	
	<b>Promedio total</b>	<b>85,77%</b>	<b>80,20%</b>	<b>62,97%</b>	<b>42,2</b>

**Fuente:** *Autoría propia*

## **Análisis de conocimiento de la nota técnica por parte del personal asistencial y promotoras de vida.**

El test de conocimiento realizado por el área de talento humano en marzo 2021 al personal asistencial (P-A) y a las promotoras de vida (PDV) sobre la nota técnica del PRCV FNV permitió evaluar el nivel de dominio que se tiene por parte de estos actores de esta nota, el test se realizó de manera virtual debido a las contingencias por COVID 19, se utilizó la plataforma QUIZZIZ con 2 cuestionarios uno para P-A y otro para PDV, (Anexo 2 y 3). Los resultados del test (Anexo 4) evidencian que: los colaboradores que realizan diariamente las atenciones en jornada extramurales, ( médico general y enfermeros) son quienes mejor resultado obtuvieron (mayor o igual al 87% del puntaje), mostrando adecuada adherencia a la nota técnica; este resultado difiere del obtenido por los profesionales del equipo psicosocial ( menor o igual al 73% del puntaje), esto muestra una debilidad, ya que este equipo ejecuta el plan educativo enfocado en concientizar a los usuarios sobre la importancia de asistir a controles, la toma de laboratorios, tomar correctamente los medicamentos, con esto se busca mejorar adherencia y control clínico. Los resultados logrados por las PDV que se encuentran en los territorios (mayor o igual 83% del puntaje) muestra que a mayor contacto directo con usuarios mayor conocimiento de las actividades a realizar según nota técnica.

### **La participación comunitaria en el programa RC FNV**

El comité de participación comunitaria en salud orientado por la EAPB Asmet Salud se conforma en el año 2005; hacia el año 2015 la IPS Fundación Nacer para Vivir llegó al municipio de Cajibío para prestar servicios de salud a los pacientes crónicos afiliados a la EAPB Asmet Salud y además empezó a fortalecer ese proceso comunitario.

El comité de participación comunitaria fue conformado por doce personas tanto hombres como mujeres, quienes tienen la vocería de la comunidad de las diferentes zonas del municipio de Cajibío donde ellos residen; mensualmente el equipo asistencial (Médicos generales, psicóloga, nutricionista, trabajadora social, enfermeros, auxiliares de enfermería y médicos especialistas) de la IPS se reúne con el comité, con el fin de proponer acciones conjuntas de mejora y tomar decisiones sobre el estado de salud de los pacientes del Programa integral de Riesgo Cardiovascular; algunos actores del comité son usuarios del Programa.

Los representantes del comité se apoyan a su vez en líderes de la comunidad, quienes son los multiplicadores de cuidado y que a su vez difunden información relacionada con las actividades de salud en cada una de las zonas donde se encuentran los usuarios, apoyan la captación de pacientes a través de demanda inducida; son los encargados de concientizar a la población, de educarlos e informarlos sobre hábitos saludables, le recuerdan a los pacientes la importancia de asistir a los controles del programa, la adherencia y constancia con los medicamentos para poder llevar un control, es decir, son parte activa de la atención y el cuidado de la salud de los usuarios, pues ***“el objetivo de todo el proceso se ha basado en mantener una mejor calidad de vida de todos los campesinos sobre todo de la gente que necesita*** (Participante GD 1)”. El equipo asistencial de la IPS traza un plan educativo de acuerdo a las necesidades detectadas en la articulación entre el comité de salud, líderes multiplicadores de cuidado y la IPS, algunos de los temas más relevantes son: alimentación saludable, estilos de vida, enfermedades crónicas, adherencia al programa, huertas caseras entre otros. Antes de implementar una estrategia la IPS Fundación Nacer para Vivir debe concertar con el comité local de salud o comité de participación comunitaria si están de acuerdo para llevarla a cabo, gracias a este proceso realizado a lo largo de los años se ha creado un vínculo de confianza entre IPS y la comunidad en general, ***“El programa es visto como un***

*referente en salud por tener un modelo propio de atención que se centra en la participación (Participante GD 1)*”.

La articulación entre el comité, el equipo asistencial y los líderes multiplicadores del cuidado han logrado empoderar a los pacientes para que tengan una mejor calidad de vida, a través de cambios sobre sus hábitos de vida, además, consiguieron que la EPS de Asmet Salud les brindara a sus pacientes una atención integral con calidad en los servicios de salud a través de la IPS Fundación Nacer para Vivir, finalmente, se ha logrado que haya mayor adherencia en el programa.

El equipo de profesionales responsable del programa, ratificó que la participación comunitaria a través del comité y los líderes, son parte fundamental e indispensable, para que el programa sea efectivo o tenga tanta acogida por parte de los usuarios, porque los creadores en realidad del programa Integral de Riesgo Cardiovascular son el comité, los líderes y el equipo asistencial; el apoyo familiar en el manejo de la enfermedad para los usuarios es importante, pues ayuda a la recuperación del paciente y se logra gracias a la participación de la comunidad.

Una de las dificultades o barreras que ha enfrentado el comité y los líderes comunitarios para alcanzar los logros en el Programa integral de riesgo cardiovascular, ha sido el acceso geográfico sobre todo para los adultos mayores que viven solos, pues Cajibío es un municipio de gran extensión de zonas rurales bastante dispersas, otra dificultad es *“el conflicto armado porque hay confrontaciones entre ellos y la comunidad queda en el medio* (Participante GD 2)”, el analfabetismo en algunos pacientes que por causa de eso, no se toman oportunamente los medicamentos en las horas adecuadas; otra de las dificultades que resaltan los líderes comunitarios, es que sus familias temen por su bienestar, por lo tanto *“los colocan a escoger entre el comité o su propia familia, pues el hecho de ser líder es representar a una comunidad* (Participante GD

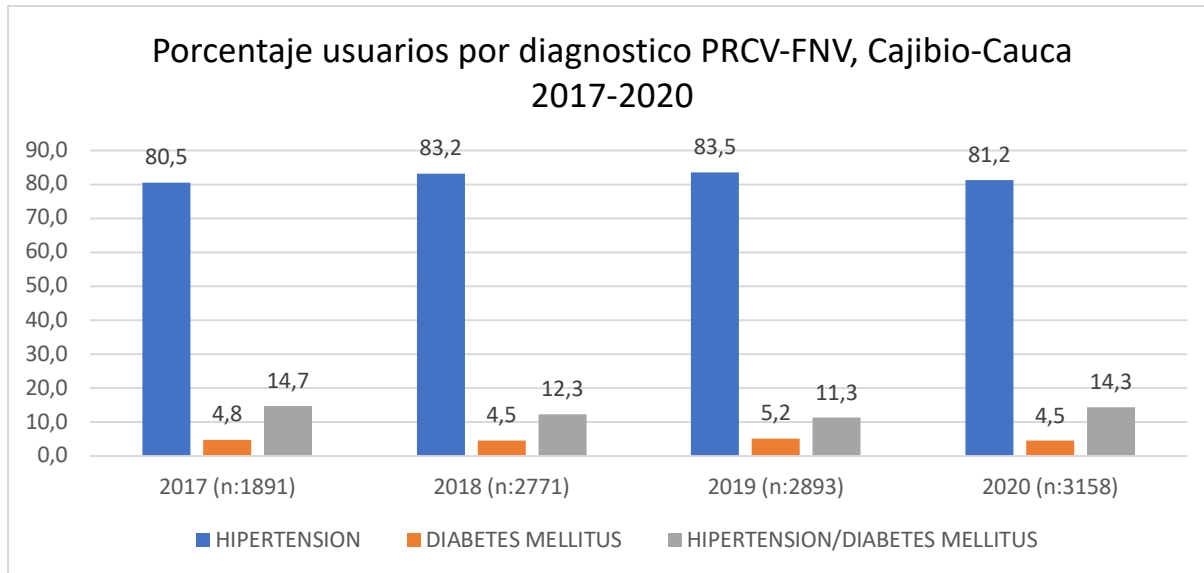
2)”, a causa de lo anterior, ya hay pocos jóvenes o personas que se preparan para poder llegar a ser líderes en el futuro.

Los líderes del comité reconocen que hacer parte de una organización o comité, les ha servido para conocer en gran parte el funcionamiento del sistema de salud y abogan por una articulación entre todos los entes gubernamentales para que hagan parte del proceso salud enfermedad, y fortalezcan las estrategias de prevención de enfermedades crónicas, cada vez más frecuentes en la zona.

### **Efectos directos del programa**

#### **Resultados Programa de Riesgo Cardiovascular y Nefro protección Fundación Nacer para Vivir Cajibío 2017 – 2020.**

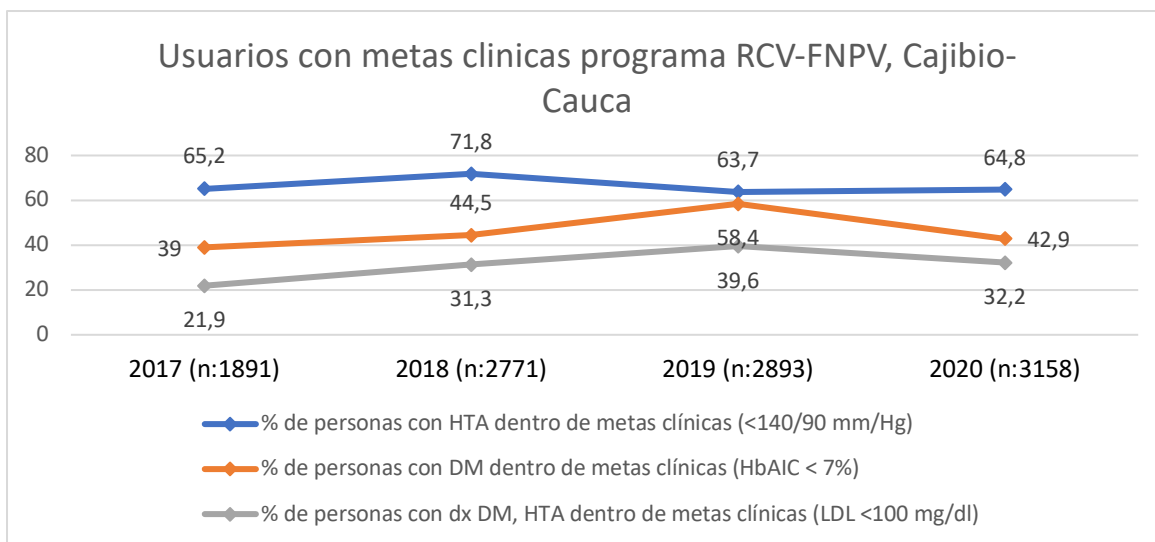
Es importante dentro de un programa en salud poder hacer presencia en el área urbana, rural y rural dispersa; que permita identificar de manera temprana una mayor cantidad de personas en riesgo, así mismo poder intervenir directamente en los lugares más cercanos a su sitio de residencia, esto se evidencia en el crecimiento de la captación de usuarios nuevos diagnosticados con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) o ambas patologías: el programa inicia en 2017 con un total de 1891 usuarios y cierra el año 2020 con 3158 usuarios, distribuidos porcentualmente de la siguiente manera: usuarios con diagnóstico de HTA entre 2017 al 2020 con 80,5% – 81,2% respectivamente , usuarios con diagnóstico de DM entre 4,8% - 4,5% y aquellos que fueron diagnosticados con ambas patologías entre 14,7% – 14,3% tal como se muestra en el siguiente gráfico:



**Gráfico 1.** Porcentaje usuarios diagnosticados (HTA, DM y HTA/DM) programa de riesgo cardiovascular y nefro protección Fundación nacer para vivir, Cajibío – Cauca 2017-2020.

### Cumplimiento de metas clínicas.

El cumplimiento de metas clínicas del PRCV del municipio de Cajibío, Cauca, se muestran en el gráfico 2; el control de HTA ha sido fluctuante, mostrando un pico de control (cifras tensionales <140/90 mm/Hg) en el 2018 del 71,8% y disminuyendo a 64,8% en el 2020. El control clínico de usuarios con DM (HbA1c <7%) para el año 2017 fue de 39% con un pico en el 2019 del 58,4% pero se evidencia una reducción considerable durante el 2020 cerrando el año en 42,9%; de la misma manera se observa el control del LDL (Lipoproteína de baja densidad) comienza en el 2017 en 21,9% para 2019 con 39,6% y reduciéndose a 32,2% para el año 2020 (LDL<100 mg/dl).

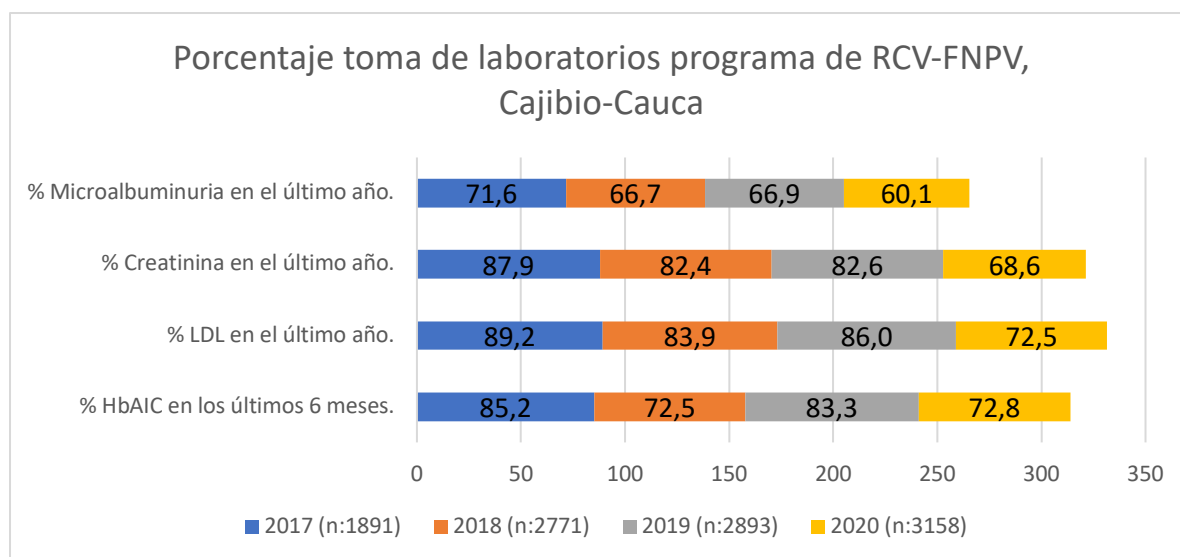


**Gráfico 2.** Metas clínicas usuarios del programa de riesgo cardiovascular y nefro protección Fundación nacer para vivir Cajibío – Cauca.

El monitoreo de estos indicadores se ve afectado durante el año 2020, por los confinamientos generales debido a la pandemia del COVID19, que dificultó en su momento la realización de las actividades en los territorios tales como seguimientos de control, entrega de medicamentos y toma de laboratorios como se observara en el siguiente punto.

### **Cumplimiento de actividades de control o monitoreo de laboratorio.**

El monitoreo de los indicadores de control clínico, dependen del cumplimiento en la toma de laboratorios trazadores (HbA1c, creatinina, micro albuminuria y perfil lipídico) tal como se presenta en el gráfico 3.



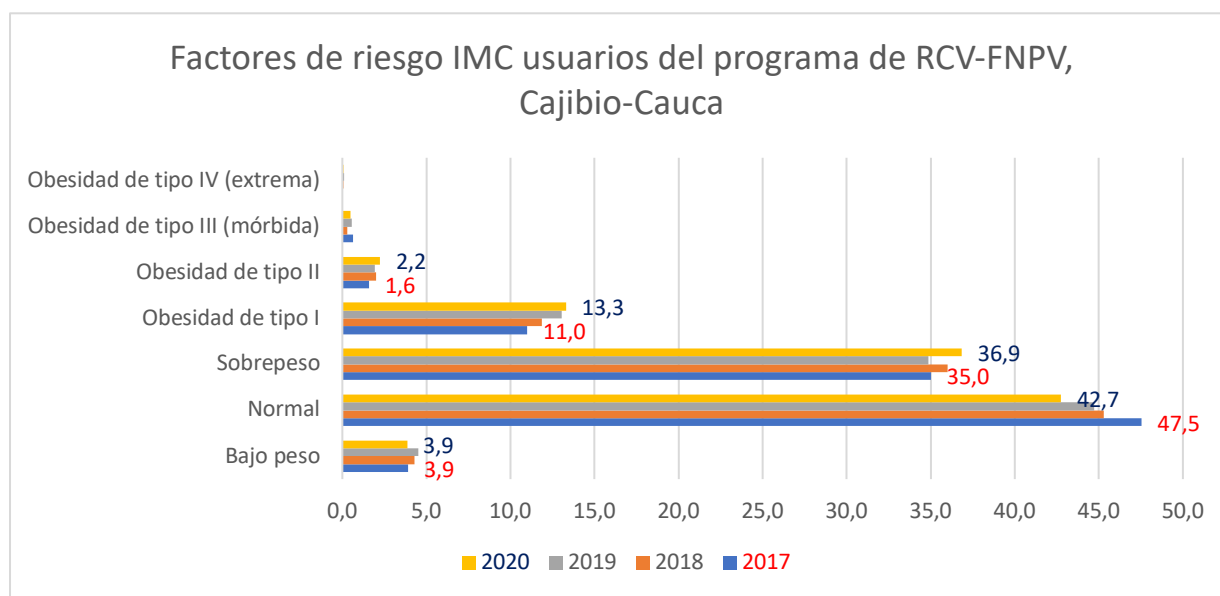
**Gráfico 3.** Porcentaje de toma de laboratorios del programa de riesgo cardiovascular y nefro protección Fundación nacer para vivir Cajibío – Cauca

Claramente se evidencia la disminución en la cantidad de usuarios que se tomaron laboratorios en el último año, el porcentaje de toma de LDL pasó de 86% en 2019 a 72,5% y el de HbA1c de 83,3% en 2019 a 72,8% en 2020; este descenso produce un efecto negativo que afecta el monitoreo de los indicadores de control clínico como se evidencia en el gráfico 2, es importante resaltar una de las fortalezas del programa, como es el trabajo articulado con LMC quienes apoyan, en articulación con las PDV, la demanda inducida en sus territorios a las actividades de control y toma de laboratorios extramurales; la disminución de estas intervenciones durante el 2020 se asocia con las condiciones de confinamiento debido a la pandemia del COVID-19.

### **Prevalencia de factores de riesgo: sobrepeso y obesidad en los usuarios del PRCV-FNV.**

La información disponible sobre factores de riesgo solo permitió analizar la proporción de sobrepeso y obesidad, en los usuarios del programa, medido a través del índice de masa corporal; se evidencia el aumento de este factor de riesgo, durante los años estudiados, disminuyendo los usuarios con una clasificación normal (IMC 18,5 a 24,9) pasando de 47,5% en 2017 a 42,7% en el 2020, así mismo se observa un aumento de usuarios con sobrepeso (IMC 25 a 29,9) y obesidad

tipo I (IMC 30 a 34,9) pasando en 2017 de 35% a 36,9% y de 11% a 13,3% respectivamente; lo anterior evidencia una limitación frente al seguimiento de factores de riesgo y hábitos de vida saludable que nos sugieren las GPC (aumento de la actividad física, fomentar la alimentación saludable, disminución en el consumo de alcohol y tabaco), ya que las bases del programa no cuentan con estas variables; sin embargo, las historias clínicas si la contienen.



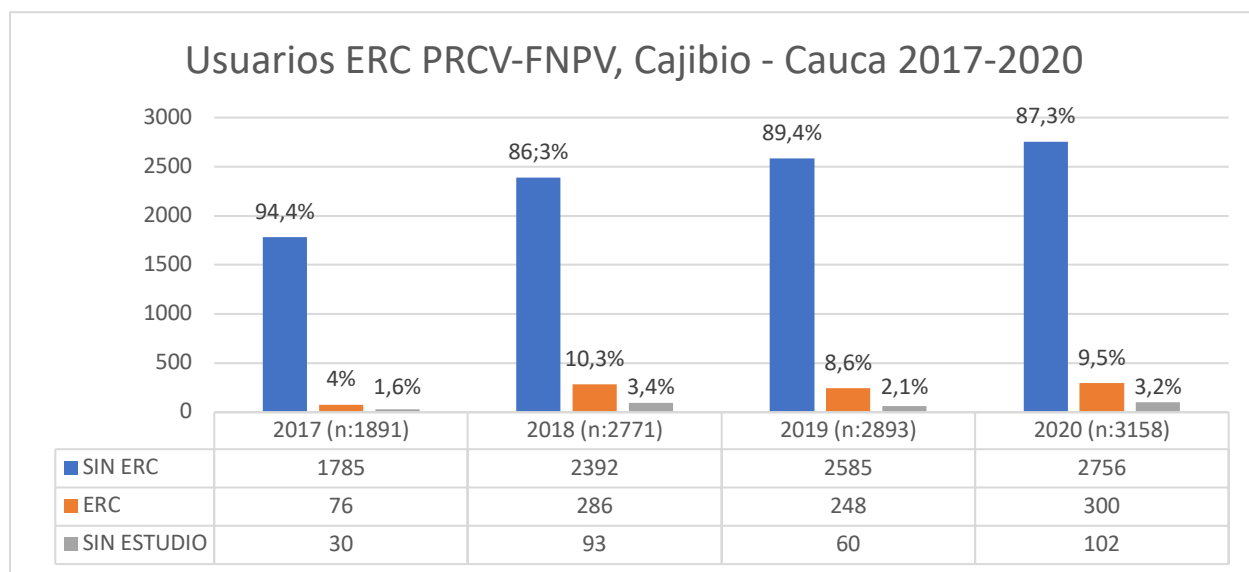
**Gráfico 4.** Factor de riesgo IMC en usuarios del programa de riesgo cardiovascular y nefro protección Fundación nacer para vivir, Cajibío – Cauca.

### **Prevalencia institucional de Enfermedad Renal Crónica.**

La clasificación de enfermedad renal crónica (ERC) es de vital importancia ya que muestra el avance del daño renal, el pronóstico de la ERC por categorías de tasa de filtración glomerular (TFG) y de albuminuria (KDIGO 2012) permite realizarla; las GPC para el diagnóstico y tratamiento de la ERC en Colombia recomienda la calculadora CKD-EPI para calcular la TFG, esta clasifica según su estadio renal (I,II,III,IV o V) y la albuminuria da la sub clasificación (A1,A2 o A3), esto permite separar los usuarios en No ERC (Estadio I, II, IIIa1) y ERC (Estadio IIIa2, IIIb, IV y V(sin terapia de reemplazo renal)), el gráfico 5 muestra el aumento en detección y captación temprana de nuevos usuarios ERC, aumentado la prevalencia institucional; en 2017 se

encontraba un 4% y en el 2020 alcanza 9,5%. También se evidencia un porcentaje de usuarios que no han sido clasificados por no contar con laboratorios actualizados en su gran mayoría son aquellos con baja adherencia al control del programa distribuidos así: 2017 era el 1,6% y para el 2020 fueron 3,2%.

En relación al control por especialista, no fue posible evaluar el cumplimiento y oportunidad, debido a que la base de datos fuente de esta evaluación no contenía dicha información; es de aclarar que para esta población priorizada se realiza una jornada mensual de consulta por nefrología, en la cabecera municipal, para 40 usuarios y 4 jornadas de Medicina interna en el área extramural para 30 usuarios. es destacable que las atenciones especializadas no se limiten a las grandes ciudades, sino que se abarque los pequeños municipios y sus territorios rurales dispersos en busca de mejorar el acceso a los servicios de salud.



**Gráfico 5.** Clasificación Enfermedad renal crónica usuarios del programa de riesgo cardiovascular y nefro protección Fundación nacer para vivir, Cajibío – Cauca 2017-2020.

## **Análisis comparativo de indicadores de cumplimiento de actividades de control y metas clínicas en relación con nivel nacional.**

### **Indicadores de control clínico**

Se realiza una tabla comparativa entre en el promedio nacional de los indicadores institucionales de la cuenta de alto costo (CAC) y los obtenidos por el PRCV-FNV, durante los años estudiados, se evidencia en el control clínico de HTA, que la fundación ha estado por debajo del promedio nacional, pero con la semaforización que implementa CAC siempre ha estado en verde (>60%). el control clínico de la DM ha sido fluctuante, el 2017 inicia con 39% dando un pico en 2019 con 58,4% y finaliza el 2020 disminuyendo a 42,9% mientras que el promedio nacional según la CAC se ha mantenido en verde (>50%). el control clínico del LDL en el comparativo ambos están en amarillo, aunque los promedios nacionales de control son mayores que los del programa.

### **Indicadores de monitoreo**

El porcentaje en toma de laboratorios de HbA1c muestra el promedio nacional en amarillo (<60%) mientras el programa ha estado en verde (85,2%, 72,5%, 83,3%, 72,4%) durante los años observados, aunque el cumplimiento en la toma de HbA1c es alto, no se evidencia en el control clínico de DM. El perfil lipídico muestra un porcentaje alto en la toma (verde), frente al promedio nacional que se encuentra en amarillo, la toma de creatinina se observa en verde (>70%) durante 2017,2018 y 2019 en la Fundación y baja al color amarillo (<70%) en 2020, entre tanto el promedio nacional inicia en el 2017 en verde y disminuye a amarillo durante 2018 y 2019. La micro albuminuria se presenta en verde (>60%) durante los años estudiados, en el programa, que

contrasta con el promedio nacional el cual se mantuvo en rojo (<40%). El último indicador que se compara es el control del IMC (20-25) donde el promedio nacional se encuentra en amarillo (<30%) en cambio en la fundación se ven todos los años en verde (>30%).

De lo anterior se puede destacar el cumplimiento del PRCV-FNV en la toma de laboratorios, obteniendo en su mayoría una semaforización verde, marcando diferencia del promedio nacional de la CAC que muestra una semaforización amarilla incluso llegando a roja en la microalbuminuria, sin embargo, se contrasta con el cumplimiento de metas de control clínico, donde se evidencia mayor cumplimiento a nivel nacional, según la CAC, que en el cumplimiento logrado en el programa.

**Tabla 6.** Comparativa anual entre el promedio nacional de los indicadores institucionales de la cuenta de alto costo y los indicadores de la fundación nacer para vivir IPS Cajibío, Cauca

	INDICADORES CAC	Control clínico hipertension arterial	Porcentaje en toma del laboratorio HbA1c	Control clínico diabetes mellitus HbA1c	Porcentaje en toma del laboratorio LDL	Control clínico LDL	Porcentaje en toma del laboratorio creatinina	Porcentaje en toma del laboratorio microalbuminuria	Control IMC
		TA <140/90	ultimos 6 meses	HbA1c <7%	Ultimo año	LDL < 100mg/dl	Ultimo año	ultimo año	IMC (20-25)
METAS		>60%	>60%	>50%	>60%	>50%	>70%	>60%	>30%
		40 - 60%	40 - 60%	30 - 40%	40 - 60%	30 - 50%	50 - 70%	40 - 60%	20 - 30%
		<40%	<40%	<30%	<40%	<30%	<50%	<40%	<20%
PROMEDIO NACIONAL CAC	2020	73,33	58,08	54,18	45,29	48,88	59,64	13,75	27,05
	2019	74,77	56,01	51,08	55,76	48,26	70,57	35,17	27,36
	2018	69,7	47,2	52,4	58,2	47,9	69,4	30,1	29,4
	2017	73,6	47,8	52	52,4	45,2	68,4	35,5	29,8
FNPV	2020	64,8	72,8	42,9	72,5	32,2	68,6	60,1	38,82
	2019	63,7	83,3	58,4	86,0	39,6	82,6	66,9	41,00
	2018	71,8	72,5	44,5	83,9	31,3	82,4	66,7	40,71
	2017	65,2	85,2	39	89,2	21,9	87,9	71,6	40,67

**Fuente:** Autoría propia.

## Conclusiones de la evaluación

1. La evaluación da cuenta de la adaptación de lineamientos nacionales al contexto particular del programa RCV, proceso en el que han participado tanto el equipo técnico de atención como el comité de participación comunitaria; esta adaptación pasa por el reconocimiento de los líderes comunitarios como actores clave para el desarrollo del programa, por la adaptación de la ruta de atención para mejorar el acceso a la detección temprana, y la gestión hacia el cumplimiento de estándares de atención como el componente educativo, la atención psicosocial, el seguimiento y la atención por especialista. Aunque no fue el objetivo central de esta evaluación, analizar el componente educativo del programa, se recomienda fortalecer a través de un plan sistemático y organizado, que permita evaluar su diseño, implementación y resultados a futuro.
2. En relación el análisis del **recurso humano**, se logró documentar la continuidad en la contratación del equipo técnico lo que favorece la adherencia a la nota técnica, la cercanía con los usuarios y la mejora continua en la atención; la limitante para el análisis estuvo en que no fue posible verificar el cumplimiento de las atenciones realizadas por médico general o enfermero según nota técnica ya que esta variable no se encuentra en las bases de datos analizadas; esto a su vez constituye una debilidad del programa frente al seguimiento y cumplimiento de la nota técnica, aspecto del proceso de atención que deberá fortalecerse.
3. El análisis de la adherencia de los integrantes del equipo a la nota técnica, permitió documentar mejor adherencia por parte de médicos y enfermeros y menor adherencia por parte del equipo psicosocial, esto se convierte en una debilidad ya que este último equipo tiene a cargo la ejecución del plan educativo, enfocado en concientizar a los usuarios sobre

la importancia de asistir a los controles, toma de laboratorios, toma de medicamentos, con lo cual busca mejorar adherencia y control clínico.

4. Una debilidad del programa que a la vez constituyó una limitación para el análisis, es la inexistencia de información consolidada de monitoreo de factores de riesgo, excepto sobrepeso; la información de otros factores de riesgo como actividad física, alimentación saludable, consumos de alcohol y tabaco, se encuentra en las historias clínicas pero no en los registros de seguimiento; este constituye a un aspecto para mejorar en el programa, lo que permitirá fortalecer la gestión del riesgo de los usuarios del programa y el impacto de las intervenciones educativas.
5. Se refleja la importancia de los procesos comunitarios en los programas de salud mostrando fortalezas en las actividades que requieren demanda inducida, específicamente en la toma de laboratorios para el monitoreo de indicadores de control, actividad coordinada entre PDV y LMC.
6. El análisis de resultados claramente deja ver que, un buen cumplimiento en las actividades centrales del programa, como controles y monitoreo de laboratorio, sin embargo, se evidencia debilidad en el programa en cuanto al control clínico sobre todo en diabetes (HbA1c) y control metabólico (LDL) en comparación con los promedios nacionales de la CAC.
7. El comportamiento de la prevalencia institucional de enfermedad renal crónica ha ido en aumento en el periodo analizado; lo anterior muestra fortalezas del programa en su componente de detección de riesgos, en el cual el rol de las promotoras de vida y líderes multiplicadores de cuidado es central; pero plantea la necesidad de analizar en detalle los aspectos de adherencia al tratamiento y al programa, que permitan ajustarlo para lograr la reducción de los pacientes a estadios ERC avanzados.

8. En relación al control por especialista, no fue posible evaluar el cumplimiento y la oportunidad en esta actividad, debido a que la base de datos fuente de esta evaluación no contenía dicha información; es de aclarar que para esta población priorizada se realiza una jornada mensual de consulta por nefrología, en la cabecera municipal, para 40 usuarios y cuatro de medicina interna en el área extramural para 30 usuarios. Al respecto se hace necesario que las atenciones especializadas no se limiten a las grandes ciudades, sino que se abarque los pequeños municipios y sus territorios rurales dispersos en busca de mejorar el acceso al manejo especializado de manera oportuna.
9. En cuanto a la participación comunitaria, el sistema de salud, las autoridades sanitarias locales y regionales, así como las instituciones de salud deben promover, acoger y proteger las iniciativas de participación comunitaria en salud no solo para cumplir una normativa sino, para acercarse a la comunidad, impactar positivamente con las intervenciones preventivas, pero además y ante todo como un ejercicio de ciudadanía en salud.

#### **Recomendaciones para el PRCV-FNV**

1. Se sugiere poder contar con información en las bases consolidadas para poder gestionar el riesgo de los usuarios desde los hábitos de vida saludable, así mismo poder encontrar variables que permita generar seguimiento al cumplimiento de la nota técnica enfocándose en los controles a los usuarios por los respectivos profesionales que hacen parte del equipo asistencial (Medicina interna, Médico general, enfermero, etc.).
2. Fortalecer los procesos de inducción y reinducción al personal asistencial y promotoras de vida con énfasis en las actividades de la nota técnica para mejorar adherencia y buscar el cumplimiento de esta.

3. Intensificar acciones que permitan la clasificación de los usuarios según su riesgo y estadio ERC para poder gestionar su cuidado.
4. Aunar esfuerzos entre personal asistencial, equipo psicosocial, promotoras de vida y líderes multiplicadores de cuidado que vayan enfocados realizar acompañamiento en el tratamiento farmacológico que permitan mejorar el control clínico de los usuarios.
5. Poder incluir en futuras evaluaciones las percepciones de los usuarios del programa, ya que el alcance de este artículo no los incluyó.
6. Fortalecer el trabajo de empoderamiento y conciencia ciudadana, con los mismos pacientes para que sean ellos, quienes haciendo uso de sus derechos realicen las demandas efectivas de atención en salud.
7. Continuar apoyando y motivando a los líderes locales como corresponsables del bienestar de sus comunidades.
8. El control clínico depende en gran parte del autocuidado y la adherencia al manejo farmacológico como no farmacológico. Sería de gran interés poder analizar este resultado con más profundidad indagando puntos como: son pacientes inasistentes a controles, no se les entrega los medicamentos con oportunidad, aquellos que no alcanzan el control clínico están fracasando en su tratamiento, el proceso educativo no se adapta a las condiciones reales de estos usuarios o son los que están llegando a unidades de cuidados intensivos o diálisis, el alcance de este estudio no llega a cubrir estas preguntas pero se recomienda en futuros estudios incluir estos temas en sus análisis.

## **Discusión**

Esta evaluación se propuso analizar el proceso y los resultados del PIRCV-FNV, así como el componente de participación comunitaria, y en cuanto a esta última, se logró documentar el

importante papel de la participación comunitaria en el logro de los objetivos del programa; el apoyo de los líderes comunitarios en la captación de la población a riesgo, la educación y el seguimiento, ha permitido lograr una importante adherencia al programa por parte de los pacientes, esto además en un contexto rural complejo, ha permitido reducir las barreras geográficas y culturales para la atención oportuna en hipertensión y diabetes. Al respecto, Pineda, F. argumenta que la participación comunitaria es entendida como la “participación colectiva de la población local en la evaluación de sus necesidades y estrategias de organización para satisfacer esas necesidades”. En esta perspectiva, la participación comunitaria es un proceso dinámico en el que las personas, a través del aprendizaje y la participación, ganan el acceso y control sobre los recursos de atención de salud, esto es lo que ha logrado el comité de participación comunitaria dentro del programa integral de riesgo cardiovascular (18). En relación con la participación en el desarrollo del componente educativo del programa, Cabrera, S; et al, plantean que los programas educativos para mejorar o conservar la salud de la población están orientados a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de autocuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable o crear una conciencia ciudadana para reclamar los derechos a la salud, entre muchos otros propósitos (19).

Las limitantes identificadas por los líderes, para el desarrollo de la participación, se relacionan con condiciones sociales estructurales, externas al programa, que se escapan del alcance de este, como la falta de red de apoyo familiar de personas adultas mayores y analfabetismo; de otro lado, la situación de conflicto, que amenaza la vida de los líderes, el desarrollo de programas sociales y de salud y la participación misma.

En cuanto al proceso, se realizó la reconstrucción de la ruta de atención del programa integral de riesgo cardiovascular y la contrastación con lo planteado en la Guía y la nota técnica, se adaptó

de acuerdo al contexto y necesidades de la población, lo cual permitió una mejor estrategia para cambiar los hábitos de vida saludable en los usuarios, según Patel P; et al, la ruta cardiovascular propuesta por el ministerio, o el tratamiento estandarizado para las enfermedades cardiovasculares es efectiva si se complementa con una estrategia de educativa o de prevención primaria dentro de la comunidad, estableciendo así medidas que promocióne los hábitos de vida saludable. Cardiovascular (20).

En cuanto a los efectos directos del programa se evidenció el cumplimiento en las actividades de seguimiento clínico de los usuarios que están relacionado con la articulación entre FNPV y LMC, así como manifiesta Sánchez et. al. *“cuando se implica en la priorización a una comunidad, esta siente que protagoniza la mejora de su propia realidad haciéndose corresponsable del proceso y promoviendo así su empoderamiento”* (21) esto demostró la aceptación que hay por parte de las comunidades en acudir a las actividades propuestas desde la PRCV-FNPV en los territorios; aunque esta articulación no se refleja en el control clínico de los usuarios para lo cual Nascimento et. al. Nos indica *“la necesidad de reorientar las prácticas de atención a la salud de los hipertensos en atención primaria, para que los equipos de salud busquen estrategias para superar la baja adherencia al tratamiento”* (22) aunque el alcance de esta evaluación no permite sustentar las razones del porque no se logra este control clínico en los usuarios, es de interés en futuros trabajos detallar estas para poder reforzar acciones encaminadas en lograr este objetivo.

En cuanto al método mixto con enfoque complementario, usado para la evaluación y descrito en la metodología según Ridde et. al., este permitió no solo evidenciar los efectos directos del programa cuantificado en los indicadores, sino que también permitió el análisis del contexto donde se desarrolla el programa, a través de los grupos de discusión con los líderes multiplicadores de

cuidado y el personal asistencial para poder comprender su funcionamiento, en el cual la participación comunitaria y la comunicación entre actores es el eje articulador.

## **Bibliografía**

1. Cuenta de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Cuenta alto costo [Internet]. 2017;63–71. Available from:  
[https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro\\_Situacion\\_ERC\\_en\\_Colombia\\_2017.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/Libro_Situacion_ERC_en_Colombia_2017.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. 2019; Available from:  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y)
3. Secretaria de Salud del Cauca. Análisis De Situación De Salud Con El Modelo De Los Determinantes Sociales De Salud Del Departamento Del Cauca 2018. J Chem Inf Model. 2018;53(9):1689–99.
4. Cajibío S de salud de. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del municipio de cajibío - Departamento del Cauca. 2018.
5. Díez, E. Evaluación de los programas de educación y promoción de la salud. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2004.Vol 6. Barcelona.
6. Rossi, P. H. Assessing family preservation programs. Children and Youth Services Review, 1992.14, 77-97.

7. Ridde V; Dagenais C; Bado A et al., Enfoques y prácticas en la evaluación de programas. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2015.
8. Wholey, J. S. Evaluation: Performance and Promise. Washington, D. C.: 1979. The Urban Institute.
9. Álvarez, L; Lara, L; Torres, C, et al; Modelo de evaluación de programas en salud. Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. 2014.  
<http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>
10. García, R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*.2010; 36(1)19-29
11. Ridde, V., & Pluye, P. Evaluar la sostenibilidad de los programas de salud pública: una herramienta y su aplicación en Haití. *Revista de epidemiología y salud pública*. 2006. 54, 421-431.
12. Cuenta de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.2017. *Cuenta de Alto Costo*, 63–71. <https://doi.org/10.1007/BF00648138>
13. Ministerio de la protección Social. Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. *Diario Oficial*, 13. Retrieved from [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
14. Ruiz Gómez, F., De, V., Pública, S., Prestación, Y., & Servicios, D. (n.d.). *Política Integral de Atención en Salud &quot; Un sistema de salud al servicio de la gente &quot;*;

15. Minsalud. (2016). Política de Atención Integral en Salud. *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)*, 43.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
16. Miller, F. Programas de salud comunitaria alrededor del mundo. *Atencion Primaria*, 40(2). 2008. 55–57. <https://doi.org/10.1157/13116146>
17. General, S., & Social, D. S. *GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTESION ARTERIAL PRIMARIA*. 2017.  
[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_500/GPC\\_hta/gpc\\_hta\\_completa.aspx](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta_completa.aspx)
18. Pineda, F. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Superintendencia Nacional de Salud. 2014. Número 6
19. Cabrera, S; Gálvez, S; Ramos, I. Promoción de salud mediante la aplicación de programas educativos. Experiencias de un decenio. *Revista Científica Villa Clara*. 2013.
20. Patel P, Ordunez P, DiPette D, Escobar MC, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S, Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. 2016;18(12):1284–1294. DOI: 10.1111/jch.12861
21. Sánchez-Ledesma, Esther, Anna Pérez, Noelia Vázquez, Irene García-Subirats, Ana Fernández, Ana M. Novoa, and Ferran Daban. 2018. “La Priorización Comunitaria En El Programa Barcelona Salut Als Barris.” *Gaceta Sanitaria* 32(2):129–34. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.04.005.
22. Nascimento, Monique Oliveira do, and Simone Maria Muniz da Silva Bezerra. 2020. “Adherence To Antihypertensive Medication, Pressoric Control and Associated Factors in

Primary Health Care.” *Texto & Contexto - Enfermagem* 29:1–13. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2019-0049.

## Anexos

### 1. Recurso humano de la Fundación Nacer para Vivir

<i>Profesión</i>	<b>Tipo de contratación</b>	<b>Tiempo laborado (años)</b>
<i>Médico internista</i>	Contrato por obra o labor	3
<i>Nefrología</i>	Contrato por obra o labor	1
<i>Radiología</i>	Contrato por obra o labor	2
<i>Cardiología</i>	Contrato por obra o labor	1
<i>Médico general #1</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Médico general #2</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Médico general #3</i>	Contrato laboral (termino fijo)	1
<i>Enfermero #1</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Enfermeros #2</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	3
<i>Enfermeros #3</i>	Contrato por prestación de servicios	1
<i>Psicología #1</i>	Contrato por prestación de servicios	2
<i>Psicología #2</i>	Contrato por prestación de servicios	2
<i>Trabajo social</i>	Contrato por prestación de servicios	3
<i>Auxiliares de enfermería #1</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #2</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #3</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #4</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #5</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #6</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #7</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #8</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #9</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5
<i>Auxiliares de enfermería #10</i>	Contrato laboral (termino indefinido)	5

## 2. Test de conocimiento Nota técnica FNPV – Equipo asistencial

NOTA TECNICA: Test de conocimiento equipo asistencial

Fecha aplicación del test: lunes 15 de marzo 2021

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Al clasificar los pacientes renales en estado III, la diferencia entre la subclasificación para ser 3Aa2 o 3Aa1 es:	Microalbuminuria mayor a 30
Las metas (indicadores) para el control de HTA y DM de la FNPV son	75%
La cifra control de LDL en la Fundación es:	El 60% de los pacientes deben tener LDL menor a 100 mg/dl
La cifra control de Presión Arterial en Mayores de 60 años para la FNPV es	149/89 o menor a 150/90
La cifra control de presión arterial en pacientes menores de 60 años para la FNPV es	139/89 o menor a 140/90
La cifra control para los pacientes renales diagnosticados con DM en la FNPV es	Hemoglobina Glicosilada menor a 7
El Control Clínico de Hemoglobina ERC estadios 3,4 y 5 sin diálisis tiene como diferencia los periodos de tiempo para toma, sin embargo, la cifra control es:	niveles > 10 mg/dl
De un paciente ERC 4 con resultados con niveles de albúmina entre 2,7 y 4,6 mg/dl en el último semestre podemos decir:	Se encuentra controlado en los últimos 6 meses
La periodicidad de toma de albúmina para paciente renal es, marque la respuesta correcta	ERC 3 con resultados en el último año.
La pérdida de la función renal en pacientes del programa que lleven 1 año de tratamiento es exitosa cuando:	Es menor a 5ml/min/1.73m (2) en 1 año
Paciente con RCV alto, sin DM debe realizarse los siguientes laboratorios:	Perfil Lipídico semestral, Glicemia, creatinina, microalbuminuria y EKG anual y Cuadro hemático bianual
Paciente DM SIN complicaciones debe ser remitido a medicina interna	Cada 4 meses
Los laboratorios trimestrales y semestrales para paciente DM CON complicaciones son:	Trimestral: Glicemia, HbA1c; Semestral: Perfil Lipídico
Laboratorios trimestrales para paciente ERC 3B	Creatinina
Los laboratorios de la imagen corresponden a NT de paciente:	ERC 4

### 3. Test conocimiento Nota técnica FNPV – Promotora de vida

NOTA TECNICA: Test de conocimiento Promotoras de Vida	Fecha aplicación del test: sábado 13 de marzo 2021
PREGUNTAS	RESPUESTAS
El resultado promedio de la P.A que se toma en un tamizaje para dirigir al paciente a una toma seriada (afinamiento) es	135/85
El valor establecido en la FNPV en el cuestionario FindRisk para enviar el paciente a toma de glicemia es	Igual o mayor a 15
Cuáles son las enfermedades precursoras para que un paciente desarrolle una Enfermedad Renal Crónica	Hipertensión y Diabetes
Al clasificar los pacientes renales en estado III, la diferencia entre la subclasificación para ser 3Aa2 o 3b es:	Microalbuminuria mayor a 30
El cálculo de la tasa de filtración glomerular nos permite	Clasificar el estadio renal del paciente
Las metas (indicadores) para el control de HTA y DM de la FNPV son	75%
El control de LDL en la Fundación es	El 60% de los pacientes deben tener LDL menor a 100 mg/dl
La cifra control de Presión Arterial en Mayores de 60 años para la FNPV es	149/89 o menor a 150/90
La cifra control de presión arterial en pacientes menores de 60 años para la FNPV es	139/89 o menor a 140/90
La cifra control para los pacientes YA diagnosticados con DM en la FNPV es	Hemoglobina Glicosilada menor a 7
Los indicadores exclusivos de los pacientes renales son:	Fosforo, albúmina, hemoglobina y toma de PTH
Quien es la persona que debe conocer con mayor proporción lo que pasa y debe pasar con los pacientes en la FNPV	Yo como referente de la salud de mi comunidad

#### 4. Resultados test de conocimiento Nota técnica FNPV

NOTA TECNICA: Test de conocimiento Promotoras de Vida		NOTA TECNICA: Test de conocimiento equipo asistencial	
Fecha aplicación del test: sábado 13 de marzo 2021		Fecha aplicación del test: lunes 15 de marzo 2021	
Participante	Porcentaje Acierto	Participante	Porcentaje aciertos
Auxiliar #1 (Catherine)	100%	Enfermero #1(Julian)	100%
Auxiliar #2 (Tatiana)	100%	Enfermero #2 (Johan)	93%
Auxiliar #3 (Sandra)	100%	Medico #1 (Andrés)	93%
Auxiliar #4 (Mayulli)	100%	Medico #2 (Karine)	93%
Auxiliar #5 (Yoana)	92%	Enfermero #3 (Carlos)	93%
Auxiliar #5 (Luz Edith)	83%	Enfermero #4 (Felipe)	87%
Auxiliar #6 (Diana)	83%	Medico #3 (Lexi)	87%
Auxiliar #7 (Marixa)	83%	Medico #4 (Alejandro)	73%
Auxiliar #8 (Blanca)	83%	Psicóloga #1 (Ana)	73%
Auxiliar #9 (Ana)	75%	Trabajadora social #1 (Luisa)	60%
Auxiliar #10 (Alexandra)	67%	Nutricionista #1 (Anyela)	60%
Auxiliar #11 (Merly)	75%	Psicóloga #2 (Alexandra)	40%

#### 5. Categorías de la Participación Comunitaria

CATEGORIAS	DEFINICIÓN
1 Actores	Representantes que hacen parte del comité de participación comunitaria. Perfil de los actores: quienes cuantos, que roles comunitarios.
2 Dinámica	La dinámica se refiere a las formas de organización del trabajo comunitarios, periodicidad de reuniones, formas comunicarse. Toma de decisiones, en relación con el programa.
3 Formas de participación en el programa	Se hará con relación al programa: la Articulación del comité en el programa; en que etapas del programa inicia la participación, cuáles son las motivaciones e intereses en relación al programa, en que actividades participan, dificultades que hayan tenido.
4 Logros	Cuáles son los logros obtenidos.
5 Valoración de la experiencia	Valoración de la participación comunitaria por parte de los mismos actores: comité de participación comunitaria, profesionales de la salud, coordinador del programa.