

**APORTES PARA EL REDISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA
HIPERTENSIÓN Y DIABETES TIPO II, ANÁLISIS DE ACTORES
BOLIVAR – CAUCA 2021**

CONTRIBUTIONS FOR THE REDESIGN OF A CARE PROGRAM FOR THE
CONTROL OF HYPERTENSION AND TYPE II DIABETES, ANALYSIS OF
ACTORS BOLÍVAR-CAUCA 2021

Aura-Nathaly Hurtado-Viveros

Enfermera profesional. Estudiante Maestría en Salud Pública. Pontificia Universidad
Javeriana Cali. (Cali, Colombia).

Correo electrónico: nathalieurvi@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5015-7386>

Sheila-Andrea Gómez-Peñaloza

Trabajadora Social, Magister en Sociología, Docente Departamento de Salud Pública y
Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Calle 18 No. 118-250 Edificio Raúl Posada 4° piso (Cali, Colombia)

+57 (2) 3218200 Ext. 8113

Correo electrónico: sagomez@javerianacali.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Identificar los aportes de usuarios, redes de apoyo y profesionales de salud vinculados del programa de riesgo cardiovascular para el rediseño de un programa de atención para la HTA y DM II. **Método:** Investigación cualitativa – fenomenológica, estudio de caso. Se aplicaron 20 entrevistas semiestructuradas. 7 a usuarios del programa, 4 redes de apoyo y 9 profesionales de salud. **Resultados:** las barreras administrativas por parte de la EPS e IPS; y la falta de integralidad en la atención, son una limitante importante en la atención adecuada de los usuarios con diagnóstico de HTA y DMII **Conclusiones:** se debe manejar al usuario con patología crónica desde sus características propias individuales. **Palabras claves:** Usuarios, redes de apoyo, Profesionales de salud, rediseño de programa, Hipertensión, Diabetes Mellitus Tipo II.

ABSTRAC

Objective: To identify the contributions of users, support networks and health professionals linked to the cardiovascular risk program for the redesign of a care program for HT and DM II. **Method:** Qualitative - phenomenological research, case study. 20 semi-structured interviews were applied. 7 to users of the program, 5 support networks and 9 health professionals. **Results:** the administrative barriers on the part of the EPS and IPS, and the lack of comprehensive care, are an important limitation in the adequate care of users with a diagnosis of HT and MI **Conclusions:** the user with chronic pathology should be managed from its characteristics own individual. **Keywords:** Users, support networks, Health professionals, program redesign, Hypertension, Diabetes Mellitus Type II.

INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas no transmisibles son un problema de salud pública a nivel mundial, en Latino América, y Colombia. Son la principal causa de morbi-mortalidad en la población adulta. Entre las principales patologías de este tipo se encuentran la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo II (DMII), en la mayoría de los casos son irreversibles y no son detectadas a tiempo. Son de larga duración, por lo general evolucionan lentamente, se desarrollan silenciosamente durante las primeras etapas siendo asintomáticas y ocasionan, cada año, la muerte de millones de personas.

La detección y el tratamiento de HTA son deficientes, e incluso la mayoría de los usuarios que están siendo tratados, no están controlados.¹; en el mundo las complicaciones de la Hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. Para el año 2008, se había diagnosticado el 40% de hipertensos en adultos mayores de 25 años y el 8,3% de la población mundial padece de DMII y se espera un incremento a más de 592 millones y en Colombia es similar al resto del mundo.²

A pesar de las grandes acciones, realizadas por países, aún siguen existiendo diferencias en el manejo de los pacientes crónicos, de acuerdo a su sistema sanitario y características poblacionales; todos apuntan al mismo objetivo de disminuir las cifras de tensión arterial y las complicaciones; los resultados siguen siendo bajos con relación a la modificación de estilos de vida, aunque no han sido siempre los esperados; otros muestran beneficios directos e indirectos sobre la calidad de vida de los hipertensos.³ Así, se puede determinar que la HTA y la DMII son una problemática de salud pública a nivel mundial, debido a su impacto poblacional, su prevalencia, la afectación a poblaciones en desventaja socioeconómica y su contribución al aumento de mortalidad prematura.

En el departamento del Cauca el panorama de prevalencia y mortalidad por HTA y DMII, ha cobrado gran importancia; se trata de una región donde sus características etnoculturales, demográficas y sociales aluden que estos incrementos de morbimortalidad que se asocian a su población adulta y adulta mayor, incrementado en los últimos años, ubicando el consumo de alcohol, cigarrillo, la obesidad, inadecuados hábitos y estilos de vida, el consumo de alimentos con altos contenidos de azúcar, sal y el sedentarismo, en

factores de riesgo para que la población en general presente enfermedades del sistema circulatorio, así como la alta prevalencia de Hipertensión Arterial especialmente en la población afro descendiente; Es por esta razón que se han hecho esfuerzos internacionales, nacionales y departamentales, desde los servicios de salud, implementando programas para reducir su impacto individual y poblacional. Estos programas siempre soportados por modelos de atención que direccionan su operación.

Los programas de atención a diferencia de los modelos, según Rodríguez Alcalá, toman las intervenciones por medio de un “conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles”. Además, no todas sus intervenciones son eficaces; de forma aislada tienen menor efectividad que cuando forman parte de un conjunto de actividades; algunas investigaciones demuestran que existe una mejoría en la adhesión al tratamiento cuando hay una combinación de intervenciones.⁴

En Chile para el año 2020 surge una nueva implementación de intervenciones centradas en los pacientes con comorbilidades crónicas, “Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica”, donde deja atrás, el abordaje clásico y cuidados fragmentados e ineficientes en el manejo de estas enfermedades en los programas de atención primaria, lejos de los principios de integralidad. De este modo este estudio centró una estrategia para proveer cuidados centrados en la persona, integralidad y continuidad del cuidado.⁵

Otras investigaciones también demuestran que la participación efectiva en salud, mejora en los resultados en salud y en la promoción de la salud, el cambio en los comportamientos relacionados con la atención sanitaria, la reducción en el gasto en salud, el control y toma de decisiones por parte de la población, en la planificación en salud, el incremento en la calidad, accesibilidad, aceptabilidad y el aumento en la utilización de los servicios, mejora las relaciones entre proveedores de salud y la comunidad.⁶ Así, mismo los programas participativos en salud es asumido a un proceso social que se aprende y mejora en la práctica, es un espacio de convivencia vital para el ejercicio de la libertad y el aprendizaje mutuo, que permite intervenir en las decisiones para el desarrollo de los programas, cuyo fin es buscar interlocución con el afán de construir nuevas formas

de hacer las cosas.⁷ Por otro lado estudios demuestran que la estrategia de Promoción de la salud y Prevención, constituye una oportunidad para integrar y coordinar los esfuerzos de todos los niveles, sectores y actores implicados, para favorecer la participación de la comunidad.⁸

En el diagnóstico, detección y rehabilitación “los programas han orientado sus esfuerzos humanos, financieros y tecnológicos para control de factores de riesgo individual. Estos programas, poco se han ocupado de atender en la complejidad social, cultural y familiar que rodea estas patologías. Los profesionales orientan sus prácticas desde el modelo biomédico que privilegia el riesgo individual en las intervenciones; su enfoque centrado en la patología antes que los factores contextuales (individuales, poblacionales y familiares) y a la “adherencia terapéutica- farmacológica”.⁹

El aumento en la prevalencia, las proyecciones de mortalidad para las próximas décadas, al igual que el alcance de estudios previos, supone un argumento claro para seguir explorando la identificación de opciones que contrarresten el impacto de la HTA y DMII a nivel poblacional. Es por ello, que se pensó con este estudio aproximarse a los actores (usuarios, familiares y profesionales de la salud) involucrados en un programa de riesgo cardiovascular para explorar, junto con ellos, los aportes (conocimientos, experiencias y expectativas) para el rediseño de un programa más acorde a sus necesidades; bajo la idea de mejorar la atención, contribuir a prevenir estas enfermedades y controlar sus complicaciones, e indirectamente reducir la prevalencia de muertes y discapacidad. Fue así que, la pregunta central que guió este estudio fue: ¿Cómo las necesidades, experiencia y expectativas de usuarios, familiares y profesionales de salud, contribuyen al rediseño de un programa para Hipertensión arterial y Diabetes Tipo II?

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, estudio de caso, que identificó los conocimientos, las necesidades, experiencias y expectativas de usuarios, familia y profesionales de la salud como aportes para el rediseño de un programa para HTA y DMII, el presente estudio fue aprobado 28 de abril del 2021, por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia Javeriana de Cali.

Inicialmente se proyectó contar con la participación de 35 personas, quienes contaban con los criterios de inclusión para hacer parte de la investigación, las cuales estaban distribuidas así: 8 profesionales de salud, 7 usuarios, 5 familiares; Sin embargo, esta muestra no se consiguió dado el tiempo destinado para la recolección de la información, dificultades de ubicación geográfica (zonas dispersas), disponibilidad de tiempo de los participantes y por la problemática sanitaria por COVID-19 (muchas personas se rehusaron a tener contacto con actores ajenos a su núcleo familiar). Finalmente hicieron parte del estudio 20 personas: nueve profesionales de la salud (5 médicos, 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta y 1 enfermero) siete usuarios con diagnóstico de HTA y/o DMII y cuatro integrantes de su familia identificados como sus redes de apoyo, no se encontró otra persona que cumpliera este rol que no fuese integrante de la familia con algún grado de consanguinidad. Todos los nombres que se presentaron en el capítulo de resultados para hacer referencia a los participantes (usuarios y referentes familiares), fueron creados por las investigadoras, para guardar la confidencialidad como un elemento ético de la investigación. No aplicó para profesionales de la salud, pues de ellos sólo se hizo referencia a su rol profesional. Todos los participantes estaban vinculados al programa de riesgo cardiovascular de la IPS, E.S.E Suroccidente punto Bolívar-Cauca. El primer contacto se estableció telefónicamente, algunos presencialmente, comentando el propósito del estudio. En estos acercamientos se concertó una agenda (día, hora y lugar) para realizar las entrevistas.

Entre los meses de junio a agosto de 2021 se realizaron y grabaron, previo a firmar un consentimiento informado, en audio 20 entrevistas semi-estructuradas, una por cada participante con una duración de 60 minutos. Al finalizar las primeras sesiones de

entrevista se identificó que los usuarios y sus familias tenían grandes dudas y falta de claridad sobre las patologías. Por ello, en adelante, se toma la decisión de entregar luego de cada sesión un folleto informativo explicando de forma breve características del diagnóstico: signos y síntomas, complicaciones y formas de control.

No hubo categorías emergentes, las narrativas de los y las participantes estuvieron centradas exclusivamente en las cuatro categorías axiales, características del programa cardiovascular actual, debilidades, fortalezas y recomendaciones para el programa actual. Durante las sesiones se realizaron anotaciones en el diario de campo para identificar, posteriormente, pistas analíticas.

El plan de análisis se realizó teniendo en cuenta los objetivos específicos y las categorías (Ver Tabla 1). Las entrevistas fueron transcritas en Word y procesadas con el apoyo del software Atlas. Ti versión 9 para Windows & Mac. El método fue el análisis de contenido y la validación inicial de las interpretaciones fue hecha en trabajo conjunto entre las investigadoras. Está pendiente, antes de la publicación, devolver a los y las participantes los resultados para lograr el contraste requerido para la validación final del estudio.

Tabla 1. Relación Categorías / Objetivos

Objetivos	Categorías	Descripción categoría
Identificar los componentes del programa de atención para HTA y DMII, a partir de las necesidades, experiencia y expectativas de los usuarios, familia y profesionales de salud del programa RCV.	Características del programa actual	Ingreso el usuario y familiares al programa, recursos con que cuenta el actual programa, accesos a los servicios de salud, disponibilidad de las áreas y los profesionales.

Describir desde los usuarios, familia y profesionales de salud, las debilidades que tiene el actual programa de atención para HTA y DMII.	Debilidades del actual programa	Falencias y dificultades no resultas en el actual programa.
Describir desde los usuarios, familia y profesionales de salud, las fortalezas que tiene el actual programa de atención para HTA y DMII.	Fortalezas del actual programa	Intervenciones positivas dentro del proceso de atención del programa.
Explicitar las recomendaciones que, usuarios, familia y profesionales de salud hacen al programa de atención para HTA y DMII.	Recomendaciones, necesidades y expectativas del actual programa	Necesidades, experiencias y expectativas para mejorar los recursos programa actual.
Analizar los recursos institucionales con que cuenta el actual programa de atención para HTA y DMII, para cumplir con las demandas de los usuarios, familia y profesionales de salud.		

Fuente: Elaboración propia

Una de las limitaciones presentadas durante el estudio, fue la relación laboral con los profesionales de la salud, ya que trabajo en el programa de enfermedades crónicas, al principio se presentaba falta de disponibilidad del tiempo por parte de los profesionales y la relación laboral que esto podría tener, por el temor a estigmatizaciones laborales, sin embargo se expone; que el presente estudio no tiene ninguna relación laboral, la importancia del estudio con propósitos investigativos y la confidencialidad del mismo, se realiza exposición del consentimiento informado.

Las investigadoras declaran que no hay conflicto de intereses, a pesar de que una es parte del programa de hipertensión donde se hizo esta investigación, de acuerdo al aval dado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la pontificia universidad Javeriana Cali, donde se declaró que este conflicto no existe debido a que esta

investigación “no tiene intereses secundarios que incidan de forma indebida sobre su juicio y de ese modo comprometan o socaven el objetivo primario de la investigación. Su interés es eminentemente académico. Ésto se garantizó, pues la investigadora que hace parte de la institución contó permanentemente con el apoyo de otra investigadora, quien hizo las veces de auditora del proceso, cumpliendo con ello con uno de los tres requisitos del rigor metodológico de la investigación cualitativa.¹⁰

RESULTADOS

Este capítulo muestra descriptivamente los principales resultados, de acuerdo a cada categoría de análisis. Se presentarán teniendo en cuenta la polifonía de voces de las y los participantes. Inicialmente se describen las características, luego las fortalezas y debilidades del actual programa y finalmente las recomendaciones para su rediseño. Las alusiones de los y las participantes seleccionadas como complemento a la interpretación de las investigadoras tienen las siguientes distinciones: PRCV (Programa De Riesgo Cardiovascular) y Dx (Diagnóstico)

Características del programa cardiovascular actual

Se identificó que el ingreso de los usuarios al programa se presentó por complicaciones médicas (signos y síntomas de su patología de base), solo una persona fue diagnosticada en consulta de promoción y prevención. Este grupo no tienen conocimientos claros sobre sus patologías, algunos comentaron que son heredadas. Al igual que sus familiares tampoco tienen claridad sobre los signos graves de las enfermedades y las complicaciones que más referenciaron fueron los accidentes cerebrovasculares y el infarto agudo de miocardio (IAM).

Solo sabía daban mareos, calor, un hormigueo en las piernas, en el cuerpo, que la vista, se adormecía la cara, es hereditaria y por las dificultades que tiene la persona, que son nerviosas, les formara la enfermedad, complicaciones si no se cuida, no toma los medicamentos en forma constante le puede dar una trombosis (María, usuaria Dx de HTA, 8 años PRCV)

También se presenta falta de claridad en la adherencia farmacológica por la creencia cultural en la medicina tradicional y desinformación acerca de la utilidad de los medicamentos para el control de su patología, han buscado otras medidas para controlar el avance, muchas recomendadas por personas que no son profesionales de salud.

Muchas veces se acogen a creencias culturales, que cierta agua le ayuda a regular las cifras tensionales, asisten a médicos tradicionales, ellos le dan otro tipo de hiervas y los pacientes creen que eso le hace bien, los pacientes creen que los

medicamentos, a largo plazo les hace daño a la salud, que les daña el riñón, el corazón (Médico, 7 años PRCV).

En contraste, los profesionales de salud expresan que el objetivo del programa es concientizar al usuario que el tratamiento farmacológico es la mejor opción para el control de la patología de base.

Uno quiere disminuir los riesgos del paciente con esas patologías, concientizar al paciente de que la mejor opción que tienen es el tratamiento farmacológico, desde la institución pretendemos que el paciente lleve bien su tratamiento y estamos pendiente de eso (Enfermero, 10 años PRCV).

La asistencia a las actividades del programa es por lo general una decisión propia de los usuarios, con el fin de mejorar su estado de salud, movida por el deseo de: estabilizar la enfermedad, disminuir las complicaciones y la ingesta de los medicamentos. Asimismo, los profesionales de salud reconocen que hay buena participación por parte de los usuarios y sus familias y que la atención brindada por el programa quiere convertirse en un referente.

Los usuarios y sus familias refieren sentirse bien con la atención del programa “En los controles es buena la atención, por lo general uno va y espera turno, me gusta porque uno ve el interés de los profesionales entonces trato de ser cumplido en los controles” (Francisca, Dx HTA, 7 años PRCV); aunque realizan recomendaciones para su atención, disposición de los profesionales de enfermería al recepcionarlos y los demás funcionarios con los que tienen contacto.

Con la educación y motivación que se da desde la institución, funcionarios y red de apoyo estamos en un alto porcentaje de adherencia al programa, uno mira siempre los pacientes asisten al programa están empeñados en mejorar su calidad de vida con apoyo a tratamiento y también las actividades recreativas los aleja un poco de preocupaciones familiares o de la patología (Enfermero, 10 años PRCV). Lo básico que se maneja es que el programa está la jefe se encuentra 24 horas con estos pacientes, su auxiliar de enfermería está comprometido, el objetivo es que sea un programa modelo (Médico, 12 años PRCV).

En varios momentos, los usuarios, comentaron que identifican cambios positivos realizando las actividades recomendadas por los profesionales. También con este propósito refieren participar en actividades educativas, promovidas en la IPS, en las que son invitados con sus familias. En estos espacios se promueve la alimentación saludable (disminución de la sal, azúcares, grasas), realizar actividad física y asistir mensualmente a controles.

Mi hija siempre está pendiente de mí, a veces me propaso en comer grasa, chicharon ella me dice no coma eso, tengo el apoyo en ella, me está controlando, he cambiado la forma de alimentación desde el programa cambie, la alimentación, por mi salud, que estoy pendiente en ir a los controles (Nery, usuaria Dx HTA, 8 años PRCV).

Esto es reforzado por los profesionales de la salud, quienes reconocen la importancia del acompañamiento que hace la familia al paciente en su proceso, ya que ayuda en gran medida al entendimiento y ejecución de las recomendaciones, como coadyuvante en el proceso de adherencia, tanto farmacológica como no farmacológica.

Es importante la red de apoyo a nivel familiar, explicarles por qué a veces los pacientes no entienden y piden que les expliquen a los familiares el contexto de la patología base, creo que la educación es un parámetro fundamental de promoción y prevención cuando una paciente se diagnostica con hipertensión y diabetes (Médico, 3 años PRCV).

La entrega de los medicamentos no es por parte de la IPS, la EPS cuenta con otra red de prestación de servicios, lo cual debe garantizar la entrega del tratamiento respectivo. Los usuarios y sus familias refirieron que nunca han suspendido el tratamiento farmacológico, que en alguna ocasión se cambió por efectos secundarios de alguno.

No he modificado nunca la toma de ningún medicamento, unas pastillas que me generaban algunas veces tos, durante la noche, esas eran las que me cambiaron, ahora me siento bien con el tratamiento (Nubia, Dx de HTA – 7 años PRCV). Todos siguen todas las recomendaciones del personal de salud, aunque algunos de

edad avanzada presentan múltiples barreras para garantizar la asistencia a los controles.

Los profesionales de la salud del programa están motivados en la ayuda a mejorar la calidad de vida de los usuarios. Los usuarios y familiares ven en ellos una ayuda para lidiar con su patología de base.

Lo que se está haciendo es a conciencia, y que todo se ha hecho con el consentimiento y opinión de los usuarios, adaptando cosas para lograr disminuir las brechas en la atención para que se sientan motivados y de esta manera fortalecer el programa (Enfermero, 10 años PRCV).

Ellos son tan agradecidos cuando uno trabaja con ellos, se sienten queridos, importantes, la alegría que ellos transmiten a uno, cuando uno los atiende, cuando les explica (Fisioterapeuta, 2 años PRCV).

Ampliar el espacio de atención en la consulta por enfermería como por psicología, donde el usuario se sienta más tranquilo, que se presente una luminosidad natural, aumentar la comodidad del usuario, aumentar el interés en el usuario por medio de una llamada, asistir a su domicilio para saber cómo va con su diagnóstico, recomiendan dejar a un lado económico al usuario.

Trabajar en un espacio más abierto, donde él paciente se sienta más tranquilo, donde si yo le hago un ejercicio de respiración ellos puedan sentir más frescura, más aire, luminosidad natural no de un bombillo, si no que ellos se sientan más cómodos, en un lugar donde se realice el trabajo (Psicóloga 2 años PRCV).

Programa se pasaron a un espacio pero sigue siendo pequeño, ojala que el futuro los administrativos visionaran un lugar más visible más grande, amplio (Yenny, familiar usuario HTA, 2 años PRCV).

Debilidades del programa actual

El mayor número de situaciones reportadas, por usuarios, familiares y profesionales de la salud, como debilidades del programa tienen que ver con aspectos de orden administrativo, seguido de aspectos sobre la adherencia al programa y algo sobre las actividades que se ofertan.

El problema es sistema de salud

Inconvenientes en la accesibilidad a los servicios de algunas áreas de atención, como son las disponibilidades de los profesionales y las medidas de control para acceder a los servicios, además la disposición de equipos médicos que se encuentren en óptimas condiciones. “Una vez, me di cuenta que la presión siempre me daba alta, y hasta que supe que el tensiómetro estaba malo, también las recomendaciones es que los equipos estén funcionando bien” (Médico, 9 años, PRCV).

Los participantes refieren que los usuarios realizan por sus propios medios, la radicación de los documentos y/o procesos administrativos para lograr las citas. No se tienen en cuenta sus condiciones, la mayor parte son adultos mayores, que presentan grandes dificultades con las nuevas tecnologías.

Los pacientes duraban hasta 6 o 7 meses para pasar con especialista, los devolvían porque las ordenes vencían y tenían que pasar con medico nuevamente, la mayoría... son personas mayores, no tiene acceso a la tecnología, algunas EPS exigían historia por correo, llamadas para sacar cita... ellos no cuentan con ese acceso para llamar, en su domicilio no tienen señal... las citas son muy lejos, dicen que no hay agenda (Medico, 9 años PRCV)

Me disgusta esa esperadera eso es lo único, las áreas de esperar de irse temprano a las 12 y media esperar a las 2 de la tarde para facturar, luego que el medico llega a las 3 de la tarde, hasta el momento se dificulta cuando van a entregar las fichas no hay orden (Ana Dx HTA/DM, 10 años PRCV)

... sería la priorización, porque hay de hipertenso a hipertenso,... por ejemplo mi papá tiene 95, pienso que ese de 20 puede aguantar un poquito más que mi papá que tiene 95..., Esa priorización la podrían hacer en todos los sitios, aquí en facturación, en el medico y laboratorio (Roque, familiar usuario HTA, 10 años PRCV)

Los usuarios deben tener una orden médica para que la EPS las acepte y no la glosen, a muchos usuarios eso no les gusta, en la EPS tiene que hacer fila, muchas veces dan una orden de terapia y después 8 días dan la otra, entonces desanima mucho a la gente para poder asistir a las terapias (Fisioterapeuta, 2 años PRCV).

No existe una ruta integral con otros profesionales. La derivación de usuarios a especialidades médicas es muy limitada, los usuarios refirieron mala atención en la red de prestación de servicios por parte de los especialistas. Si un usuario necesita, por ejemplo, atención psicológica, fisioterapia, nutrición y medicina interna.

Si la jefe del programa identifica que el paciente necesita una valoración por psicología, pues que mejor y que persona más indicada que conoce el proceso del paciente que sea la jefe, lastimosamente por protocolo y así lo pide la EPS es el medico el que tiene que remitir (Psicóloga, 2 años, PRCV).

Se cuenta en la ruta con la remisión a medicina general, que es rápida, y exámenes de rutina. Sin embargo, el consultorio médico no contiene todo lo necesario para valoración de un paciente con enfermedades crónicas, de igual manera el programa se requiere más espacio para atender la cantidad de usuarios con que cuenta el actual programa.

Pienso que falta un poco tanto en la parte administrativa este más pendiente de la necesidad y de infraestructura hace falta (Yenny. Familiar usuario Dx HTA, 2 años PRCV)

La infraestructura no da para atención de ancianos, y más que todo en pandemia que dice que hay que tener distanciamiento, el espacio de espera es muy reducido (Roque, familiar HTA, 10 años, PRCV)

Los profesionales de salud, tiene poco tiempo para realizar la consulta a los pacientes crónicos, en el programa no existe un profesional exclusivamente para llevar a cabo las consultas a la población crónica, son atendidos por todos los profesionales, creando dificultades en el seguimiento del usuario, esto se refleja en el control de cifras tensionales que se evidencia en la consulta cada mes.

... un compañero que trabajó en otra institución, donde el indicaba que había un médico o dos los cuales se encargaban únicamente de la atención de los hipertensos, podría ser buena propuesta, ya que acá los hipertensos pasa por todos los médicos y muchas veces eso, crea falencias, porque todos no tiene la misma dedicación en el paciente (Médico, 7 años, PRCV)

Usuarios, familiares y profesionales de salud, plantean que la atención en los controles es deficiente. Falta más tiempo para entregar, a los usuarios y sus familias, información importante de la patología de base, además en el tiempo de pandemia no se realizó un seguimiento adecuado, solamente se enviaron medicamentos.

En los controles médicos, no se toman el tiempo de preguntarle de explicarle cuales son las consecuencias de ofrecerle la información de los programas, por el contrario simplemente decían viene por el medicamento y de una la formula, entonces como que no son tan pendientes, y no supervisaron de hacer una visita a la casa en todo el tiempo de pandemia, porque en tema de educación uno se fija no se está prestado de la mejor manera, Las enfermeras en el tema de atención no se toman la delicadeza de decir buenos días de tratar bien al paciente, que no estén con su cara brava (Mary, familiar Dx HTA, 2 años PRCV).

Los usuarios refieren que para los exámenes de laboratorio las filas son largas y perciben mala estrategia para ingresar a algunas áreas. “En la repartición de las fichas no vemos eso bien, porque muchas veces uno está de 5to de sexto y cuando aparece es que a uno le dan la ficha quince” (Ana, usuaria HTA-DM 10 años PRCV).

... ha habido un cambio, antes eran más disponibles los servicios, ahora son poco disponibles, ahora reparten un numero de fichas ya cuando se terminan las fichas del laboratorio no se toman más, no tienen en cuenta la edad del paciente, de donde proviene, solo que no lo toman (Médico, 7 años PRCV).

También se experimentan dificultades con la entrega de la totalidad de los medicamentos: fallas en la comunicación, en la accesibilidad sobre todo a medicamentos no pos, falta de calidad en la atención y demoras en los procesos. Durante pandemia los familiares de los usuarios fueron puente para mantener el acceso a los medicamentos, el programa entregaba las fórmulas y ellos lo recibían, aunque algunos usuarios refieren que recibieron sus medicamentos sin ningún problema.

El problema radica a la hora de entregar sus medicamentos ellos salen con sus fórmulas completas del consultorio, cuando van a su droguería siempre hay faltantes, le entregan la mitad de los medicamentos o que nunca llegan los medicamentos necesarios para el paciente, por lo general el paciente saca de su

bolsillo para comprar los medicamentos porque las entidades no les cumplen (Médico, 12 años PRCV)

...Solicitan medicamentos de mejor calidad uno los solicita y se presentan muchas demoras y finalmente no responden y el paciente finalmente lo compran, estos pacientes compran los medicamentos y salen del programa, ellos creen que comprándolo deben salir del programa (Médico, 3 años, PRCV)

Me formularon unas pastillas, y me dijeron que dentro de 5 días fuera a recibirla porque no las había, fui no las hubieron, yo no regrese más (Ana Dx HTA – DM, 100 años PRCV).

Lo único es que ahora estamos comprando el omeprazol, no entiendo porque acá esta empresa no lo da, nos toca comprarlo por la gastritis, dicen ese es otro diagnóstico, pero la subsidiada los dan... en nueva E.P.S, a mí me toco comprarlo desde que se lo mando el médico, porque él ya empezó a sentir ardor en el estómago (Roque, familiar HTA, 10 años PRCV)

Cuando son antihipertensivos combinados... necesita que se les llene un documento...llamado MIPRES, ellos tienen que realizar otro tipo de diligencias, se entrega el documento, lo tiene radicar en el hospital se hace una junta médica y de acuerdo a eso se tiene que llevar a la EPS muchos de esto pacientes dicen que se les demora la entrega del medicamento (Médico, 7 años, PRCV).

Profesionales de la salud, refirieron en el acceso al medicamento no está enmarcado por la disposición del mismo, sino más bien, de las condiciones geográficas de algunos usuarios donde los condicionan a tener problemas en el momento de acceder al tratamiento, esto por lejanía y difícil acceso de su vivienda.

Los usuarios refieren que ellos no toman los medicamentos porque no quieren sino que se les dificulta salir hasta determinado lugar donde le toca reclamar el medicamento, y en muchos de los casos no van por la fórmula porque les queda muy lejos (Psicóloga, 2 años PRCV)

Falta de información anticipada en los días que no brindan atención en el hospital ya que este se presta a generar acciones de usuarios que a largo plazo dificultan la adherencia al programa.

A veces no dicen cuando no hay servicio, cuando pierden las citas o no hay médico para atender, me parece que no debería ser así, por las personas que viven lejos al centro de salud, que se vienen caminando muchos de ellos son de bajos recursos y llegar y no atenderlos me parece muy mal (Yenny, familiar usuario Dx HTA, 2 años PRCV)

Es difícil cambiar la forma de vivir

Para los usuarios y sus familias seguir las indicaciones, sobre todo, de cambios de estilos de vida es complejo: hay limitaciones para adquirir frutas y verduras, que complementen una dieta saludable. Igualmente, por cuestiones culturales, la dieta de esta población es rica en grasas, harinas y frituras: “Lo que más le cuesta es la dieta... no conseguir las frutas y las verduras... les gusta hacer fritos de harina, o las masas, entonces todo eso lleva mucha grasa” (Médico, 9 años PRCV)

El saber popular tiene un lugar importante para el acatamiento de medidas orientadas por los profesionales de la salud para mejorar su condición de salud, incluido lo referente a la utilidad de los medicamentos para el control de la patología. Los usuarios y sus familias dan más credibilidad y legitimidad a las creencias populares que a las recomendaciones hechas por los equipos de salud, causando algunas alteraciones en los procesos terapéuticos.

Muchas veces se acogen a creencias culturales... cierta agua le ayuda a regular las cifras tensionales o asisten donde médicos tradicionales... le dan hierbas y los pacientes creen que le está haciendo bien...ellos creen que los medicamentos a largo plazo les hace daño a la salud, que les va dañar el riñón, el corazón (Médico, 7 años PRCV)

Son pacientes que tienen múltiples medicamentos, hay pacientes que solo para la presión arterial están tomando tres tipos de medicamentos y desde ese momento el usuario se toma una sola tableta... por motivo de cultura ellos piensan que entre más medicamentos están tomando más rápido se va a morir y las suspenden (Médico, 12 años PRCV)

Se encontró de manera menos recurrente pero no menos importante que algunos familiares esperaban más dinámica en la realización de las actividades del programa, más a gusto y disposición de los usuarios, ya que cada uno tiene particularidades únicas en el manejo y seguimiento de su patología de base.

Si hay personas muy dinámicas, digamos caminar si les gusta mucho, pero ellos ejercicios en grupo no lo hacían no lo aceptaba por su condición de no poder andar como los demás, por estar con dificultades para la movilidad, ahí más se enferman, se estresan (Roque, familiar usuario Dx HTA, 10 años PRCV)

Fortalezas del programa actual

Usuarios, familiares y profesionales de la salud, refieren que lo positivo del programa tiene que ver con las actividades que se realiza, el recurso humano en salud y la familia como apoyo al proceso de los usuarios.

El día a día del programa

La organización y las actividades del programa son una base fundamental para el seguimiento y control del estado de salud de los usuarios:

Es de gran ayuda porque aparte de la educación que se dan en los controles también se hace una rutina con ellos o un seguimiento de cómo se está llevando el paciente real tanto en la toma de los medicamentos, se mira el amor de cómo les enseñan eso les ayuda a no llevar esa vida tan sedentaria o rutinaria, antes lo contrario esos los ayuda a motivarse a seguir los controles (Yenny, familiar HTA 2 años PRCV)

Digamos que hay un programa muy bien estructurado, en la ese suroccidente hay una jefe encargada del programa como tal, ella da unas directrices unas pautas del control de estos pacientes crónicos (Médico, 7 años, PRCV)

Los procesos educativos dirigidos a los usuarios y sus familias, centrados en el tratamiento farmacológico y recomendaciones en el tratamiento no farmacológicos, cuentan con herramientas que intentan impactar la disminución de las complicaciones propias de las patologías.

Hablamos de la importancia de venir a los controles...de recibir los medicamentos...recordarle al paciente que se tome el medicamento a tiempo, realizar ejercicio físico...tratamos de que el paciente haga ejercicio físico y tenga una buena alimentación (Fisioterapeuta, 2 años PRCV)

Uno se basa más que todo...en adherencia...si no toman sus medicamentos, puede deteriorarse su estado de salud mental y físico... los motivo hacer adherencia al tratamiento, insisto...en tomarlos y la alimentación es importante que ellos entiendan que si se les manda un tratamiento o plan de seguimiento (Psicóloga, 2 años PRCV)

El programa cuenta con un grupo de actividad física, dirigido por profesionales de enfermería, entrenadores físicos de Indeportes - Cauca, estrategia 4x4, que realiza diferentes actividades como caminatas, bailes deportivos: “Estar en el grupo es positivo, porque eso les ayuda a disminuir las cargas de estrés y ansiedad, y a mantener el cuerpo en un estado tranquilo, ayuda que la presión no se les eleve” (Mary, familiar HTA, 2 años PRCV). “Del programa de hipertensión, lo que más me ha gustado es antes que teníamos el grupo de hipertensos, me gustaba mucho las actividades y las reuniones, todas las actividades”. (Ana, usuaria Dx HTA/DMII, 10 años PRCV).

El recurso humano

Ser empáticos al tratar y entregar información disponible son buenas estrategias para que el usuario y su familiar se integren al programa. Además, brindar confianza para dialogar de su patología de una manera clara y sin limitaciones, hace que ellos tengan una mejor percepción de su diagnóstico y los motiva a seguir las recomendaciones. “Hay una atención que le gusta, es que con los médicos que nos ha tocado muy amables, nos dan mucha confianza” (Miriam, familiar HTA-ERC 10 años PRCV)

La calidad humana en la atención, respeto, seguimiento oportuno de los usuarios en cuanto a sus controles y exámenes de rutina, el interés de estar pendiente en la asistencia a los controles son rasgos que distinguen al equipo de profesionales de salud. Aunque se presentan dificultades por mejorar, es más el compromiso que tiene cada uno de sus integrantes. “El programa me parece bueno porque está pendiente de uno, me gusta mucho

el programa, (Martha, usuaria Dx HTA, 8 años PRCV). “Me he sentido bien con la atención ya que las enfermeras me han colaborado al momento como tomar el medicamento, (Francisca, usuaria Dx HTA, 7 años, PRCV). “El programa se compromete y tiene calidez humana, la humanización del programa es lo básico para que el programa hace que el paciente venga, (Medico 12 años, RCV)

La intervención de disciplinas como Psicología, ya que muchos usuarios presentan ausencia del soporte familiar, en el seguimiento y manejo de la condición crónica. De igual manera la asistencia por parte de fisioterapia para fortalecimiento del acondicionamiento físico.

La parte emocional...nos enfocamos en la toma de medicamentos, la parte fisiopatológica, eje: hay pacientes que tiene componentes emocionales, depresión, ansiedad, conflicto familiar, que les hace perder el entusiasmo, el interés por los medicamentos, un enfoque...con seguimiento por psicológica que nos puede ayudar en la adherencia al tratamiento (Médico, 3 años, PRCV)

Si le hicieran un control o un seguimiento.... de psicología, eso, sería bueno, por el mismo tema del tratamiento, porque hay personas que no tienen adherencia y tener ese diagnóstico les afecta mucho, y trabajar con un psicólogo si le ayudaría...en el manejo y orientación emocional, y a disminuir las cargas de estrés que ellos pueden tener por el diagnóstico, porque deben ingerir muchos medicamentos, eso les afecta psicológicamente, el estado emocional de los paciente, hay muchos que no tiene una red de apoyo familiar, entonces esa área si les ayudaría mucho para el manejo y regulación emocional (Mary, familiar usuario Dx HTA, 2 años, PRCV).

Los usuarios que cuentan con familiar para el proceso de seguimiento de su patología, tienen una mejor adherencia al programa, y todo lo que está relacionado con éste, ya que este los acompaña en el proceso de acceso a la atención, en seguir las recomendaciones médicas educativas, acceso a los medicamentos.¹¹

Desde entonces estoy pendiente de reclamar sus drogas, que se las tomen, sacarles las citas, acompañarlos al médico, escuchar las observaciones del médico, más que todo cuando son resultados recibir las fórmulas y explicarles

cada cuanto tiempo deben tomárselas (Roque, familiar usuario Dx HTA, 10 años PRCV).

Más que todo de mi esposa que está pendiente, de que no me olvide que me tome la pastilla, ella misma me la da, estoy muy bien en todo, se preocupan sobre todo en mi control de los alimentos no muy salado, no muy dulce (Adolfo, Dx con HTA/ERC, 8 años PRCV).

Recomendaciones para el rediseño del programa: necesidades y expectativas

En general, las recomendaciones (necesidades y expectativas) que hacen los participantes para rediseñar el programa están referidas a la operación del día a día: que los usuarios acaten las orientaciones dadas por los profesionales de la salud, más participación, acompañamiento de sus familiares y redes de apoyo. Además, que exista un médico exclusivo para el programa, se tengan en cuenta las particularidades de los usuarios, aumenten el número de profesionales para fortalecer la atención de los usuarios y continúen los espacios educativos y de actividad física.

Proceso en el apoyo

Mayor acompañamiento a los usuarios por parte de una red de apoyo que garantice seguimiento permanente. Muchos presentan limitaciones auditivas y visuales, que alteran el proceso de adherencia farmacológica. “Que lleve al paciente, que...asista al programa, que el familiar este pendiente, por favor no los dejen solos, hay casos que no hay nadie, están solos los viejitos, que los acompañen por favor ellos los necesitan” (Mery, Dx de HTA, 8 años, PRCV).

Es importante la red de apoyo a nivel familiar, explicarles...los pacientes no entienden y piden que les expliquen a los familiares el contexto de la patología base... la educación es un parámetro fundamental de promoción y prevención cuando una paciente se diagnostica con hipertensión y diabetes (Médico, 3 años PRCV)

Priorizar la atención en pacientes según sus condiciones físicas y sociales: “La atención fuera..., priorizando, llegan ancianitos que a duras penas pueden caminar, asisten solos, y uno como voluntario los ayuda, hay que darles prioridad a ellos, no llevarlos por el

orden de facturación como se acostumbra, tener en cuenta la edad, estado anímico (Adolfo, Dx HTA-ERC 10 años, PRCV).

Los usuarios plantean que las personas recién diagnosticadas asistan a los controles mensuales, sigan las recomendaciones para mejorar los estilos de vida (haciendo énfasis en la disminución de grasas, sal y azúcar, la implementación de ejercicios) y de algún modo, la habilidad para realizar actividades lúdicas donde deje al lado las preocupaciones y el estrés del día a día.

Acudir al servicio médico para que le tomen la presión, que no le vaya a dar algún derrame, alguna trombosis, estar muy pendiente la persona en todo sentido, que seamos un poquito más dedicados, mejore la atención más y la organización para nosotros (Mary, Dx HTA, 8 años PRCV).

Primer lugar que tiene que cuidarse, cambiar los hábitos de alimentación comiendo saludable,...cumplir los controles, tomar siempre los medicamentos, estar atento a las recomendaciones médicas, tratar no andar solo si es de edad (Francisca, Dx HTA, 7 años PRCV).

Para la atención del usuario debería estar un médico exclusivo que tenga un criterio determinado para cada usuario, mejorando así las actividades educativas “También debería estar un médico especial solo para pacientes hipertensos y que nos dediquen tiempo en cada cita... más constante, las charlas...más productivas y sustanciosas, una buena organización... haya un día especial para pacientes” (Francisca, Dx HTA, 7 años PRCV) “asignarle, al profesional médico...que le dé una orientación...desde el inicio de la enfermedad hasta donde va y cuáles son las consecuencias de no cuidarse” (Adolfo, Dx HTA-ERC 10 años, PRCV)

Asignar días especiales solo para la atención de pacientes crónicos “...que haya un día especial para pacientes hipertensos para sacar los turnos o citas como realizar un cronograma así se miraría más orden, debería estar un médico especial solo para pacientes hipertensos y que nos dediquen tiempo en cada cita” (Francisca usuaria Dx HTA, 7 años PRCV).

Que las remisiones a especialistas las realicen dentro del municipio, con la firme idea de acceder a los servicios de salud de II nivel, ya que los traslados generan costos que en muchos de los casos son difíciles de adquirir. “...Todas las especialidades que fueran en el pueblo, pero no en Popayán, porque uno gasta mucho, ojalá nos atendieran con internista... en Bolívar” (Mary, Dx HTA, 8 años PRCV)

Aumentar el acompañamiento de otros profesionales para la atención médica y para las actividades educativas. Además, para el control de estrés: “Que viniera un internista... a examinarnos... nos enviara al cardiólogo, como hacía el de Popayán, quisiera... estuviera alguna vez el cardiólogo, quiero saber cómo estoy del corazón, de la circulación, Nosotros los hipertensos tenemos que vernos del corazón...” (Ana, Dx HTA/DM, 10 años PRCV). “Un profesional que nos hiciera como actividades ejercicios, otro profesional que a pesar no fuera medico nos hiciera las actividades juegos mentales y todo eso” (Ana, Dx HTA y DM, 10 años, PRCV).

Establecer un sitio más grande para actividades recreativas lúdicas, esto mejoraría mucho la adherencia al programa.

Un sitio donde se pudiera hacer actividad física, para mejorar la condición aeróbica...mejorar su condición física y tratar de motivarlos para que si se pudiera lograr siguieran asistiendo... hacer capacitaciones de estilos saludables, chévere sería si...tuviera un espacio, donde ellos miren que les están enseñando cosas nuevas, expresen sus necesidades, alegrías, donde realicen movimientos (Fisioterapeuta, 2 años, PRCV).

Los participantes evidenciaron la importancia de que vuelva nuevamente el grupo de actividad física implementado en el programa en el año 2016, ya que por medio de estas intervenciones muchos usuarios reingresaron al programa, se estableció una mejoría en su condición física y anímica de ellos. “Me comentaban que era muy bueno y claro ellos mejorarán en acondicionamiento físico en su salud, les gustaba porque se reunían con sus compañeros, incluso me comentaron que ojalá y volviera otra vez” (Fisioterapeuta, 2 años PRCV). “Que vuelvan las actividades aeróbicas y las integraciones... que haya más

herramientas que sea más didáctico sea más creativo (Francisca, usuaria Dx HTA, 7 años, PRCV).

Que sigan por ejemplo el baile, la comunicación en grupo, la distracción, porque cuando se llega a determinada edad ya solo se piensa en ¿qué haré mañana? ¿Qué me irá a pasar? Entonces son cosas que lo van sentando, en cambio si usted es dinámico con un grupo ya sabe que tiene que reunirse (Roque, familiar usuario Dx HTA, 2 años PRCV).

Reconocen la importancia de establecer un estructura de programa general, teniendo en cuenta la particularidad de la población crónica y que todos los profesionales de la salud tengan conocimiento en ello, con el fin de determinar sus necesidades, y con esto enfocar la atención de manera integral, mirando el contexto, familiar, social e institucional en su acompañamiento y dentro de su plan de manejo, los profesionales de psicología y fisioterapia, piden la implementación educativa de pacientes crónicos para ellos determinar qué acciones implementar en su atención.

....socializar las estrategias con todos los entes que participamos tanto institucionales como administrativos del municipio se vinculen más, socializar estas necesidades que tienen esos pacientes, accesibilidad y que la institución las tome como algo prioritario y trabajar en eso (Enfermero, 10 años PRCV)

... hay que buscar como motivarlos, que le cojan amor a la actividad física, la recomendación, podríamos completar un educador físico, psicología, y trabajo social (Fisioterapeuta, 2 años PRCV).

Realizar más intervención en la población rural, por la cuestión que se presentan problemas con la accesibilidad de los servicios de la IPS, “Se puede enfocar más la parte rural hay mucha población... que es hipertensa y no asisten a un hospital, son pacientes que están muy aislados de la cabecera municipal.... identificar población a riesgo del área rural ayudaría mucho para captar más pacientes y así hacer una mayor cobertura (Médico, 3 años PRCV)

Realizar reuniones bimensuales, trimestrales con todos los actores en la atención del usuario, estudiar casos específicos, ver errores en la atención y posterior a ellos realizar

retroalimentación , esto ayudaría al programa a mejorar los procesos de atención, teniendo la participación de líderes comunitarios, liga de usuarios, líderes de la comunidad indígena, con el fin de responder a las recomendaciones y necesidades específicas de cada población, quejas que pueden ser de gran ayuda para los procesos de atención en el programa.

En la comunidad sería los presidentes de la junta de acción comunal, porque ellos tienen acceso y saben dónde vive cada paciente,...reunirnos cada mes con esos presidentes de junta por los pacientes renuentes, la población indígena ellos acatan más la ordenes si el presidente o el representante de la junta lo hace, ven más importancia de las cosas, contar con los líderes de esas veredas para que ellos motiven a los pacientes que asisten a los controles (Médico, 9 años PRCV)

Implementar las guías del manejo de la HTA y DMII, para consulta externa como en el manejo de urgencias, dar a conocer la importancia del programa en la institución para el diagnóstico temprano y seguimiento de las enfermedades crónicas en el municipio, que los usuarios reconozcan el programa, valerse de vocería escrita, prensa para visualizar el programa en el municipio, señalizar la institución para el acceso a los servicios del programa, de manera clara y sencilla.

Tomar vocería como prensa escrita, hablada que se sepa que en la institución hay un programa que mira por el beneficio y salud de los pacientes diabéticos y renales que es un programa muy fortalecido y que está acompañado de grandes profesionales como la jefe de enfermería como un médico y como un auxiliar (Médico, 12 años PRCV).

Para la educación continuada, contar con información impresa en los consultorios para educación a los usuarios y sus familiares sobre la patología que padece, con el fin de aportar información en el momento de la consulta, temas resumidos: desarrollo de la patología, signos y síntomas de peligro, complicaciones, además información sobre sus medicamentos, horarios, función de cada uno y el nombre correspondiente, en el proceso de atención es importante entregar un atención humanizada centrada en el usuario y su familia con calidez humana para motivar al usuario asistir al programa.

... cada consultorio haya como folletos con resumen de las enfermedades que más se complican el paciente, el medico tenga esos folletos. ... Con los factores de riesgo o las complicaciones que más se presentan de la enfermedad...en la consulta, uno le puede explicar...cada uno se lleve su folleto, y si son abuelos, que se lleve su folleto y que ellos pongan en práctica eso en la casa (Médico, 9 años PRCV).

A los pacientes hay que dedicarles tiempo enseñándoles en la consulta médica como se llaman los medicamentos muchos pacientes llevan más de 5 años tomando el medicamento y no saben el nombre, primero es la educación y para eso se necesita tiempo en la consulta para que el paciente se a personera de la enfermedad que está presentando (Médico 12 años PRCV).

En los procesos de educación deben ser entregados a todos los involucrados en la atención, empezando por el personal de salud, quien es el que educa al usuario y la familia, seleccionar un grupo de intervención, quien realiza la atención al usuario, enriquecer académicamente el programa en los temas de educación como: políticas de programa de riesgo cardiovascular; fortalecer los procesos de atención con el trabajo multidisciplinaria de todos los profesionales de la salud, y que cada uno de ellos tenga una intervención asertiva al usuario.

Me gustaría que se trabaje mucho más en equipo, porque aquí sin mentir, trabajamos a veces cada uno por su lado, podríamos hacer ese engranaje, no trabajar de forma individual si no colectiva, si lográsemos hacer eso dentro del punto creo que los resultados serían muchos más impactantes (Psicóloga 2 años PRCV).

Para la detección temprana de la hipertensión arterial, hacen referencia en la sociedad con otros programas de intervención, donde ellos tomen la toma de presión arterial de manera rutinaria y que estén dentro del proceso de atención.

... generar alguna sociedad con otros programas, ejem: con planificación familiar, programa PyP adultos, donde llegan y se les puede tomar la presión a los usuarios.... en las jornadas de vacunación cuando vacunan a los abuelos se

les puede tomar las cifras tensionales, se le puede enviar el afinamiento y de acuerdo a eso se diagnostica (Médico 7 años p, RCV).

DISCUSIÓN

Al realizar la comparación de los resultados obtenidos con otras investigaciones y aportes conceptuales se pudo identificar como muchas de las características del programa actual, al igual que sus fortalezas y debilidades, unidas a las expectativas y necesidades de los usuarios, sus familias y profesionales pueden dar pistas para rediseñar un programa que aporte a mejorar los procesos de atención de los usuarios con diagnóstico de HTA y/o DMII.

Es preciso resaltar, como las características del actual programa está orientado a aumentar la adherencia farmacológica y no farmacológica desde una perspectiva de atención integral en salud^{12,13}, ya que por medio de estas acciones se acompaña a los usuarios y sus familias a vincularse de manera activa al proceso de manejo y control de su enfermedad. Se confirma así, la importancia de integrar todos los profesionales involucrados en la atención de usuarios con enfermedades crónicas, mediante un conjunto de intervenciones que lleven a garantizar la adecuada atención y seguimiento de estos pacientes¹⁴.

En la subcategoría el problema en sistema de salud, presentó diferencias significativas, en cuanto la adherencia del programa con barreras administrativas de la EPS para llevar a cabo un abordaje integral, las dificultades en la entrega de medicamentos, se requiere de orden de apoyo para acceder a estos¹⁵. Este resultado apoya los hallazgos encontrados en estudios de otros países, la falta de disponibilidad del tratamiento a la población hipertensa y diabética.¹⁶ Además, surge la misma problemática relacionada con el acceso a la atención de otras especialidades médicas, y a otros niveles de atención, llevan a que el usuario directamente no cumpla con las recomendaciones dadas y debilita, la pro actividad de los usuarios y sus familias en buscar mejorar su salud.¹⁷

El tratamiento farmacológico es un factor importante en el seguimiento y control de las patologías crónicas, y de allí parte el éxito de los programas de atención, en evitar complicaciones. La falta de disponibilidad de este recurso lleva a innumerables problemas para el mantenimiento de la salud de la persona.¹² Además al analizar los factores que

influyen en la adherencia farmacológica de los usuarios se encuentra que presentan una distorsión amplia en el manejo farmacológico por sus creencias culturales, donde aluden tener un acompañamiento de los medicamentos con otras medidas de control derivados de medicina tradicional, estudios similares en varios países demuestran estos resultados.¹⁸ De esta manera algunos estudios plantean como estrategia operativa, la ayuda de una persona que oriente en el proceso cultural de las personas para mejorar la adherencia a los tratamientos; así mismo el reconocimiento de la cultura de los pueblos indígenas, en algunos territorios, ya que estos influyen en el proceso de salud y enfermedad de la población.^{19,20}

En cuanto a la detección temprana en el diagnóstico de HTA y DMII y el ingreso a los programas de atención, se realizan de manera tardía y en muchos de los casos después de presentar complicaciones y lesión de órganos blanco.²¹ Esto se podría explicar entre la relación que existe en la sintomatología en la mayoría de los casos transcurren por años sin evidencias signos de la patología, llevando así a un diagnóstico tardío de la enfermedad²², además el programa de promoción y prevención no se ejecutan con objetividad para realizar detección temprana de estas patologías, por consiguiente la prevención deber ser de manera social, el cual, debe basarse en estrategias multisectoriales donde se involucre a el paciente para la toma de decisiones en salud.²³ Estudios recientes se relacionan con los resultados encontrados^{24,25}; por otro lado en el abordaje del paciente crónico se debe ahondar con más precisión el factor educativo ya que estos proponen una estrategia de gran aporte para recibir atención médica oportuna^{26,27}; para Bonal Ruiz, “La educación para la salud debe tomar en cuenta diferentes aspectos; como es los factores biomédicos, psicológicos, sociales, ambientales y contextuales del paciente y su familia de manera que no se dejen elementos si abordar, con la intención de evitar una percepción de atención fragmentada”.²⁶ Otros estudios similares.²⁸

Las áreas de psicología y fisioterapia, no están integradas en el proceso de atención de un usuario con enfermedades crónicas, se presenta limitaciones en su actuar profesional por la falta de acceso a la atención de estos usuarios, y a la falta de conocimiento sobre la

patología, sus complicaciones para así derivar ramas de atención propias de cada usuario.²⁹

La educación, por otro lado, es una de las intervenciones más conocidas de los programas, es realizada por todo el profesional de salud, tanto médicos, enfermeros, y otras ramas de la salud, y apuntan a la educación en factores de riesgo, como pauta importante en el control de estas patologías, resultados similares a estudios previos realizados muestran que “la educación para la salud es un componente fundamental de la promoción de salud que permite la transmisión del conocimiento y de la información necesaria para la participación y el desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida”.^{30,31} Es preciso confrontar las diferencias en educación en salud e información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la educación para la salud no es informativa; su importancia se radica en generar elementos positivos que potencialicen a las personas por su bienestar y la salud individual y colectiva.³²

Las recomendaciones dadas por el profesional en el momento de su consulta de control, generan intervenciones que realizan tanto el usuario como sus familiares por decisión propia, esto se debe al conocimiento del proceso de la enfermedad. Estas decisiones están enmarcadas bajo la relación médico- paciente que genera cambios positivos que ellos evidencian de las actividades recomendadas y promovidas dentro del programa. Algunos estudios están relacionados con los resultados encontrados.^{33,13}

La familia en el control de la enfermedad es un coadyuvante en el proceso de adherencia tanto farmacológico como no farmacológico, y la instauración de estilos de vida saludables para su proceso. Estos hallazgos ratifican lo encontrado en otras investigaciones, donde “la funcionalidad familiar, debido a que es base y pilar en un mejor apego a la farmacología aplicada, así como en mejor evolución del padecimiento y disminución de las complicaciones y factores que se asocian directamente a la hipertensión arterial”.¹¹

CONCLUSIONES

Aunque los programas de atención, pretendan generar acciones que lleven una mejora en los procesos de seguimiento y control en los usuarios con diagnóstico de HTA y DMII, y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida, evitando así las complicaciones de estas patologías, se presentan innumerables limitaciones administrativas por parte de las EAPB e IPS, en acceso a servicios, especialistas, medicamentos; que interfieren en el proceso de mejorar la calidad de vida de estos usuarios. Además, el manejo de integralidad comentadas en todas las guías y protocolos, para el manejo y control de estas patologías, no tiene prioridad en las responsabilidades de los profesionales frente a las decisiones y necesidades de los usuarios, llevando la salud a dificultades en la contribución de sus necesidades, sin tener en cuenta las circunstancias particulares de cada usuario de manera individual.

Recomendaciones

Por parte de la EPS, garantizar la entrega oportuna y completa de los insumos, tratamiento para el manejo de patologías crónicas, además quitar las barreras administrativas para acceder a los servicios de otros niveles de atención, y que su acceso sea en el menor tiempo.

Escuchar la voz de los profesionales, usuarios y familiares puede ser un factor decisivo en la adherencia a los programas de enfermedades crónicas. Los tomadores de decisiones podrían realizar mejoras relacionadas con actividades al aire libre, reducir la tramitología, implementar la navegación, y hacer búsqueda y captación temprana de pacientes hipertensos y considerar estabilidad y continuidad para los profesionales asignados a estos programas hasta donde sea posible.

Fortalecer el trabajo en equipo entre los funcionarios responsables del programa que les permita trabajar con un enfoque intercultural es una urgencia para el manejo de pacientes con enfermedad crónica que requieren asistir de manera constante a los programas.

Además, debe existir un acompañamiento por parte de la aseguradora directamente en la ejecución del programa, y que desde su inicio se tenga en cuenta todo lo relacionado con su ejecución haciendo énfasis en los aspectos financieros para dar viabilidad y continuidad a los procesos de atención en el programa.

REFERENCIAS

1. Zanchetti A. Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *J Hypertens.* 2000;6:1–28.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la diabetes. 2016;
3. Díaz A, Armando P, Salvá R, Balcindes S, René A, Roche G, et al. Evaluation of the Medical Assistance to Patients with Arterial Hypertension in Four Urban Áreas. *Rev Finlay.* 2018;8(2):122–39.
4. Márquez-Hernández VV, Granados Gámez G, Roales-Nieto JG. Application of a program to improve treatment adherence in new onset hypertensive patients. *Aten Primaria.* 2015;47(2):83–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>
5. Vargas I, Barros X, Fernández MJ, Mayol M. Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2021;32(4):400–13. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.05.003>
6. Yanira F, Granados P. La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3. La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>
7. Xq GH, Gh S, Duwhuldo K, Vdoxg GH, Klshuwhqrvv S, Xq GH, et al. Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un programa de hipertension arterial. 5. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a02.pdf>
8. Camarelles Guillem F, Fernández Alonso C, Galindo Ortego G. Joining efforts in prevention and health promotion with the PAPPs. *Aten Primaria.* 2019;51(4):195–7.
9. Contreras Rengifo A, Arias Castillo AL, Gómez Peñaloza SA. Caracterización Social de los Programas para la prevención y control de la Diabetes Mellitus tipo dos y la Hipertensión Arterial en Cali – Colombia. 2013;1–122.
10. Comité De Ética En Investigación - CEEI. Acta de Aprobacion de Proyectos. 2021;(Abril):1–2. Registro en acta de aprobación No. 002-2021 del CEEI
11. Becerra Partida EN, Villegas Galindo C. Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Rev CONAMED.* 2021;26(2):57–67.

12. Adulto CDEL. *Cardiología*. 2019;26(2).
13. Ramos-Mejía JL, Robles V, Robles V, Suquinagua J, Suquinagua J, Terán C, et al. Factores para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión y diabetes. *Facsalud-Unemi*. 2019;2(3):25–33.
14. Ferrera N, Moine D, Yáñez D. Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud. *Rev Argent Cardiol*. 2010;39(3):194–203.
15. Tenorio J. 2016. Acceso a medicamentos para controlar la hipertensión arterial prescritos en consulta externa en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) en Perú, en SUSALUD. *J Chem Inf Model*. 2019;(9):1689–99. <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6611>
16. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(6):1947–58.
17. Yépez M, Ricaurte M, Jurado D. Calidad percibida de la Atención en Salud en una Red Pública. *Univ Salud*. 2018;20(2):97–110. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00097.pdf>
18. Muñoz C, Nova J, Muñoz A. Factores que influyen en los pacientes Hipertensos para no generar comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. *Univ del Rosario*. 2017;70. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13730>
19. Maya A, P, Cruz Sánchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(4):366–84.
20. Pérez C, Sepúlveda D, Cova F, Nazar G. Intercultural health from the perspective of the mapuche communities of cañete and tirúa. *Rev Ciencias la Salud*. 2020;18(1):152–68.
21. Roses M, Rosas Guzmán J. Guías Alad Diabetes Tipo 2. 2009;80. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
22. Aristizábal-Ocampo D. ¿Debemos acogernos a las nuevas recomendaciones de diagnóstico sobre hipertensión arterial? *Rev Colomb Cardiol*. 2018;25(1):1–3.
23. Camarelles Guillem F. Los retos de la prevención y promoción de la salud, y los del PAPPs. *Aten Primaria*. 2018;50(Supl 1):1–2. <http://dx.doi.org/10.1016/S0212->

6567(18)30358-5

24. Rosas Roa, AC. Apoyo en los programas de promoción y prevención mediante el desarrollo de estrategias de atención, seguimiento y educación para la salud basadas en la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud con el fin de mejorar las cober. (Tesis). Universidad Autonoma De Bucaramanga; 2019. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/13026/2019_Tesis_Angie_Camila_Rosas_Roa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Ángel M, Valdés S, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras Non Transmissible Chronic Diseases: Current Magnitude and Future Trends. 2018;140–8.
26. Ruiz RB. La complejidad de la educación al paciente crónico en la Atención Primaria The Complexity of the Education of Patients with a Chronic Condition in Primary Care Services. Rev Finlay. 2012;2(3):146–57.
27. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. J negat no posit results. 2020;5(1):81–90.
28. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med. 2020;20(2):490–504.
29. Perspectives C, Care H, Psychology H. Perspectivas integrales de atención en salud: el lugar de la Psicología de la Salud. 2020;
30. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau J, Acebo Figueroa F, González Hernández Y, Abreu León E, Vega Rico O. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroe del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013 TT - Integral educative intervention in arterial hypertension. Polyclinic Heroes del Moncada. Cardenas Municipality, 2013. Rev medica electron. 2014;36(2):171–80. <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/ano 2014/vol2 2014/tema06.htm>
31. Villalobos CP, Villalobos-Ríos M, et al. Diabéticos EN, Tres DE, De C, De Atención S, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo Facultad De Medicina Escuela De Medicina Humana Características De La Adherencia Farmacológica. 2019. http://54.165.197.99/bitstream/usat/1667/1/TL_VillalobosCarlosPercy_VillalobosR

iosMargarita.pdf

32. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la Salud: la importancia del concepto. Rev Educ y Desarro. 2004;1(6):43–8.
http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
33. Soria R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción Médico-Paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Physician-Patient Interaction and Its Relation To Control of Suffering in Chronically Ill. Liberabit. 2011;17(2):223–30.