

**FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA: “RIESGO CARDIOVASCULAR” DE LA
IPS COOMULTRASAN**

VIVIANA ANDREA VARGAS DELGADO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2013

**FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA: “RIESGO CARDIOVASCULAR” DE LA
IPS COOMULTRASAN**

VIVIANA ANDREA VARGAS DELGADO

Trabajo para optar al título de Trabajadora Social

Directora:

RUTH ZÁRATE RUEDA

Magíster en Evaluación de la Educación

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

BUCARAMANGA

2013

Dedicatoria

A Matías Alejandro, mi vida entera, a mi madre mi fortaleza, a mi tía gloria por su apoyo incondicional y a mis abuelos quien debo lo que soy, para toda mi familia este éxito.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. REFERENTES QUE SUSTENTAN LA PRÁCTICA PROFESIONAL	18
1.1 ESTADO DEL ARTE: RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV).	19
1.1.1 Metodología del Estado del Arte	20
1.1.2 Análisis sobre el tema de RCV	29
1.2 EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) Y LA SALUD PÚBLICA	34
1.2.1 Factores de Riesgo Cardiovascular	37
1.3 LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS	40
1.4 NORMAS QUE ORIENTAN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS RCV.	43
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	46
3. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN	51
3.1 IPS COOMULTRASAN	51
3.1.1 Plataforma Estratégica	52
3.1.2 Valores Corporativos	53
3.1.3 Productos o Servicios	55
3.1.4 Estructura Organizativa	57
3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS:	59
4. LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA IPS COOMULTRASAN	67
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	67
4.2. DIAGNÓSTICO DE LA IPS COOMULTRASAN	70
4.3 PLAN DE ACCIÓN	74
4.3.1 Plan Operativo	75

4.3.2 Descripción del proceso de ejecución	78
4.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	89
5. PROPUESTA: PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DESDE UNA PERSPECTIVA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.	93
5.1 JUSTIFICACIÓN	93
5.2 OBJETIVO	94
5.2.1 Objetivo general	94
5.2.2 Objetivos Específicos	94
6. CONCLUSIONES	98
7. RECOMENDACIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	103
ANEXOS	109

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama De La Organización	59
Figura 2. Edad	60
Figura 3. Estrato socioeconómico	61
Figura 4. Distribución según sexo	62
Figura 5. Estado civil	63
Figura 6. Escolaridad	64
Figura 7. Situación laboral	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Fase Heurística. Revisión documental	22
Tabla 2. Fases de la Salud Pública	35
Tabla 3. Edad	60
Tabla 4. Estrato socioeconómico	61
Tabla 5. Distribución según sexo	62
Tabla 6. Estado civil	63
Tabla 7. Escolaridad	64
Tabla 8. Situación laboral	65
Tabla 9. Matriz DOFA	70
Tabla 10. Matriz de Capacidad Interna.	72
Tabla 11. Perfil de Amenazas y Oportunidades del Medio (POAM)	73
Tabla 12. Cruce de Variables	74
Tabla 13. Plan Operativo	75
Tabla 14. Factores de Riesgo Comportamental	82
Tabla 15. Factores de Riesgo Biológico	84
Tabla 16. Estilos de vida saludable	97

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Caracterización social de la población usuaria – Programa Riesgo Cardiovascular	110

RESUMEN

TITULO: FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA: “RIESGO CARDIOVASCULAR” DE LA IPS COOMULTRASAN*

AUTORES: Viviana Andrea Vargas Delgado**

PALABRAS CLAVES: Riesgo Cardiovascular, Estilos de vida saludable, Condiciones Sociodemográfica, Salud pública, IPS COOMULTRASAN.

El trabajo sobre el Fortalecimiento del programa: “Riesgo Cardiovascular” de la IPS COOMULTRASAN, se realizó con los aspectos referentes desde Estudio de Casos sobre el Riesgo Cardiovascular (Estado del Arte) en el ámbito internacional y nacional, asimismo se tiene en cuenta la salud pública y las condiciones sociodemográficas asociadas a los factores de riesgo cardiovascular (RCV); el proceso de práctica se fundamentó en actividades tales como: Caracterización de los usuarios del programa, Matriz DOFA: Capacidad Interna y Perfil de Amenazas y Oportunidades, revisión teórica-conceptual y legal que envuelve la práctica profesional, análisis de los factores de riesgo cardiovascular desde el aspecto comportamental y análisis de las condiciones de RCV en los usuarios de la IPS COOMULTRASAN, lo que permitió describir y analizar los factores de riesgo en su contexto natural, con el fin de mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

La IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, con el fin de encontrar alternativas que permitan enfrentar el riesgo de las epidemias silenciosas, como la obesidad, la hipertensión arterial y las dislipidemias, brinda programas de prevención y promoción orientados a mantener el estado de salud de los usuarios, a detectar en forma temprana las enfermedades y a prevenir sus complicaciones; a través de la promoción de estilos de vida saludable en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo. En éste sentido ofrece el programa de RCV con actividades asistenciales y educativas para disminuir y evitar la aparición de complicaciones de usuarios con hipertensión arterial, diabetes o dislipidemias; asimismo, brinda la educación sobre los riesgos y a forma de manejarlos, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, Director: Ruth Zárate Rueda

SUMMARY

TITLE: STRENGTHENING PROGRAM: "CARDIOVASCULAR RISK" IPS OF COOMULTRASAN*

AUTHORS: Viviana Andrea Vargas Delgado**

KEYWORDS: Cardiovascular Risk, Healthy Lifestyles, Sociodemographic Conditions, Public Health, IPS COOMULTRASAN.

Work on the Strengthening of the program: "Cardiovascular Risk" of the IPS COOMULTRASAN, was performed from aspects concerning Case Study on Cardiovascular Risk (State of Art) in the international and national levels, also taking into account the health public and sociodemographic factors associated with cardiovascular risk (CVR), the practical process was based on activities such as: Characterization of program users, SWOT Matrix: Capacity Internal Threats and Opportunities Profile, theoretical-conceptual review legal and professional practice involves, analysis of cardiovascular risk factors from the behavioral aspect and analysis of the conditions of CVR users COOMULTRASAN IPS, which allowed to describe and analyze the risk factors in their natural context, with in order to improve the living conditions of patients.

The IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, in order to find alternatives to face the risk of silent epidemics, such as obesity, hypertension and dyslipidemia, provides prevention and promotion programs aimed at maintaining the health of the users, detect early disease and prevent its complications through the promotion of healthy lifestyles on users and their families, education and action on risk factors. In this sense RCV program offers care and educational activities to reduce and prevent the occurrence of complications of users with hypertension, diabetes or dyslipidemia; also provides education about the risks and how to handle them, in order to contribute to improving the quality of life.

* Work Degree

** Faculty of Human Sciences, School of Social Work, Director: Martha Ligia Peña

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida y los patrones de conducta personal parecen ser los principales factores determinantes de las enfermedades cardiovasculares en la morbilidad, discapacidad y mortalidad. Estos factores de riesgo participan directamente en la cadena de la enfermedad, sirven como predictores y su intervención modifica el estado de salud de las personas. En Colombia, el porcentaje de mortalidad por enfermedades del 28%, es responsable del 12,7 de los años de vida saludables perdidos (AVISA), es la segunda causa generadora de carga de enfermedad y estas cifras se acentúan en personas mayores de 60 años¹.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Enfermedad Cardiovascular, en adelante (ECV) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de muertes al año. La ECV es responsable de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebro-vasculares, de los cuales entre el 40-70 % son fatales en países desarrollados. Se estima que este problema es mucho mayor en países en vía de desarrollo y se considera que millones de personas padecen los factores de riesgo que no son comúnmente diagnosticados, tales como hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, hiperlipidemias y dieta inadecuada².

Según el Observatorio de Salud Pública de Santander, de un total de 9.620 fallecimientos en el departamento, 3.161 muertes fueron debido a las enfermedades cardiovasculares, 1.482 por neoplasias o tumores y 1.172 por accidentes, homicidios y suicidios. Asimismo, se revela que Bucaramanga es el

¹GALVAN CÁHILA, Diana Marcela. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas de Origen Cardiovascular en Uniformados de la Policía Nacional de Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009. P. 16.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud: reporte 2002 "reducir los riesgos y llevar una vida sana". Geneva, Switzerland: WHO; 2002. P. 158.

municipio que presenta más decesos por enfermedades cardiovasculares, con 955 casos, seguido por Floridablanca con 339 fallecimientos por esta misma causa, Barrancabermeja con 270 y Piedecuesta con un total de 146 casos³.

Por otro lado, si de edades se trata, la población mayor de 45 años es la que presenta el más alto número de defunciones principalmente por enfermedades isquémicas del corazón y afecciones cerebro vasculares. En Santander tanto los hombres como las mujeres con más de 45 años de edad tienen una marcada tendencia a morir por afecciones cardiacas, son los varones quienes más pierden la vida por esta causa⁴.

La identificación de los factores de riesgo y su intervención es efectiva, la modificación de los mismos, son esenciales para la prevención de la enfermedad coronaria en individuos asintomáticos (prevención primaria), y prevenir la recurrencia en personas con enfermedad establecida (prevención secundaria). De ahí, que instituciones de salud promueven programas de riesgo cardiovascular, con el fin de encontrar alternativas que permitan enfrentar el riesgo de las epidemias silenciosas, como la obesidad, la hipertensión arterial y las dislipidemias, como una necesidad impostergable que requiere de su fortalecimiento e impulso para mejorar la calidad de vida de las personas. Se entiende por Riesgo Cardiovascular (RCV) como la probabilidad de desarrollar una ECV (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica) en un período de tiempo definido, por característica biológica o comportamiento de vida inadecuados.

La IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, a partir de ésta realidad, brinda programas de prevención y promoción orientados a mantener el estado de salud de los usuarios, a detectar en forma temprana las enfermedades y a prevenir sus

³ MARTÍNEZ, Erika Juliana. Santandereanos mueren más por enfermedades del corazón y tumores. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. 13 de Junio de 2012.

⁴ Ibíd.

complicaciones; a través de la promoción de estilos de vida saludable en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo. En éste sentido ofrece el programa de RCV con actividades asistenciales y educativas para disminuir y evitar la aparición de complicaciones de usuarios con hipertensión arterial, diabetes o dislipidemias; asimismo, brinda la educación sobre los riesgos y a forma de manejarlos, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida.

Para avanzar en acciones estratégicas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios inscritos en el programa de RCV, se hace necesario determinar las fortalezas y debilidades que presenta la IPS en la prestación de los servicios de salud encaminados al fortalecimiento de los programas educativos. De esta manera, la estudiante de práctica en Trabajo Social desarrolló un plan operativo para el fortalecimiento del programa: “Riesgo Cardiovascular” de la IPS COOMULTRASAN, y una caracterización sociodemográfica de los usuarios a partir del uso de herramientas que permitan la identificación de las condiciones sociales y económicas influyentes en el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Como resultado se espera elaborar una propuesta encaminada al establecimiento de un Programa de Estilos de Vida Saludable desde una perspectiva de responsabilidad social, en PRO del mejoramiento de la calidad de vida de las personas y sus familias.

Es así, como la Trabajadora Social en el área de la salud, trabajará con un equipo interdisciplinario con el fin de conocer las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y administración, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones.

El presente documento consta de siete capítulos, estructurados de la siguiente manera: el primero, describe los referentes teórico- conceptuales relacionados con la Salud Pública, la cual se tiene en cuenta, pues los programas de promoción y prevención de enfermedades se rigen por herramientas estratégicas que buscan el avance de los sistemas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Asimismo, se enmarca los riesgos cardiovasculares y la influencia de las condiciones sociodemográficas en dichos riesgos y se orienta el marco legal frente a la intervención de los programas promoción y prevención de riesgos cardiovasculares.

El segundo, expone la contextualización de la experiencia acerca de la problemática de las enfermedades cardiovasculares y los diferentes programas de promoción y prevención “casos exitosos” a nivel internacional y nacional, y por último la experiencia dentro de la IPS Coomultrasan.

El tercero, hace referencia a la caracterización de la IPS Coomultrasan (historia, organización estructural, organigrama, servicios que presta, plataforma estratégica, valores corporativos, productos y servicios, y caracterización sociodemográfica de los usuarios).

El cuarto, relata la experiencia de la práctica profesional realizada en el año 2008. En este apartado se realiza el planteamiento del problema, el diagnóstico interno de la IPS, el plan de acción, el plan operativo y la evaluación de la práctica profesional.

El quinto, se describe el diseño del programa de estilos de vida saludable, con el fin de implementar un programa que contribuya a la disminución de los niveles de riesgo cardiovascular dentro de la IPS COOMULTRASAN: (Este programa garantiza: 1. la utilización adecuada de los servicios, mejore los niveles de enfermedad, y 2. incremente estilos de vida saludables entre la población

beneficiaria. En los capítulos seis y siete, se incluyen las conclusiones y recomendaciones que desde la óptica del profesional en Trabajo Social son necesarias para el proceso optimización del programa de la IPS.

Por último, como alcances se logró fortalecer el reconocimiento existente acerca de la importancia de la profesión en los campos de acción. Específicamente en el área de Salud, se encontró que la labor profesional generó un impacto positivo en los Trabajadores-de la IPS y los usuarios del programa, evidenciado en las actitudes y comportamientos de los mismos frente a las diversas temáticas y actividades realizadas, y se recomienda a la empresa seguir con el desarrollo de actividades en pro del bienestar de los usuarios y sus familias, con el fin de mejorar la calidad de vida de éstos.

1. REFERENTES QUE SUSTENTAN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

*“La salud es la unidad que da valor a todos los ceros de la vida”
Bernard Le Bouvier de Fontenelle*

El derecho a la salud representa un indicador de importancia en el desarrollo social y económico de un país. Por ello, diferentes Estados asumen un rol protector en la consolidación de programas estratégicos y preventivos que permitan alcanzar logros en el avance de los sistemas de salud, permitiendo que se identifiquen oportunidades para mejorar su calidad en la atención a la población y asimismo, ampliar la cobertura e investigación frente a las enfermedades que afectan las condiciones de vida de las personas.

Es por ello, que los programas preventivos y de promoción se orientan conforme a nuevas herramientas de la salud pública en la detección de las enfermedades desde su proceso natural, con el fin de proponer alternativas de solución y evitar índices altos de mortalidad. Sin embargo, se hace necesario seguir con acciones concretas desde el campo de la investigación científica que reduzcan los factores de riesgo de los problemas de salud.

Estas posibilidades de intervención requieren de la participación de equipos interdisciplinarios que fomenten técnicas integrales de educación para que los pacientes asuman roles de responsabilidad frente a su salud y los riesgos posibles a tener. De igual manera, el fortalecimiento en la identificación de los diferentes tratamientos, la inclusión de la familia en el proceso de intervención de una persona y el seguimiento constante de la enfermedad y de los impactos ya sean positivos o negativos de los tratamientos farmacéuticos.

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública mundial; hoy en día constituyen la primera causa de enfermedad y muerte en el mundo occidental y continuarán avanzando en los países en vías de desarrollo hasta sobrepasar las enfermedades infecciosas. Actualmente, y de acuerdo con la Federación Mundial del Corazón, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad en casi dos terceras partes de la población mundial⁵.

Esta situación, ubica a la salud pública como la forma de articular los esfuerzos de los sectores público y privado y de la sociedad, para incidir en los determinantes y condicionantes que afectan la salud de las comunidades e individuos, bajo los principios de equidad, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Con el objeto de lograr la acción intersectorial integrada para la reducción de los eventos de la enfermedad cardiovascular y muerte atribuida a la falta de tratamiento en las personas.

1.1 ESTADO DEL ARTE: RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV).

Se ha descrito el estado del arte como una herramienta que permite al investigador ahondar en un área o fenómeno y establecer relaciones entre los conceptos; Myriam Willes⁶, refiere la finalidad y la importancia de los estados del arte dependiendo del contexto en que es utilizado, por lo anterior, cobra gran trascendencia en la práctica y en la teoría debido a que a través de su aplicación y orientación es posible ahondar en diferentes campos.

⁵ SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Riesgo Cardiovascular. México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2008. P. 9.

⁶ HENAO WILLES, Myriam, Los sentidos del estado del arte en la investigación. Texto elaborado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Junio 29. 2001.

De esta manera, la riqueza de un estado del arte radica en la posibilidad de establecer las relaciones de práctica y teoría; razón por la cual el investigador está llamado a articular y establecer el dialogo en estas dos categorías. Los resultados de este tipo de análisis serían entre otros, el contar con un acervo teórico y metodológico organizado y jerarquizado de manera que se puedan determinar las constantes, las inconsistencias, las tendencias, y los posibles núcleos problemáticos de interés tanto científico como social sobre los cuales se deben encaminar los nuevos proyectos de investigación. La otra posibilidad que ofrece el estado del arte es que permite visualizar con sentido prospectivo los nuevos campos de investigación⁷.

Siendo una de las primeras etapas que debe desarrollarse dentro de una investigación, puesto que su elaboración consiste en “ir tras las huellas” del tema que se pretende investigar, permite determinar cómo ha sido tratado el tema, cómo se encuentra en el momento de realizar la propuesta de investigación y cuáles son las tendencias. Se realizan preguntas tales como: ¿Para qué se hace? ¿Cuál es la intención?

Para realizar un estado del arte se tiene en cuenta dos fases:

1. Fase Heurística
2. Fase Hermenéutica

1.1.1 Metodología del Estado del Arte.

Fase Heurística: se procede a la búsqueda y recopilación de las fuentes de información, que pueden ser de muchas características y diferente naturaleza (bibliografías, anuarios, monografías, artículos, trabajos especiales, documentos

⁷ DOMINGUEZ MERLANO, Eulises. Estado del Arte sobre Investigación en Educación de Niños Menores de Siete Años en el Departamento del Magdalena. Barranquilla. Universidad del Norte. [artículo en Internet]. <http://www.uninorte.edu.co/divisiones/iese/lumen/ediciones/1/articulo5.html> [Consulta: 3 de Agosto de 2012].

oficiales o privados, testamentos, actas, cartas, diarios, investigaciones aplicadas, filmaciones, audiovisuales, grabaciones, multimedios)⁸.

1er.Paso. Saber sobre qué tema específico se elaborará el estado del arte.

2do.Paso. Identificar *Descriptor*es de búsqueda, que generalmente son los conceptos clave de la investigación, aunque pueden evolucionar conforme se avanza en el proceso de clarificación temática y del enfoque.

3er.Paso. Buscar investigaciones y generalmente se hacen en cuatro espacios principalmente: memorias de congresos, revistas especializadas en el área de interés, base de datos electrónicos y tesis.

4er.Paso Elaborar un listado con los documentos seleccionados para ser incorporados al estado del arte. Esta labor puede ser más fácil si se organiza la información en una tabla con cuatro columnas: año, lugar, autor, concepto clave.

Fase Hermenéutica: durante esta fase cada una de las fuentes investigadas se leerá, se analizará, se interpretará y se clasificará de acuerdo con su importancia dentro del trabajo de investigación⁹.

5to.Paso. LECTURA de los textos seleccionados.

6to.Paso. Descripción breve, en una redacción clara, cada una de las investigaciones revisadas. Sin olvidar los cuatro elementos que se detallaron más arriba.

⁸ SALDÚA HURTADO, Sofía y RUIZ RINCÓN, Judith. Estado del Arte Investigación en Comunicación. [artículo en Internet]. <http://formandoinvestigadores-gft.blogspot.com/2011/01/estado-del-arte.html> [Consulta: 7 de marzo de 2013].

⁹ *Ibíd.*

Tabla 1 Fase Heurística. Revisión documental

ANO	LUGAR	AUTOR	CONCEPTO SOBRE RCV
2004	Bogotá	Alcaldía Mayor de Bogotá	Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo. Esto va a depender de que se tengan uno o más factores que predisponen a padecer estas enfermedades. Para los fines de este estudio, se indagó sobre factores de riesgo de comportamiento (consumo de tabaco, consumo de alcohol e inactividad física en el tiempo libre), y de riesgo biológicos (presencia de sobrepeso u obesidad, cifras de presión arterial elevadas e hipercolesterolemia).
2004	España	José Francisco Cuevas Fernández	El riesgo cardiovascular es la probabilidad de presentar cierto evento cardiovascular a lo largo de determinado periodo de tiempo en una población determinada. Por lo tanto cuando se habla de riesgo hay que identificar 3 conceptos. En primer lugar hay que establecer qué tipo de evento se valora; es decir, mortalidad cardiovascular. En segundo lugar hay que establecer el horizonte temporal de la predicción. Y en tercer lugar hay que tener presente la población a la que es aplicable la predicción.
2009	Antioquia	Fredy Alonso Patiño Villada y Otros.	Indica la probabilidad a 10 años de padecer una de las formas de la Enfermedades cardiovasculares y permite estratificar a la población en grupos de riesgo, facilitando la optimización y priorización de las intervenciones. La participación del farmacéutico en el control de los pacientes con factores de riesgo es necesario para generar beneficios para la salud, en especial con su contribución a la estructuración de programas tendientes a que la población general adopte hábitos y estilo de vida saludables.
2009	México	P. Cerero y Otros.	El Riesgo Cardiovascular global define la probabilidad de padecer en un periodo de 10 años un evento cardiovascular (infarto del miocardio, angina de pecho, muerte coronaria). Contribuye a determinar índices de morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas.
2009	Bogotá	Diana María Sepúlveda Flórez	Es la probabilidad que tiene un individuo de contraer una enfermedad de contraer una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años, basado en el número de factores de basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo (riesgo cualitativo) o teniendo en cuenta la (riesgo cualitativo) o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos (riesgo cuantitativo).

ANO	LUGAR	AUTOR	CONCEPTO SOBRE RCV
2007 - 2012	México	Secretaria de Salud Municipal	Condición o característica de un individuo o población que está presente en forma temprana en la vida y se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar una enfermedad futura. Puede ser un comportamiento o hábito (fumar, sedentarismo), un rasgo hereditario (historia familiar), una variable paraclínica (nivel sérico elevado de colesterol).
2012	Habana - Cuba	Yelany Lima Rabelo	Los factores de riesgo son aquellos signos biológicos o hábitos adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una enfermedad concreta. Las características principales de un factor de riesgo /FR/ son: <ul style="list-style-type: none"> • relación independiente y cuantitativa con la enfermedad. • existencia de un mecanismo causal que explique la asociación. • la eliminación o reducción del factor resulta en una regresión del proceso y de sus consecuencias clínicas.
2013	Habana - Cuba	Julio Cesar Candelario Brito y Otros.	Factores que aumentan la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio o un ictus cerebral. Los 5 de mayor prevalencia son: hipertensión, colesterol alto, diabetes, obesidad y tabaquismo.
2013	España	Roberto Elosua y Alberto Morales Salinas	Se tratan de características biológicas y ciertos hábitos de vida que aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares en aquellas personas que las presentan en comparación con las que no las tienen. El paradigma de la evaluación del Riesgo Cardiovascular se basa en la mirada simultánea de todos los Factores de Riesgo con el objeto de categorizar la probabilidad futura de eventos.

Fuente: Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2013.

Fase Hermenéutica.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen, junto con el cáncer, la primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados. En la actualidad, se producen anualmente en España más de 125.000 muertes y más de 5 millones de estancias hospitalarias por ECV, como la primera causa de

muerte y hospitalización en la población española. Un conjunto de factores de riesgo relacionados con las ECV han sido señalados como la edad, el sexo masculino y la historia familiar, la dislipemia (colesterol elevado, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad [cHDL] disminuido), la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes, la inactividad física y el hábito de fumar tabaco afectando gravemente la calidad de vida de las personas¹⁰.

De ahí, que la calidad de vida siendo el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social, se realiza en el año 2004 un estudio sobre la **“Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes”**¹¹ con el objeto de conocer la relación existente entre la percepción que tienen los pacientes hipertensos de la Comunidad Autónoma de Canarias de su calidad de vida y las variables relacionadas con su enfermedad y atención sanitaria, la concurrencia de otros factores de riesgo cardiovascular o con determinantes sociodemográficos. La investigación identificó La dimensión social de la calidad de vida es influida en mayor grado por la existencia de apoyo familiar y social, tanto en la capacidad de funcionamiento social como en el bienestar social. La aparición de eventos adversos como la falta de relaciones sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, y la ausencia de actividad física en los pacientes afecta de forma inversa la calidad de vida y multiplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Teniendo en cuenta que la edad y el sexo son factores no modificables, y que las posibilidades de actuar sobre la aparición de factores de riesgo son muy limitadas, el ejercicio físico se muestra como el factor especialmente susceptible para

¹⁰ GUTIERREZ FUENTES, J.A. y Otros. Drece 1990 – 2010: Estudios Biomédicos. Madrid: Instituto Drece. 2011. P. 2

¹¹ CUEVAS FERNÁNDEZ, Francisco José. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes. España: Universidad de la Laguna. Soportes Audiovisuales. 2004.

realizar intervenciones en el ámbito de la atención temprana en las ECV. La recomendación del ejercicio físico regular, como modificación del estilo de vida hacia hábitos cardiosaludables, constituye un instrumento, no sólo para el control de las cifras tensionales, sino también para mejorar el bienestar en la dimensión física de la calidad de vida.

Se presentan dos ejemplos de la promoción de estilos de vida saludable en pacientes con ECV: el primero, es la investigación **“Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México”**¹², la cual se encaminó a evaluar las variables del estilo de vida, sociodemográficas, antropométricas y antecedentes familiares en trabajadores universitarios del Estado de México, a fin de determinar que en la actualidad, el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables.

Los resultados del estudio muestran el papel preponderante que tiene la actividad física como un factor del estilo de vida asociado con menor RCV. De igual modo, sugieren mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares en los trabajadores universitarios con sobrepeso, obesidad o riesgo de infarto del miocardio en comparación con aquéllos con peso normal.

¹² CERECERO, Patricia y Otros. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México. México: Salud Pública. 2009

El segundo ejemplo, es el estudio realizado en la Habana – Cuba (2012), llamado **“Sobrepeso en adolescentes y su relación con algunos factores sociodemográficos”**¹³, que tiene como objetivo principal determinar la relación del sobrepeso con algunos factores sociodemográficos y estilos de vida saludables. El trabajo se realizó desde una investigación descriptiva, la cual muestra la identificación del nivel socioeconómico como un aspecto importante que influye en la aparición de factores de riesgo cardiovascular, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Se considera que la condición socioeconómica es la clave de los determinantes de la salud. Existen varios indicadores para evaluar la posición socioeconómica en la infancia. Los más comúnmente utilizados son: la ocupación, la escolaridad de los padres y el ingreso familiar. El nivel de escolaridad es considerado como un marcador estable en el decursar de la vida, y muchos investigadores consideran el papel del nivel educacional de los padres en el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular en los niños, ya que se relaciona con los conocimientos y normas que se incorporan a la familia.

La salud es un concepto amplio condicionado por numerosos factores: biológicos, sociales, culturales, económicos, etc. Las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad, la discriminación, la falta de higiene en los primeros años de vida, la mala calidad de la vivienda y la escasa cualificación laboral constituyen factores determinantes de gran parte de las desigualdades sociales que existen entre países y dentro de ellos mismos.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que los habitantes de países de recursos económicos bajos y medianos, corren mayores probabilidades de presentar ECV y otras enfermedades no transmisibles, ya que

¹³ LIMA RABELO, Yelany. Sobrepeso en adolescentes y su relación con algunos factores sociodemográficos. Habana – Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012.

tienen un menor acceso a servicios de asistencia sanitaria eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades (en particular, los servicios de detección temprana). Por esta razón, muchas personas y en sí muchos jóvenes mueren cada día, siendo esta la población con mayor oportunidad de elevar los factores económicos de la familia y por ende, del país (población productiva)¹⁴.

Estudios realizados sobre la relación entre las enfermedades y las condiciones sociodemográficas muestran una realidad similar en casi todos los países: las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico y las áreas con mayor privación material presentan peores indicadores de salud. En México, las ECV alcanzaron un total de 78,857 defunciones, lo que corresponde al 17.4% del total de fallecimientos registrados durante el año 2006. Por esta razón nace el **“Programa de acción específico 2007 – 2012: Riesgo cardiovascular”**¹⁵, con el fin de fomentar una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud, dentro de la cual se incluyen el consumo de alimentos con adecuados valores nutrimentales, la promoción de la actividad física, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, asimismo, se ejecutan indicadores específicos de evaluación y mejora continua del Programa en los distintos niveles e instituciones del Sector Salud.

En España, las enfermedades cardiovasculares causaron 120.053 muertes en 2009 (el 31,2% del total de muertes) y la enfermedad isquémica del corazón continúa siendo la principal causa individual de muerte (el 9,3% del total de muertes), seguida de las enfermedades cerebrovasculares, con el 8,1% y ocasionan gran morbilidad. Esta situación se refleja en el estudio **“Determinación del riesgo cardiovascular total. Caracterización, modelización y objetivos de**

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: Nota descriptiva (Marzo de 2013).

¹⁵ Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007 – 2012: Riesgo cardiovascular. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2008.

la prevención según el contexto sociogeográfico¹⁶". Este trabajo se realizó con el fin de evitar o reducir la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular y de la enfermedad actuando sobre los estilos de vida y el entorno ambiental y social de la población. De igual manera, evitar o retrasar la aparición de complicaciones y recidivas de la enfermedad mediante tratamientos farmacológicos, invasivos o estilos de vida que se hayan demostrado eficaces.

En Cuba, las ECV representan la primera causa de muerte desde al menos 1970, cuando comenzaron las series cronológicas de mortalidad ajustada por edad. En 2008, este grupo de enfermedades fue causa del 42% de las muertes. En el artículo **"Estimación del riesgo cardiovascular global en pacientes con diabetes mellitus¹⁷"** los autores resaltan la importancia de tener en cuenta para la prevención de las ECV, la estimación del riesgo cardiovascular global por medio de tres (3) objetivos clínicos fundamentales:

- Identificar pacientes de alto riesgo que precisan atención e intervención inmediata.
- Motivar a los afectados para que sigan el tratamiento y así reducir riesgo.
- Modificar la intensidad de la reducción de riesgo sobre la base del riesgo global estimado.

Por lo general, aunque el tratamiento individualizado de personas propensas a un padecimiento cardiovascular se ha fundamentado en la evaluación de las condiciones predisponentes a ello, su estimación global permite determinar y priorizar las necesidades terapéuticas de cada paciente, sin basarse en un solo factor de riesgo moderadamente elevado.

¹⁶ ELOUSA, Roberto y MORALES SALINAS, Alberto. Determinación del riesgo cardiovascular total. Caracterización, modelización y objetivos de la prevención según el contexto sociogeográfico. España: Sociedad Española de Cardiología. 2013.

¹⁷ CANDELARIO BRITO, Julio Cesar y Otros. Estimación del riesgo cardiovascular global en pacientes con diabetes mellitus. Cuba: Medisan (17). 2013.

En el ámbito nacional, Colombia desde el 2004 hasta el 2011, las cifras sobre la mortalidad prematura por ECV dan un número de 1.215 personas menores de 65 años de edad correspondientes al 23,15% del total de fallecimientos por Enfermedades Isquémica Cardíaca y Cerebrovascular. Esta situación llevó a realizar investigaciones orientadas a establecer estrategias de atención resolutive con intervenciones comunitarias y la promoción de estilos de vida saludable, estas son algunas de las más importantes: **Boletín Epidemiológico Distrital**¹⁸ (2004), que tiene como objetivo determinar la prevalencia y características sociodemográficas asociadas a los factores de riesgo en población entre los 15 y 69 años de la localidad de Santa Fe; **Riesgo Cardiovascular y Actividad Física**¹⁹ (2009), la cual determinó la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y las características de la práctica de la actividad física en la población urbana entre 25 y 50 años del municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia; y **Distribución de las Variables Sociodemográficas de Pacientes Hipertensos con y sin Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del Segmento ST**²⁰ (2009), este estudio muestra que los diferentes factores de riesgo de tipo metabólico (colesterol, triglicéridos, glucosa), los factores de riesgo cultural y genéticos como son los antecedentes familiares y la obesidad revelan una gran proporción en la población estudiada y que en el grupo de los casos esta proporción alcanza mayores niveles, especialmente en mujeres.

1.1.2 Análisis sobre el tema de RCV. La Organización Mundial de la Salud destaca las profundas transformaciones demográficas que ha sufrido la población al transcurrir el tiempo. Actualmente se está viviendo un proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, se evidencia una

¹⁸ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Boletín Epidemiológico Distrital. Bogotá: Secretaria de Salud. 2004.

¹⁹ PATIÑO VILLADA, Fredy Alonso y Otros. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y características de la práctica de la actividad física en la población entre 25 y 50 años de la zona urbana del municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, 2009. ISBN: 978-958-98985-9-8

²⁰ SEPULVEDA FLORES, Diana María. Distribución De Las Variables Sociodemográficas De Pacientes Hipertensos Con Y Sin Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación Del Segmento ST. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Básicas. 2009.

disminución del porcentaje de jóvenes y un aumento de las personas de edad adulta. Este incremento de los adultos mayores (7,5 veces en el Siglo XX) se relaciona con la baja de la fecundidad, la disminución de la mortalidad materna e infantil, la baja sostenida de la mortalidad y al aumento de la expectativa de vida de 77,4 años para el año 2011 en ambos sexos²¹.

Simultáneamente a dicha transición demográfica, se observan innovaciones en aspectos epidemiológicos caracterizados por cambios en las causas de morbilidad y mortalidad por sexo y edades, influenciados por los avances de la ciencia y medicina, el descubrimiento y mejoramiento de los medicamentos, entre otros.

El cambio en la economía, las innovaciones tecnológicas, las transformaciones culturales y los nuevos estilos de vida influenciados por el proceso de globalización han establecido una variación en los hábitos de la humanidad, generando el desarrollo de factores determinantes en enfermedades que afectan la calidad de vida, entre las que se destacan el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas (SPA) y alcohol, el aumento de la obesidad, los horarios extensos laborales y la falta de actividad física, tienen una alta influencia en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Para hacer procesos de promoción y prevención de las ECV, se hace necesario conocer la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular en las personas de cada población, ya que las diferentes condiciones entre países, las cuales se refieren a los aspectos socioeconómicos y culturales, los estilos de vida y las desigualdades, influyendo en las medidas de prevención y control. Se visualiza de forma general el tema de riesgo cardiovascular.

²¹ UNIVERSIDAD DE MAGALLANES. Evaluación De Riesgo Cardiovascular En Adolescentes De Segundo Y Tercer Año De Enseñanza Media De Establecimientos Educativos. Chile. Facultad de ciencias sociales y de salud

A nivel mundial, las Enfermedades Cardiovasculares constituyen un problema de salud pública relevante, ya que son causa frecuente de morbilidad y mortalidad, consumiendo importantes recursos económicos. En Estados Unidos causan cerca de 6.2 millones de hospitalizaciones anuales y son responsables de 925.000 muertes cada año, constituyendo un gasto anual de 329,2 millones de dólares²².

En Chile, una de cada tres defunciones ocurre por causa Cardiovascular, con una tasa de mortalidad de 144,0 por 100.000 habitantes²³.

España forma parte, junto con Francia, Suiza e Italia, del grupo de naciones europeas con menor riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular, aunque eso no implica que se encuentren fuera del rango de peligro. De hecho, según los últimos datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2011, en nuestro país mueren anualmente 120.690 personas por enfermedades cardiovasculares, lo que supone un 32,5% del total de defunciones²⁴. En Argentina, las enfermedades cardiovasculares causan el 32 por ciento de las muertes y son la causa del 16 por ciento de los años de vida perdidos, siendo los factores de riesgo que más impactan la hipertensión arterial, el sobrepeso, el alcohol, el tabaco, el colesterol elevado, la ingesta inadecuada de frutas y verduras y la inactividad física²⁵.

En la primera jornada de enfermedades cardiovasculares que se realizó en Buenos Aires – Argentina, la secretaria de prevención y control de riesgos, Marina Kosacoff afirma: “Abordar la atención de las Enfermedades Crónicas No

²² HIGASHIDA HIROSE, Berta Y. Ciencias de la Salud. Tercera Edición. México, McGraw-Hill/Interamerica Editores, S.A. 2006.

²³ MINISTERIO DE SALUD, Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, Santiago, año 2008.

²⁴ FEDERACION MUNDIAL DEL CORAZÓN. Enfermedades cardiovasculares: una pandemia a nivel mundial. España. 2011.

²⁵ Ibíd.

Transmisibles (ECNT) es el compromiso que adoptamos recientemente ante la cumbre de las Naciones Unidas, porque todas ellas y en específico las cardiovasculares son una de las principales causas de morbi-mortalidad en nuestro país y en el mundo”. Asimismo resalta “la conformación de centros de atención capacitados para poder atender estas patologías, la generación de un registro mundial y nacional de casos y la creación de unidades de vigilancia son ejes fundamentales para mejorar la calidad de atención sanitaria a lo largo y a lo ancho del mundo”²⁶.

A nivel nacional, las guías Colombianas de Síndrome Coronario Agudo que presenta la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular cobran especial importancia si tenemos en cuenta que en Colombia, según el Informe sobre la Situación de la Salud en Colombia 2011 del Ministerio de la Protección Social, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o por cánceres combinados²⁷.

El envejecimiento de la población, la epidemia de la obesidad, la falta de implementación de las estrategias de prevención, el control de los factores de riesgo, y la falta de conciencia sobre el problema son factores que pueden empeorar esta situación. El coordinador del comité de prevención y rehabilitación de la sociedad colombiana de cardiología, Juan Manuel Sarmiento comenta:

“Desafortunadamente la enfermedad cardiovascular es la primera causa de morbi-mortalidad, ósea de enfermedad y muerte a nivel nacional. Hay factores como el tabaquismo, el sedentarismo, el incremento en forma importantísima del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, factores que van

²⁶ SECRETARÍA DE COMUNICACIÓN PÚBLICA. Registrarán enfermedades cardiovasculares e infartos. Argentina. Informe de Prensa. Ala de prensa. 2012.

²⁷ CALDERÓN HERRERA, Jaime. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia. Colombia. Revista el Espectador. 2011. Edición online: [<http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo128311-enfermedad-cardiovascular-principal-causa-de-muerte-Colombia> //].

sumando poco a poco para que nuestra población desencadene una enfermedad cardiovascular, es así como las enfermedades cardiovasculares se presentan con más frecuencia en hombres mayores de 45 años y mujeres de más de 65, sin embargo hemos observado con preocupación que cada vez más personas de 30 ó 35 años, tanto hombres como mujeres con problemas ya de enfermedades coronarias²⁸

En la IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, el 20 por ciento de los 2.286.000 de sus afiliados son diabéticos (96.164) y/o sufren de hipertensión arterial (359.136). Este grupo de afiliados tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, principalmente si no modifican sus hábitos de vida como el sedentarismo, tabaquismo y la disminución de actividad física.

Por su parte, la enfermedad cerebro cardiovascular (que desencadena en trombosis, hemorragias e infartos cerebrales) es la primera causa de muerte y enfermedad en países como Colombia, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas. Según el Ministerio de Salud y la Protección Social, la hipertensión arterial afecta actualmente alrededor del 20% de la población adulta en la mayoría de los países, generando un gran número de consultas y Hospitalizaciones²⁹

Los logros de la aplicación de este modelo son evidentes y han permitido clasificar pacientes de acuerdo al riesgo de desarrollar enfermedades cardiocerebrovasculares, lo cual ha permitido identificar 359.136 pacientes hipertensos y 96.164 pacientes diabéticos. Como complemento y dentro de su trabajo de salud a la medida apoya esta labor con jornadas de actividad física, que buscan disminuir el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

²⁸ SARMIENTO, Juan Manuel. Enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Colombia. Colombia. Caracol Radio. 2008. [Artículo en línea] <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/enfermedades-cardiovasculares-son-la-principal-causa-de-muerte-en-Colombia/20080926/nota/678951.aspx>

²⁹ COOMULTRASAN. Coomultrasan avanza en la Gestión del Riesgo Cardiovascular de los Colombianos. Colombia: Junio 2012.

1.2 EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) Y LA SALUD PÚBLICA

La prevención y el control de los riesgos cardiovasculares constituyen un reto relevante para la salud pública, dada la magnitud de los índices de mortalidad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que en torno a 16,7 millones de muertes al año, en todo el mundo, se deben a las enfermedades cardiovasculares en su conjunto. Para la Unión Europea (UE) estas enfermedades suponen, en el año 2005, la principal causa de carga de enfermedad (18,4% del total). En España, la tasa de morbilidad hospitalaria de las enfermedades del sistema circulatorio fue de 1.382 por 100.000 habitantes (1.581 en hombres y 1.192 en mujeres) en el año 2000, suponiendo la tercera causa de años potenciales de vida perdidos, tras las muertes debidas a neoplasias y accidentes, causando algo más de 5 millones³⁰.

En 1920, Winslow definió la salud pública en los siguientes términos:

*"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"*³¹.

La salud pública es el campo de conocimiento que se orienta a los beneficios de la salud de la población y sus formas de intervenirla para mejorarla; es por esto, que tiene en cuenta factores sociales, culturales, psicológicas, políticos y económicos para la atención, promoción, prevención y rehabilitación mediante medicamentos y formación en estilos de vida que ayudan a mejorar las

³⁰ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN. Plan de Salud Cardiovascular. España. Comunidad de Madrid. 2007. P. 17.

³¹ DIEZ VIGIL. José Luis. Evaluación y Análisis del Programa de Detección de Cáncer de Mama y de los Carcinomas de Intervalo en el Distrito Almería entre los años 1995 y 2006. Almería. Universidad de Granada. 2006. P. 5.

condiciones de las personas que sufren de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 2. Fases de la Salud Pública

1830	1870	1930	1974	2000
Comienza un movimiento de Salud Pública en el norte de Europa orientado principalmente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene y al aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros.	Planteamiento más individualista introducido por la teoría microbiológica de la enfermedad y las posibilidades ofrecidas por la inmunización y la vacunación. Se incrementó la participación del Estado mediante el abastecimiento de hospitales y consultorios.	Advenimiento de antibióticos e insulina. Grandes hospitales especializados. En 1970 se critica la era terapéutica por los costos de las nuevas tecnologías y las acciones iatrogénicas.	Con Lalonde en Canadá surge una nueva salud pública basada en los cambios sociales, psicológicos, biológicos y que apunta cada vez más a una salud preventiva. Los problemas de salud se perciben cada vez más como sociales y no individuales, requiriendo Políticas de Salud que desde muchos campos apoyen la promoción de salud.	Se pretende que todas las personas de todos los países puedan tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad en la que vive.

Fuente: Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

La OMS identifica tres metas principales de la salud para todos:

- Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud
- Prevención de las enfermedades prevenibles
- Establecimientos de servicios de rehabilitación y de salud.

De ahí, que la salud pública, describe la necesidad de seguir un continuo proceso de gestión que garantice los procedimientos de diagnóstico e intervención en los programas de prevención del riesgo cardiovascular, en donde se fundamente la adecuada selección de indicadores a considerar en su evaluación, los procedimientos asistenciales a formalizar, el método de implantación y evaluación en áreas de demostración y en la comunidad, así como el desarrollo de las

actividades de educación para la salud, la formación e investigación.

El concepto de salud pública ha ido evolucionando y así mismo, las funciones de los procesos de intervención de las enfermedades, es así como se habla de intervención preventiva primaria, secundaria o terciaria. En primer lugar la Intervención Preventiva Primaria (IPP), es la que se promueve a priori de que la enfermedad aparezca y se encamina a prevenir a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad, mejorando las condiciones sociales y económicas de la población. En segundo lugar, la Intervención Preventiva Secundaria (IPS) que se orienta a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad, y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Y por último, la Intervención Preventiva Terciaria (IPT) es la que se produce a posteriori de la enfermedad y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del cual procede. Ésta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente.

En el caso de las enfermedades cardiovasculares la prevención e intervención de manera adecuada es indispensable, pues este grupo de enfermedades tiene efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas, tales como causa de muertes prematuras y de discapacidad, de igual manera, se convierte en una carga económica para la familia, para el sistema de salud y para la comunidad en general.

Se entiende por enfermedades cardiovasculares como un grupo de afecciones del aparato circulatorio, entre las que se destacan la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva. Las dos primeras constituyen las causas de morbilidad y mortalidad circulatoria más frecuentes y comparten, junto con la enfermedad hipertensiva y la aterosclerosis, factores de riesgo comunes que pueden ser identificados tempranamente y sobre

los cuales se puede intervenir favorablemente, lo que facilita su prevención y control³².

Enfermedades isquémicas del corazón: son las enfermedades que obstruyen el paso de la sangre al corazón y por consiguiente la del oxígeno, generalmente producidas por un coágulo (trombosis). Esta enfermedad se presenta de diferentes formas algunas veces provocando síntomas como el dolor de pecho (el espasmo coronario: una especie de contracción de la pared arterial) y en otras veces no.

Enfermedad cerebrovascular: se definen como cualquier enfermedad del encéfalo, focal o difusa, transitoria o permanente provocada por una alteración de la circulación cerebral. Esta alteración puede ser debida a un proceso patológico que afecte a los vasos del cerebro o un trastorno de la sangre circulante.

Enfermedad hipertensiva: es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias.

1.2.1 Factores de Riesgo Cardiovascular

El estudio del corazón de Framingham³³: El objetivo del estudio de cohorte fue identificar los factores o características que contribuyen al desarrollo de la ECV, a través del seguimiento y observación por un largo periodo de tiempo, de un gran número de personas, expuestas o no, a los factores estudiados. El criterio de inclusión en el estudio era estar libre, al empezar, de enfermedades tales como: enfermedad coronaria, falla cardiaca congestiva, enfermedad cerebro vascular, claudicación intermitente y enfermedad cardiaca reumática.

³² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Enfermedades y Daños a la Salud. La salud en las Américas. Edición de 1998. Volumen I. P. 168

³³ Este estudio se originó en la ciudad de Framingham, Massachusets en los Estados Unidos. Es uno de los estudios más importantes en cardiología por sus aportes al conocimiento de la etiología de las enfermedades cardiovasculares, con hallazgos tan fundamentales sobre los factores de riesgo como el tabaquismo (1960), la colesterolemia y las cifras tensionales elevadas (1961), la obesidad (1967) o la menopausia (1976) asociados con el aumento del riesgo de infarto del miocardio, mientras que demostró que el colesterol HDL reduce el riesgo de muerte (1987).

De ahí, se determina los principales factores de riesgo cardiovascular³⁴, tales como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, la diabetes, la dislipidemia y la obesidad:

- **Tabaquismo:** El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una drogodependencia a la nicotina, principio activo del tabaco, representa un importante problema de salud pública, no sólo por su magnitud, sino también por las consecuencias sanitarias que conlleva, así como por sus elevados costes económicos y sociales.
- **La hipertensión arterial:** es la presión arterial alta, que sin tratamiento aumenta apreciablemente el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular (o ataque cerebral). La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta.
- **Sedentarismo:** es la ausencia de actividad física o falta de ejercicio que se considera uno de los mayores factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares debido a los inadecuados estilos de vida de las personas.
- **Diabetes:** es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia.

³⁴ ALCALDÍA DE MEDELLÍN entre Otros. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global – Evaluación de su impacto poblacional. Medellín y sus corregimientos 2007 -2008. Último informe. 2008. P. 46 – 59.

- **Dislipidemia:** son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.
- **Obesidad:** La obesidad es la enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

“Es la misma dinámica de vida, el tabaquismo, el exagerado consumo de alcohol, el sedentarismo, todo viene concatenado. Por eso se deben hacer cambios importantes en las costumbres higiénico-dietéticas, es decir, que la gente coma para vivir, no que viva para comer”³⁵

Los cambios en los estilos de vida, mejora en grandes proporciones el bienestar de la personas, y así mismo las condiciones económicas de los que sufren la enfermedad como del Estado y los servicios de salud. Por esta razón, durante años, se han experimentado grandes innovaciones en la intervención de estos factores de riesgo cardiovascular, encaminados a promover comportamientos saludables que reduzcan la probabilidad o la frecuencia de situaciones incapacitantes o de mortalidad. El significado de prevenir se convierte en el compromiso de implementar políticas públicas desde instituciones internacionales y gobiernos nacionales centrados en el esfuerzo de ofrecer un medio sistemáticamente seguro para lograr cambios en el comportamiento individual orientado, ha de evitar aspectos que puedan influenciar negativamente la salud, debe ser la herramienta utilizada en todas sus formas de aplicación, logrando así tender el puente entre la evidencia científica generada y la práctica.

³⁵ Organización Mundial de la Salud – OMS -. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra. 2008. P. 45.

Es por esto, que la promoción y prevención del riesgo cardiovascular debe orientarse desde la salud pública, en intervenciones en la etapa anterior a la aparición de los problemas de salud (antes de que se presenten signos o síntomas de la enfermedad o el accidente), y etapas posteriores a la enfermedad para evitar que se presenten situaciones que comprometan la vida de la población.

1.3 LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

Desde la formulación de la Carta Magna o Carta Institucional de la OMS, en Nueva York el 22 de julio de 1946, se define la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”; con el fin de explicar este concepto de una manera más completa e integradora, es decir, tratando de conjugar los aspectos biológicos, sociales, económicos y ambientales con los ideales de vida buena y de calidad que cada persona y sociedad vayan estableciendo.

La salud, por tanto, puede considerarse como un estado no sólo a preservar o rehabilitar, sino un estado susceptible a las condiciones de vida (cultura, educación, ingreso laboral, etc.). Esta concepción de la salud es dinámica, cambiante de acuerdo con las condiciones de vida y las ideas de cada sociedad y supone, más que un estado o situación, una forma de vida, una forma de estar en la vida.

Por otro lado, tanto la salud como la enfermedad están condicionadas o dependen de muchos factores que interactúan entre sí: factores biológicos o endógenos, factores propios del entorno, factores relacionados con los hábitos de vida, calidad del sistema sanitario, etc. Estos factores determinantes del estado de salud y bienestar de las personas -biológicos (factores físicos y psíquicos, genéticos, endocrinos, edad), estilo y hábitos de vida (nutrición, sedentarismo, comunicación,

valores, creencias, roles, costumbres), entorno (clima, migraciones, natalidad-mortalidad, vivienda, calidad del aire y del agua, sistema educativo, religión, empleo y paro, ingresos económicos) y servicios sanitarios (cantidad y calidad de centros de salud, profesionales sanitarios, camas/habitantes, hospitales, servicios sociales) configuran, de alguna manera, todo el entramado del concepto salud. La suma positiva de estos factores da lugar a lo que comúnmente se conoce como salud integral³⁶.

De ahí, que las condiciones sociodemográficas provocan cambios en los comportamientos, conductas y acciones de las personas, afectando positiva o negativamente su situación de salud. Entre los problemas de salud, que se asocian a dichos cambios están las consecuencias de la actividad sexual sin protección (abortos y enfermedades de transmisión sexual), los problemas asociados al uso excesivo del tabaco, el alcohol y sustancias psicoactivas, aumentan el riesgo de cáncer, de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades respiratorias; los problemas de salud asociados a la sobrealimentación y a la desnutrición.

Las variables sociodemográficas constituyen una de las principales determinantes de la incidencia y evolución de los riesgos cardiovasculares. Es en los países donde se presentan índices de pobreza que ocurre la mayoría de los RCV; es decir, las poblaciones con menor nivel socioeconómico de países en desarrollo presentan un aumento acelerado de la enfermedad en la calidad de vida (acceso a educación, vivienda, salud, alimentación e ingreso laboral) sino también la globalización en los productos de consumo desarrollan inadecuados estilos de vida (sedentarismo y obesidad).

³⁶ PIEDROLA GIL, Gregorio. El Concepto de Salud. Boletín Epidemiológico: Organización Panamericana de Salud. Vol. 10 No. 4. 2000. P. 6.

Todas estas causas de muerte tienen en común factores de riesgo ligados a los hábitos y al comportamiento, muchos de ellos relacionados y tienen como característica principal su inicio en la juventud. Este grupo de población es más vulnerable a los efectos nocivos de muchas influencias (cierta publicidad perversa, entorno de amigos poco favorable a las buenas costumbres, figuras familiares que representando papeles fundamentales a imitar refuerzan actitudes negativas con respecto a factores de riesgo para la salud como son el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada y escaso ejercicio físico) y sobre todo, una educación inadecuada por parte de la familia y la escuela³⁷.

Aunque la mayoría de las personas con RCV se encuentran en la edad adulta, la incidencia de los hábitos adquiridos en la juventud determinan los problemas de salud en un futuro. Las nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a nuevas acciones, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico del que se rodean. Las conductas de riesgo se relacionan intensamente entre sí, tanto en chicos como en chicas y son más frecuentes en los que tienen más edad, en los que disponen de más dinero semanalmente y en los que estudian formación profesional.

En el caso de los adultos, estudios reportan que el sobrepeso y la obesidad tanto en hombres como en mujeres se deben a la ausencia de horas libres para la realización de ejercicio, como resultado de la ocupación laboral y las horas que desempeñan a esta profesión. Por otro lado, la ingesta de dietas ricas en grasas y carbohidratos refinados se encuentra en la zona urbana y con mayor frecuencia en los sectores donde las condiciones socioeconómicas están en un nivel alto y medio. Sin embargo, las poblaciones que viven con condiciones mínimas de vida, también presentan RCV, pues por su escasa situación económica se ven limitados a acceder a programas de atención en clínicas, IPS o EPS y así mismo, a adquirir medicamentos que prevengan y disminuyan estas enfermedades.

³⁷ CARBAJO GARCIA, Petra Julia. Factores Sociodemográficos asociados a Conductas Relacionadas con la Salud en los Jóvenes de la Comunidad Autónoma de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 2002. P. 3.

Es así, como las enfermedades cardiovasculares, expresan un problema vigente a la salud pública, haciendo necesario la intervención directa precisando, en la mayoría de los casos un tratamiento farmacológico y de igual manera un estudio sobre las condiciones sociodemográficas que afectan los programas de RCV, con el fin de reducir de manera absoluta el riesgo y las posibles complicaciones de salud, y mejorando la calidad de vida de este grupo de personas que padecen dichas enfermedades o que tiene tendencia a padecer.

1.4 NORMAS QUE ORIENTAN LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS RCV.

- La Constitución Política de 1991, que considera que la salud de toda la población es una responsabilidad directa del Estado y en este sentido, ésta es la resultante de la interacción e intervención de las diferentes autoridades, los sectores sociales, económicos públicos y privados de la sociedad. Este enfoque deja ver la voluntad del Estado de ubicar la salud pública en la agenda local y el compromiso de articular los esfuerzos de los sectores público y privado y de la sociedad, para incidir en los determinantes y condicionantes que afectan la salud de las comunidades e individuos, bajo los principios de equidad, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Con el objeto de lograr la acción intersectorial integrada para la reducción de los eventos de enfermedad y muerte atribuidos a las enfermedades crónicas en la población colombiana.
- Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, con el fin del cumplimiento en la atención de los servicios de salud y los programas de prevención de enfermedades, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, en busca de alcanzar el bienestar individual y la integración de la comunidad. Esta ley tiene como objetivo garantizar la accesibilidad a la prestación de servicios de salud

de forma integral a todos los sectores poblacionales, como un derecho irrevocable de las personas.

- Según la Ley 528 de 1999, que reglamenta el ejercicio profesional del fisioterapeuta, se definen las acciones para el diseño, ejecución, dirección y control de programas o proyectos para la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios de la condición física, en individuos y comunidades en riesgo, la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano y la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral.
- Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, donde la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, se considera un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley.
- Ley 1122 de 2007, La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- Decreto número 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, identificando prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. Así mismo, define las

responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

- Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social. Este decreto busca garantizar la calidad de la atención en salud desde la formación de profesionales interdisciplinarios y la accesibilidad de los servicios, con el fin de causar en los usuarios una satisfacción positiva del servicio.
- Resolución 00412, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta resolución establece las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud en la prestación de todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de promoción y prevención.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Los estilos de vida de cada persona determinan la forma de interactuar con el entorno que lo rodea, es la manera como siente, piensa y actúa (conjuntos de hábitos). Estas acciones favorecen todos los aspectos que condicionan la calidad de vida de las personas; no obstante estas acciones también pueden tornarse negativas en cuanto a los factores de riesgo que atentan contra la vida; es decir, hábitos que no son saludables y que pueden aumentar el riesgo de padecer una enfermedad.

El cambio de estilos de vida no saludables, reducen el riesgo de padecer una enfermedad o desmejorar su situación de salud actual; sin embargo, lograr el cambio es una tarea que exige voluntad, responsabilidad, disciplina y cuidado; por esta razón la incorporación a programas de prevención, permita desarrollar actividades que disminuyan el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en donde se brinde un seguimiento médico que condicione el cambio de actitud teniendo en cuenta su condición socioeconómica, ocupación y edad.

Los programas de salud cardiovascular, son la principal estrategia de los Estados para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, disminuir los índices de mortalidad del país y garantizar el derecho del acceso a la salud en condiciones de igualdad social. Su propósito es proporcionar una guía para profesionales de la salud, pacientes y familiares, para la prevención, valoración, seguimiento, tratamiento y evaluación de los RCV. Estos programas se encaminan a construir subprogramas que incorporen todos los factores influyentes en el RCV y así mismo, se convierten en pautas para la intervención y transformación de los estilos de vida no saludables de la población.

Un programa modelo de intervención de las enfermedades cardiovasculares, es el que se encuentran en España conocido como “Plan de Prevención del RCV”³⁸. Este plan nació en el año 2009 como iniciativa de la universidad Jaume I, y tiene como objetivo la detección precoz de los factores de riesgo vasculares, iniciar una actuación preventiva informando en el momento del examen médico tanto de la presencia de dichos factores de riesgo, como aportando las recomendaciones preventivas, basadas en consensos científicos, personalizadas y adaptadas al nivel de riesgo cardiovascular.

Si bien, en algunos países desarrollados han logrado un desarrollo significativo en los servicios de cardiología, en otros países de menos recursos económicos las carencias e ineficiencias en el campo de la tecnología han ocasionado fallas en la prestación del servicio contribuyendo al deterioro de las condiciones de vida de las personas. Sin embargo, el trabajo mancomunado del Estado y las instituciones de salud reorientan antiguos Programas de Salud Cardiovascular con enfoque de riesgo, que integra las estrategias preventivas y promocionales, junto al adecuado manejo terapéutico farmacológico, con el fin de permitir a disminuir la morbilidad y mortalidad de los países subdesarrollados.

Un caso exitoso de lo descrito anteriormente, es el Programa de Salud Cardiovascular en Atención Primaria de Chile³⁹, que se encamina en la búsqueda constante de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, desde un enfoque organizacional que atienden a las personas con enfermedades crónicas en atención primaria y logra de manera positiva

³⁸ UNIMAT PREVENCIÓN. Plan de Prevención del Riesgo Cardiovascular. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana – España. 2010.

³⁹ Programa Salud Cardiovascular. División de Prevención y Control de Enfermedades: Programa de Salud Cardiovascular / División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS. Chile. 2008.

mejores resultados. Los componentes del modelo de atención para enfermedades crónicas incluyen: reorganización de la atención de salud, conexión con recursos comunitarios y políticas apropiadas, apoyo al automanejo y autocuidado del paciente, apoyo a la toma de decisiones, rediseño de la práctica de atención y un apropiado sistema de información clínico.

Un aporte importante para la reactivación de nuevos programas es el fortalecimiento de las capacidades técnicas y de relación interpersonal de la atención primaria para integrarla como equipo y facilitar la interacción colaborativa sostenida con los pacientes, acceso a exámenes de laboratorio y medicamentos efectivos, reorganizar el sistema de información y evaluación, etc. Todo esto permitirá mejorar la cobertura de detección de personas en riesgo en la comunidad, diagnosticar y evaluar el riesgo cardiovascular global, educar y definir junto con las personas un plan de tratamiento y seguimiento apropiado a su contexto e insertarlo en redes de apoyo familiares y comunitarias.

En Colombia, con la reforma en 1991 de la Constitución Política en el año 1991, se consagra en el artículo 48 la Seguridad Social y la salud como derechos colectivos, y en el artículo 49 plantea que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”⁴⁰.

⁴⁰ GARCIA OSPINA, Consuelo y TOBÓN CORREA Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?. Universidad de caldas. Colombia. 2006. P. 1.

Por esta razón, el sistema de salud ha tenido modificaciones importantes orientadas al fortalecimiento de la atención integral de la salud, fundamentadas en la estrategia de la atención primaria, trasladando la prioridad de la atención a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, permitiendo la implementación de medidas y acciones, e intervenciones oportunas para mejorar el nivel de salud de la población. De ahí, la Fundación Colombiana del Corazón plantea un programa nacional conocido como “organizaciones saludables”⁴¹, que impulsa una estrategia integral para promover espacios saludables, como entornos de bienestar para un estilo de vida que les permita a las organizaciones disfrutar de trabajadores sanos y productivos. Así mismo, potencia actividades y comportamientos saludables que actúen como protectores frente a los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, dirigidos a lograr tres objetivos fundamentales:

1. Lograr efectividad clínica modificando los factores de riesgo.
2. Trasladar y compartir el impacto de prevención del riesgo al grupo familiar para un temprano cambio de hábitos y/ o detección del riesgo.
3. Impactar en el costo-efectividad para disminuir gastos médicos, ausentismo por enfermedad y la incapacidad.

En Santander, la IPS COOMULTRASAN, enfoca los Programas de Promoción y Prevención desde mantener el estado de salud de los usuarios y a detectar en forma temprana las enfermedades y prevenir sus complicaciones. Esto se da a través de la promoción de estilos de vida saludables en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo, sumado al acompañamiento de profesionales capacitados, por medio de técnicas individuales y grupales que permiten a la población acceder a los mismos.

⁴¹ FUNDACIÓN COLOMBIANA DEL CORAZÓN. [Página institucional en Internet].<http://www.corazonesresponsables.org/novedades12.html>. [Consulta: 23 de Abril de 2012].

La prevención de factores de riesgo cardiovascular y de promoción de cambios en el estilo de vida, considera características propias de grupo poblacional, encaminados hacia un enfoque más integral de su contexto y realizando intervenciones de acuerdo con sus necesidades de salud. De la misma forma, al conocer los cambios en el estilo de vida logrados en el usuario que está inscrito en este tipo de programas, podemos saber cuáles son las potencialidades de los usuarios que se deben fomentar, para que haya verdaderos cambios en el estilo de vida y plantear estrategias reales de educación de enfermería.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

3.1 IPS COOMULTRASAN

Coomultrasan Multiactiva se constituye en 1979 cuya actividad inicial estaba dirigida solo al ahorro y crédito, sin embargo por las exigencias de sus asociados y con el objeto de satisfacer al máximo las necesidades de la comunidad, su objeto de acción se fue ampliando con la conformación de otras Cooperativas complementarias y una de ellas fue la cooperativa de la salud.

Coomultrasan Multiactiva en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de sus asociados creó inicialmente la Unidad Médico Quirúrgica Coomultrasan a mediados de los 80, cuyo objetivo era brindar servicios de salud a través de convenios con clínicas y con precios económicos. Con la aparición de la ley 100/93 el área de salud de Coomultrasan dio un giro y se convirtió en Institución Prestadora de Servicios de Salud de primer nivel consolidándose a lo largo de estos años como la IPS de Saludcoop y Cafesalud en Bucaramanga y su área metropolitana.

La IPS Coomultrasan presta servicios de salud del primer nivel de atención, con una amplia experiencia y reconocimiento en el sector, es una institución comprometida con la calidad orientada hacia el usuario y con un alto sentido social.

El modelo de planeación de Coomultrasan Multiactiva y por ende de la IPS Coomultrasan es la Planeación Estratégica este se identifica como el proceso de seleccionar las metas de la organización, determinando las políticas y programas requeridos para alcanzar los objetivos específicos que conducirán hacia las metas,

y estableciendo los métodos necesarios para garantizar que las políticas y programas estratégicos se ejecuten⁴².

3.1.1 Plataforma Estratégica. El objeto social de la organización es prestar servicios de salud ambulatorios de baja complejidad, en Medicina General, Odontología General, Programas de Promoción y Prevención, Servicio Farmacéutico y Servicios de Apoyo Diagnóstico, de manera exclusiva para los afiliados del GRUPO SALUDCOOP.

Nos enfocamos en el fomento del trato humanizado en la prestación de los servicios de salud, la promoción de una cultura de seguridad del usuario, el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación y el desarrollo de las competencias de nuestro talento humano; enmarcado en el mejoramiento continuo de los servicios.

De acuerdo con lo anterior, la IPS Coomultrasan tiene como misión ser una institución de salud que presta servicios integrales de excelente calidad, contribuyendo al mejoramiento de la salud de las personas y la comunidad; fundamentados en un equipo humano altamente capacitado y comprometido, y en el permanente mejoramiento de los servicios⁴³.

Así mismo, plantea los siguientes objetivos corporativos⁴⁴:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.
- Prestar servicios de salud de manera oportuna, segura. Pertinente, amable y con un uso racional de recursos.

⁴² STONER y WANKEL. Gerenciamiento Reactivo y Proactivo. 1989. [artículo en Internet]. <http://www.managershelp.com/gerenciamiento-reactivo-y-gerenciamiento-proactivo.htm> [Consulta: 14 de Abril de 2012].

⁴³ COOMULTRASAN MULTIACTIVA IPS. [Documento en Internet]. <http://www.coomultrasan.com.co/ips/secciones-8-s/filosofia-corporativa.htm> [Consulta: Abril 18 de 2012].

⁴⁴ *Ibíd.*

- Desarrollar en el equipo humano las competencias requeridas para el logro de los objetivos institucionales.
- Contar con una infraestructura adecuada que garantice la prestación del servicio y la satisfacción del usuario.
- Generar estrategias para el desarrollo de proveedores calificados.
- Mejorar los procesos prioritarios dando cumplimiento a lo definido en el PAMEC de la IPS

3.1.2 Valores Corporativos. Orientación a la calidad: en la IPS. Coomultrasan se hacen las cosas bien y cumplen con sus usuarios y clientes. Es por eso que:

1. Atienden de manera oportuna a sus usuarios.
2. Suministran información oportuna completa clara y veras.
3. Satisfacen las necesidades y superan las expectativas de los usuarios, dentro del marco de la normatividad vigente.
4. Cumplen los estándares de la calidad definidos y adoptados por la institución, generando confianza en nuestros usuarios.
5. Conocen y aplican de manera correcta las funciones y responsabilidades de cada uno de los cargos.
6. Aplican las normas, protocolos y procedimientos definidos por la institución.

Compromiso con liderazgo:

- Busca siempre dar soluciones oportunas y efectivas a nuestros usuarios y compañeros.
- Cumplir siempre con los compromisos adquiridos y asumir con propias las metas de la institución.
- Promover el autocontrol en las actividades que realiza. Asumir con responsabilidad las acciones.

Calidez en el servicio:

- Sentir y disfrutar el placer de vivir
- Realizar con cariño el trabajo desempeñado
- Brindar el servicio de la manera que les gustaría recibirlo Ofrecer un trato amable a sus usuarios y compañeros Saludar y despedirse de una manera cordial
- Escuchar con atención y mirar a los ojos al comunicarnos con los usuarios y compañeros.
- Considerar que la comunicación es efectiva solo cuando es afectiva

Mejoramiento continuo:

- Mantener una constante actualización y formación técnica y humana. Alcanzar y superar los objetivos propuestos por la institución
- Asistir y participar en los procesos de formación y capacitación que brinda la institución
- Ser flexibles para la innovación y el cambio
- Asumir un estilo de vida saludable y buscar siempre mejorar las diferentes dimensiones del ser (corporal, emocional, espiritual, familiar y social).

Trabajo en equipo:

- Cooperar para lograr los objetivos de la institución.
- Tener presente en todas las acciones que el logro de los resultados es la suma de los aportes de todos.
- Apoyar a los compañero cuando lo necesiten
- Interesarse en conocer todos los aspectos relacionados con los servicios y en promover nuestra institución.

Integridad:

- Hablar y actuar con la verdad
- Cuidar y usar adecuadamente los recursos de la institución
- Identificar y actuar de acuerdo a la filosofía y los principios de convivencia de la institución.
- Mantener siempre una excelente presentación personal.

Respeto:

- Ofrecer un trato respetuoso a los usuarios y compañeros. Reconocer, promover y respetar los derechos de los usuarios. Ser conscientes de las diferencias entre personas.
- El trato hacia los demás se basa en el respeto por la dignidad de cada ser humano.
- Contribuir con el comportamiento a crear un ambiente de trabajo armónico.

3.1.3 Productos o Servicios. La IPS Coomultrasan ofrece a los afiliados al grupo SaludCoop EPS, los servicios del Plan Obligatorio de Salud correspondientes al primer nivel de atención:

Consulta Médica General

A través de un grupo altamente calificado de médicos se ofrece el servicio de consulta de medicina general, programada y no programada. El usuario accede al servicio de consulta programada solicitando previamente la cita a través de las líneas de atención.

Consulta No Programada

Este servicio está orientado a la atención diaria de usuarios con condiciones de salud que no ponen riesgo la vida y que pueden ser atendidos durante el transcurso del día.

Odontología General:

A través de un grupo completo y altamente capacitado de odontólogos, auxiliares de odontología e higienistas orales, se ofrece los servicios de consulta de odontología general y de prevención y promoción de la salud oral. El usuario accede al servicio solicitando previamente la cita a través de las líneas de atención.

Droguerías:

IPS. Coomultrasan ofrece a través de las Droguerías Coomultrasan el servicio de dispensación de medicamentos; para lo cual se cuenta con un equipo completo y capacitado conformado por Regentes de Farmacia, Auxiliares de Farmacia y un Equipo Farmacéutico, quienes respaldaban la calidad del servicio y brindan seguridad al usuario.

Ayudas Diagnósticas (Laboratorio Inmagenología)

IPS Coomultrasan ofrece a través de una red calificada de prestadores de servicios de laboratorios e imágenes diagnósticas.

Programa de Promoción y Prevención

Estos programas están orientados a mantener el estado de salud de los usuarios, y a detectar en forma temprana las enfermedades y prevenir sus complicaciones. Esto a través de la Promoción de estilos de vida saludables en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo.

- **Programa de Bienestar Integral Materno Prenatal (BIP):** Actividades asistenciales y educativas dirigidas a las gestantes para prevenir y controlar Factores de Riesgo, y preparar a la mujer y a su familia durante la gestión para el parto y el cuidado del recién nacido. Este programa incluye valores agregados como la Hidroterapia.

- **Programa Crecimiento y Desarrollo:** actividades asistenciales y educativas dirigidas a los niños y niñas de 0 a 10 años, por un grupo completo de profesionales, para acompañar controlar el proceso de crecimiento y desarrollo del menor. Este programa incluye jornadas educativas dirigidas a los menores como la actividad “plasmando sueños, plegando ideas”.
- **Programa salud sexual y reproductiva:** actividad educativa para la orientación de la pareja en cuanto la elección de los métodos de planificación familiar y el fomento de la sexualidad responsable.
- **Desarrollo Juvenil con Bienestar y compromiso:** actividad dirigida a los adolescentes de 10 a 21 años. Para promover la autoestima, el auto cuidado y el conocimiento de sí mismo, involucrando a los padres.
- **Programa Agudeza Visual:** actividades para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual.
- **Vacunación:** programa para la aplicación del esquema de vacunación a las diferentes poblaciones objetivos.
- **Programa citologías:** actividades dirigidas a la detección oportuna de riesgos a través de la toma de citología
- **Programa de Riesgo Cardiovascular:** actividades asistenciales y educativas para disminuir y evitar la aparición de complicaciones de usuarios con hipertensión arterial, diabetes o dislipidemias; y orientar y educar sobre los riesgos y cómo manejarlos para mejorar la calidad de vida. Incluye diferentes actividades educativas como Fomento de Estilo de Vida Saludable (FEVS), club de cocina, calistenia y corazonadas de vida.
- **Programa de Salud Oral:** actividades asistenciales y educativas para la disminución de factores de riesgo y la promoción de la salud bucal.

3.1.4 Estructura Organizativa. IPS Coomultrasan Bucaramanga, es una organización regida por estatutos corporativos que posee una estructura organizacional jerarquizada (ver figura No.1). Está integrada por una Asamblea General, órgano encargado de la toma de decisiones en función del bien colectivo

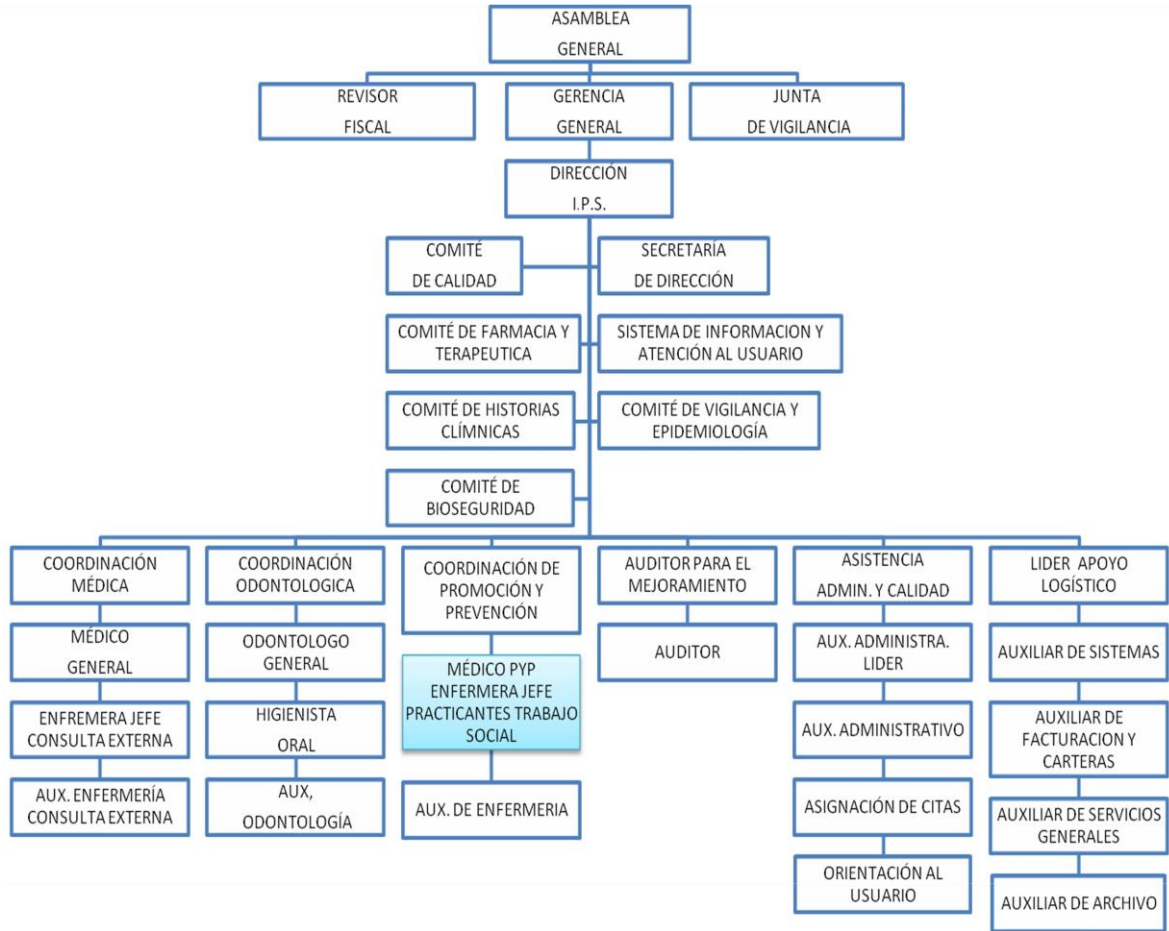
de los usuarios. Esta asamblea está integrada por el revisor fiscal, gerencia general y junta de vigilancia.

La gerencia general está encargada de las directrices de la IPS, debe hacer cumplir la política de información y atención al usuario; así mismo, la dirección debe intervenir y evaluar a los diferentes comités que integran la organización: calidad, farmacia y terapéutica, historias clínicas, bioseguridad y vigilancia y epidemiología.

La dirección de la IPS debe encaminar al auditor en las constantes mejoras del programa, a la administración y calidad a la orientación del usuario, y al líder de apoyo se encarga de los archivos. De igual manera, la dirección debe coordinar los programas médicos, odontológicos y de prevención y promoción.

La intervención de Trabajo Social se enmarca en el programa de prevención y promoción con el fin de orientar, asesorar, planear y construir estrategias de P y P a los usuarios con acompañamiento psicosocial de manera coordinada con los diferentes programas que integran la IPS.

Figura 1. Organigrama De La Organización



Fuente: IPS COOMULTRASAN

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS

Para este estudio se determinaron la edad, el estrato socioeconómico, distribución según el sexo, el estado civil, la escolaridad y la situación laboral actual de los usuarios.

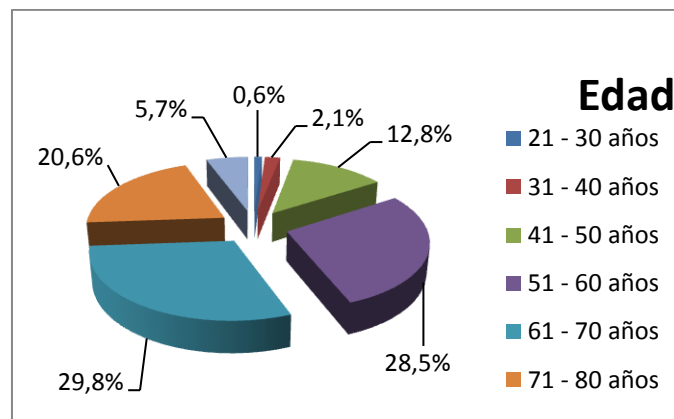
Los grupos de edad básicos en el análisis fueron los siguientes: 21 a 30 años, 31 - 40 años, 41 - 50 años, 51 - 60 años, 61 - 70 años, 71 - 80 años y 81 - 90; estos intervalos que fueron establecidos a partir de la recolección de información de la IPS y de experiencias exitosas de estudios internacionales, que corresponden a los factores de riesgo biológico y comportamental.

Tabla 3. Edad

EDAD		
Categoría	Frecuencia	%
21 - 30 años	2	0,60
31 - 40 años	4	2,10
41 - 50 años	25	12,80
51 - 60 años	55	28,50
61 - 70 años	58	29,80
71 - 80 años	40	20,60
81 - 90 años	11	5,70
Total	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 2. Edad



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

La figura 3, muestra que los usuarios participantes del programa se caracterizan por ser una población adulta con el 29,80% entre los 61 y 70 años; y con el 28,50% entre los 51 y 60 años; en término medio se encuentra las personas entre 71 y 80 años con 20,60% y entre 41 y 50 años con el 12,80%. Las edades entre 31 y 40 años demuestran un 2,10% y entre los 21 y 30 años un 0,60%. Los resultados corroboran lo que se encuentran en estudios de enfermedades cardiovasculares con respecto a la edad que tiene mayor riesgo de padecer dichas

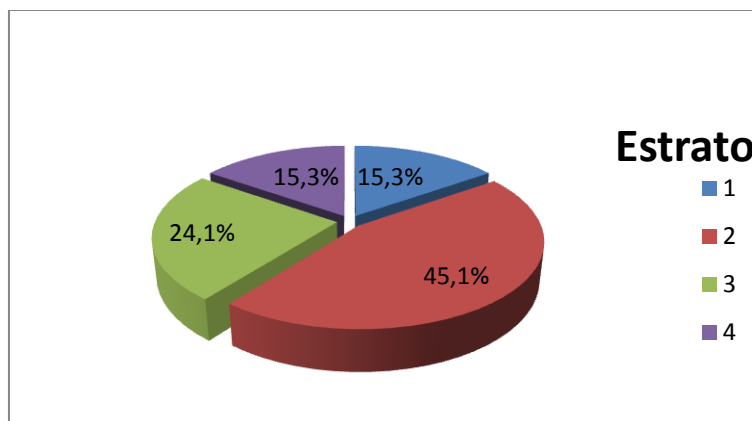
enfermedades “Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad”.

Tabla 4. Estrato socioeconómico

ESTRATO		
Categoría	Frecuencia	%
1	30	15,30
2	88	45,10
3	47	24,10
4	30	15,30
Total	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 3. Estrato socioeconómico



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

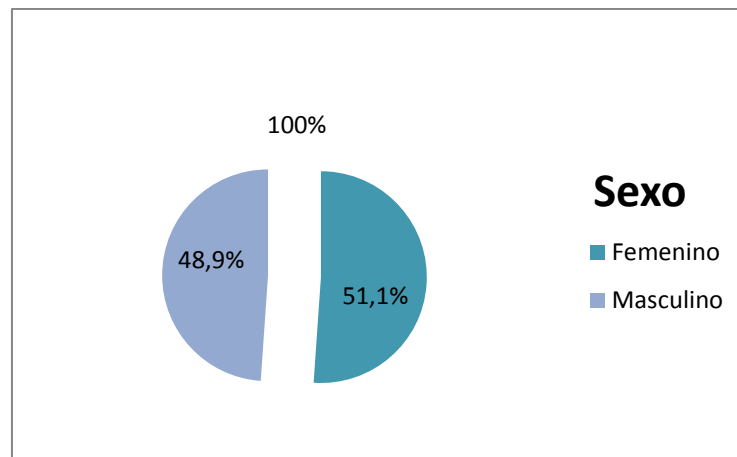
De los 400 usuarios del programa de RCV, prevalece el 45,10% en el estrato 2 y el 24,10% en el estrato 3; los estratos 1 y 4 demuestran una cifra igual con el 15,30% cada uno. Por lo tanto, los barrios donde pertenecen los usuarios son estratos, que aunque no relativamente se encuentran estables económicamente, tiene la posibilidad de participar de la prestación de servicios de salud e ingresar a campos laborales.

Tabla 5. Distribución según sexo

SEXO		
Categoría	Frecuencia	%
Femenino	100	51,10
Masculino	95	48,90
Total	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 4. Distribución según sexo



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

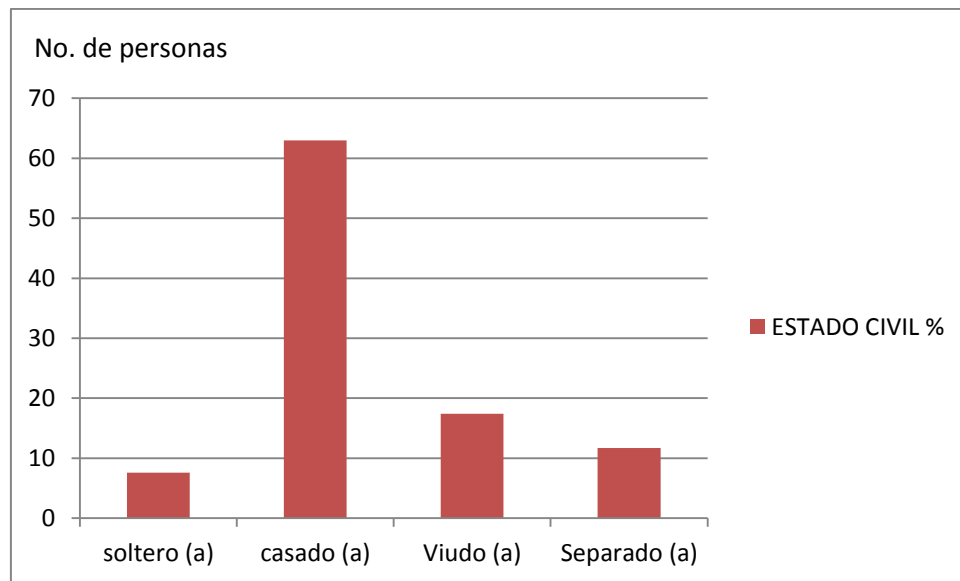
El 51,10% de Los usuarios son mujeres y el 48,90% son hombres. En la IPS COOMULTRASAN predomina la mujer ya que ésta permanece la mayoría del tiempo en el hogar atribuyéndole actividades como lo son la preparación de los alimentos, el cuidado de los niños y la limpieza del hogar. Esta situación hace que la mujer disminuya su tiempo en espacios recreativos y de deporte.

Tabla 6. Estado civil

No. De Personas		
No. De Personas	Frecuencia	%
No. De Personas	15	7,60
No. De Personas	123	63
No. De Personas	34	17,40
No. De Personas	23	11,70
No. De Personas	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 5. Estado civil



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

En lo que se refiere al estado civil de los usuarios se evidencia que el 63% de la población es casada, el 7,60% soltera, el 17,40% son viudos y el 11,70% es separado. Predominando así esta variable las personas casadas. Esto quiere decir que las personas están constantemente con una compañía la cual puede utilizarse como una motivación al cuidado de su enfermedad y a modificar hábitos, además

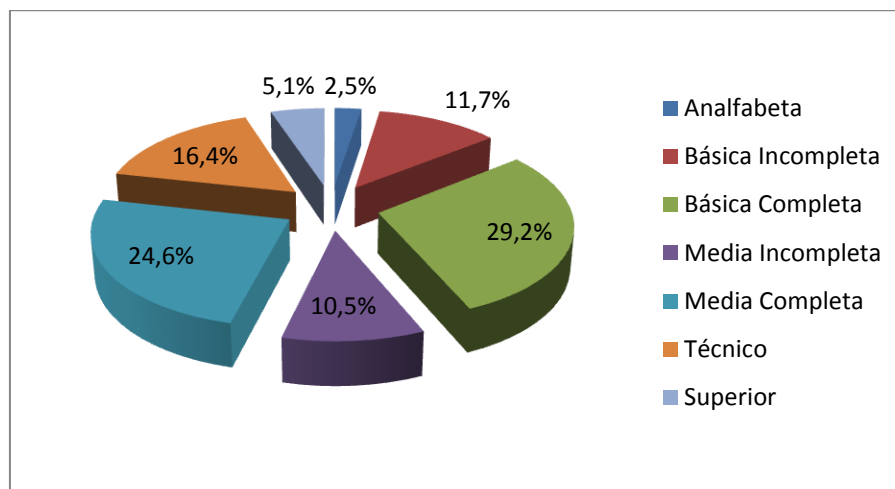
que sería una persona clave para contribuir de una u otra forma al cuidado del paciente. Es importante el hecho de que el usuario en su mayoría no está solo.

Tabla 7. Escolaridad

ESCOLARIDAD		
Categoría	Frecuencia	%
Analfabeta	5	2,50
Básica Incompleta	23	11,70
Básica Completa	57	29,20
Media Incompleta	20	10,50
Media Completa	48	24,60
Técnico	32	16,40
Superior	10	5,10
Total	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 6. Escolaridad



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

En esta variable se identifica que la mayor parte de la población aprobó sus estudio solo hasta primaria esto corresponde al 29,20% y el otro grupo preponderante es la media completa 24,60%. Algunos han tenido una preparación académica como son los técnicos el cual corresponden al 16,40%, los profesionales 5,10% y en porcentajes bajos se presenta el analfabetismo 2,50%.

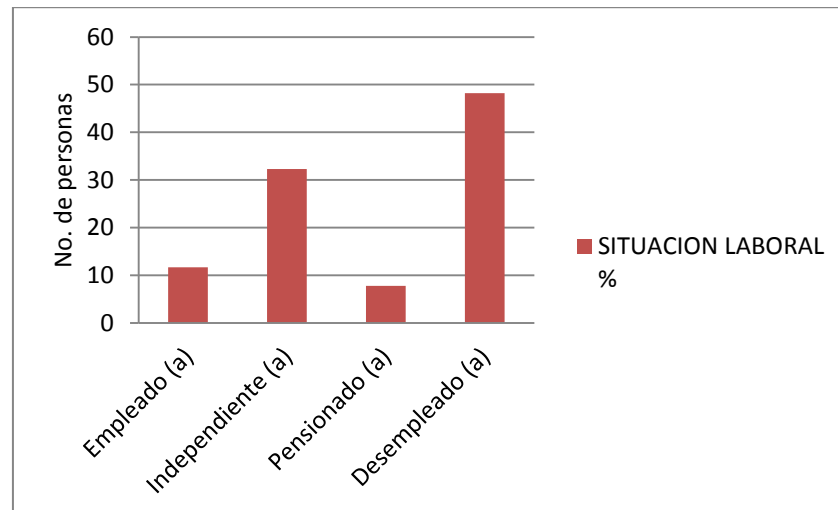
Es una gran ganancia que la mayoría de usuarios tiene una preparación básica y es de gran importancia a la hora de elaborar material y actividades de información y educación sobre la enfermedad y cuidados, gracias a que por su preparación académica comprenderían y asimilarían mejor los contenidos ya sea por medio de textos , dibujos, carteleras, pendones etc.

Tabla 8. Situación laboral

SITUACION LABORAL		
Categoría	Frecuencia	%
Empleado (a)	23	11,70
Independiente (a)	63	32,30
Pensionado (a)	15	7,80
Desempleado (a)	94	48,20
Total	195	100

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Figura 7. Situación laboral



Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

La situación laboral de los usuarios de riesgo cardiovascular se caracteriza por la prevalencia de personas desempleadas siendo representados por un 48,20% representando no sólo a la población activa que no tiene empleo, sino también a

la población inactiva que por su edad , por su poca instrucción y su estado de salud no pueden trabajar. El otro grupo predominante son los usuarios independientes que desarrollan una actividad por su cuenta y riesgo y no tiene vínculo laboral con un empleador este grupo es representado por el 32,30%. Y en los niveles más bajos se encuentran los empleados con un 11,70% y los pensionados con 7,80%.

Esto revela que 94 usuarios no tienen ninguna actividad económica dificultando la compra de alimentos recomendados para el cuidado de su enfermedad y deben regirse por lo que consume y compra la persona que contribuye en el recurso monetario del hogar.

4. LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA IPS COOMULTRASAN

El Trabajador Social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y administración, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones.

Asimismo, debe reforzar una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud y enfermedad de una persona, su familia y las comunidades. Esto significa aportar a una reflexión permanente en torno a los factores protectores que contribuyen a garantizar la salud y una mejor calidad de vida de la población. De ahí, se describe las actividades que se llevaron a cabo en el diagnóstico durante la práctica profesional.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ser humano es un ser holístico, biopsicosocial y espiritual, que siente padece y que actúa de acuerdo a sus condiciones de vida, cultura y realidad. Sin embargo, estas condiciones de vida se ven afectadas, pues cada año miles de personas sufren discapacidad o muerte prematura por enfermedades que no han sido detectadas debido a la ineficiencia en la prestación de los servicios de salud o por las dificultades económicas para acceder a este sistema.

En el año 2002 la OMS afirmó que el número de fallecimientos y discapacidades debidos a cardiopatías y al accidente cerebro-vascular (que juntos ocasionan la muerte de más de 16,5 millones de personas por año en el mundo), pueden reducirse en más del 50%, a partir de una combinación de esfuerzos sencillos y costo-efectivos como la implementación de medidas encaminadas a reducir los principales factores de riesgo: hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y el hábito de fumar.

Estos factores de riesgo se pueden modificar según los beneficios de las intervenciones de manera positiva y con un responsable equipo de salud, que permiten disminuir progresivamente las enfermedades. No obstante, los esfuerzos en las intervenciones se ven opacados debido a los estilos de vida no saludables de la población. En Colombia esta situación conlleva al país a caracterizarse en estado de envejecimiento y con altos índices de mortalidad.

En el Informe de la OMS se señala por primera vez que la mayor parte de la carga mundial debida al riesgo cardiovascular la soportan los países en vías de desarrollo. Ello es consecuencia de la alta y creciente incidencia de los factores de riesgo cardiovascular (por ejemplo hipercolesterolemia) y del envejecimiento de las poblaciones. Igualmente, el estudio INTERHEART Latinoamérica demostró que colectivamente la obesidad abdominal, las anomalías lipídicas y el hábito de fumar explican el 88% del riesgo poblacional atribuible de infarto de miocardio en América Latina (9). El tabaco, la presión arterial y el colesterol elevados son los principales factores de riesgo en los países industrializados, y en conjunto son responsables de más de una cuarta parte de los años de vida sana perdidos o vividos con discapacidad. Estos también ocupan un lugar prominente dentro de los factores riesgo para los países de ingresos medios⁴⁵.

La tendencia al aumento en las enfermedades cardiovasculares en los países en desarrollo implica grandes consecuencias, sobre todo para el extremo inferior del espectro socioeconómico. Si se replica la tendencia de los países desarrollados en los países en desarrollo, los más pobres de los pobres serán los más expuestos al riesgo.

⁴⁵ Op.cit. P.7.

Cabe tener en cuenta que estas enfermedades son incurables, ya que se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, por lo cual van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones. La detección a tiempo logra el grado de permitir a las personas vivir con calidad. Para controlarlas es necesario cambiar el estilo de vida y cumplir con el tratamiento indicado adecuadamente, de esta manera son causantes de numerosas muertes por la falta de información o cuidado.

La responsabilidad del Estado y las instituciones de salud, en implementar programas de promoción y prevención de los RCV, requiere de desarrollar estrategias que integren a los usuarios y su entorno social en actividades que promuevan el manejo adecuado de estilos de vida saludables, la participación ciudadana, capacitaciones sobre las enfermedades y promocionar una cultura hacia la propia salud de los usuarios y su cuidado para saber cómo vivir saludables.

En el caso de la IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, las enfermedades cardiovasculares han aumentado según se observa en el incremento de las consultas médicas de los funcionarios; esta situación causa graves perjuicios tanto a nivel personal y profesional, pues su padecimiento implica deterioro de la calidad de vida del individuo, aumento del costo para la institución empleadora y para las entidades de salud por incapacidades laborales y altos costos de los tratamientos y controles.

Por esta razón, el planteamiento surge como respuesta al manejo inadecuado de los estilos de vida saludable lo cual genera el aumento de los casos de enfermedades cardiovasculares que se presentan en la actualidad en la IPS COOMULTRASAN, así mismo, fortalecer las actividades de promoción y prevención del RCV desde la institución, la familia y el usuario en PRO de disminuir los riesgos y la mortalidad en la ciudad.

Algunas de las actividades desarrolladas fueron:

- Revisión documental de procesos de prácticas anteriores y la sistematización realizada en la IPS.
- Diálogo con actores claves del programa de P y P, para indagar acerca del conocimiento que tienen acerca del Programa y las actividades que ésta realiza frente a los riesgos expuestos.
- Reuniones informales de asesoría con el grupo interdisciplinar de la IPS.
- Solicitud de acompañamiento para la realización de diversas actividades por parte de la IPS.
- Caracterización de los usuarios del programa.
- Matriz DOFA: Capacidad Interna y Perfil de Amenazas y Oportunidades.
- Revisión teórica-conceptual y legal que envuelve la práctica profesional.
- Análisis de los factores de riesgo cardiovascular desde el aspecto comportamental.
- Análisis de las condiciones de RCV en los usuarios de la IPS COOMULTRASAN

4.2. DIAGNÓSTICO DE LA IPS COOMULTRASAN

Tabla 9. Matriz DOFA

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de base de datos de los usuarios afiliados a la IPS Coomultrasan. • Desconocimiento de la población usuaria que pertenece al programa de riesgos cardiovascular por parte de la IPS. • Ausencia de plataforma de atención al usuario. • Inadecuados canales de comunicación entre la IPS y sus usuarios con respecto a los programas educativos. • Insuficiente cobertura de planta física de la IPS para atender la población total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Sistema de gestión de calidad. • Avances tecnológicos en la comunicación Interna entre empleados de la IPS. • Cobertura en Bucaramanga y su área metropolitana por parte de la IPS. • Programas educativos para la promoción y prevención dirigida a los usuarios de la IPS.

DEBILIDADES	FORTALEZA
<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada ubicación de los consultorios para atención de adultos mayores. • Ausencia de personal para el manejo del SIAU. • Ausencia de un profesional en Trabajo Social • Bajos presupuestos para el manejo de los programas educativos de promoción y prevención dirigido a los usuarios de la IPS COOMULTRASAN • Bajos cobertura en los programas educativos de promoción y prevención. No se cuenta con estrategias informativas para de información de los programas educativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clima laboral favorable al conjunto de trabajadores. • Interés por el conocimiento de la población beneficiaria a través de intervenciones profesionales desde diferentes campos. • Apoyo a los estudiantes para realizar sus prácticas profesionales en la institución • Estructura administrativa, Reconocimiento y posicionamiento de la empresa en Santander. • Personal calificado y comprometido Presencia de las practicantes de trabajo social. • Implementación del Sistema TONIC para el cliente interno. • Permanente innovación en estrategias educativas. • Objetivos de acuerdo a metas semestrales en los programas de promoción y prevención. • Sistematización de historias clínicas • Implementación del SIAU y su nuevo enfoque (educación al usuario, programas educativos y seguimiento a las solicitudes de mejoramiento).
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema obligatorio de garantía de la calidad. • Posicionamiento de la EPS SALUDCOOP en el Departamento. • Ley 100 art. 185, 186,188. Creación de las IPS. • Resolución 412 del 2000 Promoción y prevención. • Resolución 5261 de 1994 clasificación de la salud por niveles de atención. • Personal profesional altamente preparado en la región. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la normatividad legal en lo concerniente del Sistema de seguridad social en Colombia que afecte a la IPS Terminación del contrato con SALUDCOOP. • Creciente competencia del sector salud E.P.S e I.P.S en Colombia. • Situación epidemiológica del departamento y del país.

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Una vez establecida la matriz DOFA se realizó un cruce de variables y una priorización según su impacto en la organización (Alto, Medio o Bajo), con el fin de establecer cuáles eran los aspectos más relevantes, que orientarían el proceso de intervención sobre el programa de Promoción y Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. De ahí, se construye dos (2) matrices donde se puede observar por una parte las debilidades y las fortalezas que tiene la organización, y por otra, el Perfil de Amenazas y Oportunidades del Medio (POAM), las cuales se presenta a continuación:

Tabla 10. Matriz de Capacidad Interna.

DEBILIDADES	Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto
Carencia de base de datos de los usuarios afiliados a la IPS Coomultrasan.	X		
Desconocimiento de la población usuaria que pertenece al programa de riesgos cardiovascular por parte de la IPS.	X		
Ausencia de plataforma de atención al usuario.	X		
Inadecuados canales de comunicación entre la IPS y sus usuarios con respecto a los programas educativos.		X	
Bajos presupuestos para el manejo de los programas educativos de promoción y prevención dirigido a los usuarios de la IPS COOMULTRASAN.	X		
Ausencia de un profesional en Trabajo Social	X		
Bajas cobertura en los programas educativos de promoción y prevención. No se cuenta con estrategias informativas sobre los programas educativos.		X	
FORTALEZAS	Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto
Programas educativos para la promoción y prevención dirigida a los usuarios de la IPS.	X		
Interés por el conocimiento de la población beneficiaria a través de intervenciones profesionales desde diferentes campos.	X		
Permanente innovación en estrategias educativas.		X	
Objetivos de acuerdo a metas semestrales en los programas de promoción y prevención.		X	
Apoyo a los estudiantes para realizar sus prácticas profesionales en la institución.		X	

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Tabla 11. Perfil de Amenazas y Oportunidades del Medio (POAM)

OPORTUNIDADES	Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto
Sistema obligatorio de garantía de la calidad.	x		
Ley 100 art. 185, 186,188. Creación de las IPS.	x		
Resolución 412 del 2000 Promoción y prevención.	x		
Personal profesional altamente preparado en la región.	x		
AMENAZAS	Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto
Cambio en la normatividad legal en lo concerniente del Sistema de seguridad social en Colombia que afecte a la IPS Terminación del contrato con SALUDCOOP	X		
Creciente competencia del sector salud E.P.S e I.P.S en Colombia.		X	
Situación epidemiológica del departamento y del país.	X		

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

Para la priorización de las estrategias más pertinentes y viables según los recursos y el tiempo disponible para la ejecución del periodo de práctica, se realizó el análisis de la matriz DOFA mediante el cruce de variables (FO –Fortalezas y Oportunidades-, DO –Debilidades y Oportunidades, FA -Fortalezas y Amenazas- y, DA–Debilidades y Amenazas).

Tabla 12. Cruce de Variables

(FO)	(DO)
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a la población usuaria y establecer nuevos programas que garanticen mayor cobertura para prevenir enfermedades presentadas y promocionar estilos de vida saludables. • Afianzar el sistema de información y atención al usuario (SIAU) a través de mayor apoyo de profesionales en áreas competentes. • Asignar el presupuesto destinado para promoción y prevención de la IPS con el fin ampliar la cobertura en los programas educativos. • Desarrollar proyectos que mejoren la calidad de la atención prestada para el mejoramiento de la salud de los usuarios. • Impulsar actitudes en el personal de la IPS favorables para el buen desempeño en la institución y su contribución a la buena imagen de la EPS SALUDCOOP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación actual de los usuarios de la IPS Coomultrasan con el fin de saber y mejorar su calidad de vida. • Estipular a un número considerable de empleados de acuerdo con el número de usuarios de la IPS, para garantizar el adecuado funcionamiento del SIAU con el fin de mejorar la calidad de los servicios prestados. • Ampliar la cobertura de los programas de promoción y prevención diseñando estrategias de información sobre los mismos. • Infundir la importancia de un profesional en trabajo social para liderar y apoyar procesos propios de la profesión.
(FA)	(DA)
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular constantemente al personal para su identificación con los objetivos propuestos por la IPS. • Prestar servicios de excelente calidad con el fin de convertirse en la empresa modelo de prestación de servicios de salud. • Apoyar nuevos programas educativos que lleguen a un mayor número de usuarios motivando la participación constante en los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación actual de los usuarios de la IPS con el fin de prestar los mejores servicios de calidad para convertirse en la empresa modelo del área de la salud. • Funcionamiento del SIAU con el fin de brindar un servicio con base a las políticas de calidad de la institución.

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

4.3 PLAN DE ACCIÓN

Según lo analizado anteriormente se programaron los siguientes objetivos a realizar durante la intervención profesional:

Objetivo General:

Implementar estrategias para el fortalecimiento del programa de Riesgo Cardiovascular -RCV - de la IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, en PRO del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Objetivos Específicos:

- Definir estrategias que posibiliten el fortalecimiento del proceso de promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Caracterizar a los usuarios para establecer que factores sociodemográficos afectan en el proceso de prevención y tratamiento de la enfermedad.
- Analizar la relación entre las condiciones sociodemográficas y el riesgo cardiovascular en los beneficiarios del programa.
- Elaborar una propuesta sobre estilos de vida saludable que mejore los programas educativos sobre las enfermedades cardiovasculares desde una perspectiva de responsabilidad social.

Según los objetivos estratégicos planteados, se desarrolla un plan operativo para establecer estrategias que posibiliten el fortalecimiento del proceso de promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares de la IPS COOMULTRASAN y un análisis sobre la relación de las condiciones sociodemográficas y los Riesgos Cardiovasculares en beneficiarios del programa “RCV” y, que serían ejecutados en la práctica.

4.3.1 Plan Operativo

Tabla 13. Plan Operativo

Objetivo 1: Definir estrategias que posibiliten el fortalecimiento del proceso de promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares de la IPS COOMULTRASAN.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
Implementación del programa de salud cardiovascular - PSCV	Capacitación a equipo de salud en orientaciones técnicas sobre el programa PSCV.	Participación del 90% del personal Administrativo, médico y enfermeras	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeras de los programas educativos.• Estudiante de Trabajo Social

Objetivo 1: Definir estrategias que posibiliten el fortalecimiento del proceso de promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares de la IPS COOMULTRASAN.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
	Promover y facilitar la comunicación y redes de apoyo a usuarios del programa de RCV.	Participación del 70% de los usuarios a las socializaciones y redes de apoyo.	Estudiante de Trabajo Social
	Estudio de detección de factores RCV	Participación del 70% de los usuarios a la toma de exámenes y citas de control.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras de los programas educativos. • Estudiante de Trabajo Social.
	Seguimiento y evaluación de las actividades.	Cumplimiento del 100% de las actividades respecto a la implementación del programa.	Estudiante de Trabajo Social

Objetivo 2: Caracterizar a los usuarios para establecer que factores sociodemográficos afectan en el proceso de prevención y tratamiento de la enfermedad.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
Caracterización sociodemográfica de los usuarios	Elaboración del instrumento de recolección de información.	Instrumento piloto de caracterización sociodemográfica.	Estudiante de Trabajo Social
	Aplicación del instrumento de caracterización a los usuarios del programa de Riesgo cardiovascular.	Caracterización del 100% de los usuarios.	Estudiante de Trabajo Social
	Análisis de los resultados en relación con los factores sociodemográficos que afectan el proceso de prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular.	Relación de las condiciones sociodemográficas y los Riesgos Cardiovasculares	Estudiante de Trabajo Social

Objetivo 3: Analizar la relación entre las condiciones sociodemográficas y el riesgo cardiovascular en los beneficiarios del programa.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
Elaboración de un análisis que identifique la relación que tiene las condiciones sociodemográficas de los usuarios con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.	Revisión documental sobre estudios a nivel internacional y nacional referentes a la relación de las condiciones sociodemográficas y las enfermedades cardiovasculares.	Obtener información que sirva como soporte para el análisis.	Estudiante de Trabajo Social
	Investigar sobre los programas de estilos de vida saludables que se prestan en la IPS COOMULTRASAN.	Obtener información que sirva como soporte para el análisis.	Estudiante de Trabajo Social
	Caracterización sociodemográfica de los usuarios del programa.	Caracterización del 100% de los usuarios.	Estudiante de Trabajo Social

Objetivo 4: Elaborar una propuesta de estilos de vida saludable que mejore los programas educativos sobre las enfermedades cardiovasculares desde una perspectiva de responsabilidad social.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
Diseño del programa Estilos de vida saludable desde la RSE			Estudiante de Trabajo Social
	Vincular las familias de los usuarios del programa de riesgo cardiovascular en la situación de riesgo que presentan, para que estas se conviertan en apoyo que fortalezca el proceso de compensación de la enfermedad.	Visitar a los usuarios del programa de RCV	Estudiante de Trabajo Social
	Mantener los índices del	Satisfacción del 100% de	Estudiante de Trabajo

Objetivo 4: Elaborar una propuesta de estilos de vida saludable que mejore los programas educativos sobre las enfermedades cardiovasculares desde una perspectiva de responsabilidad social.			
Estrategia	Acción Estratégica	Meta	Recurso Humano
	bienestar físico y psicológico en los usuarios del programa.	los usuarios.	Social

4.3.2 Descripción del proceso de ejecución. A continuación, se describe el proceso de ejecución del plan de acción.

- **OBJETIVO ESTRATÉGICO 1:** Definir estrategias que posibiliten el fortalecimiento del proceso de promoción y prevención de las enfermedades cardiovasculares de la IPS COOMULTRASAN.

- **ESTRATEGIA:** Implementación del programa de salud cardiovascular - PSCV

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las Enfermedades Cardiovasculares. Este “nace” el 2002 producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes (DM), cuyo principal cambio fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular (CV) global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada.

Para dar cumplimiento de esta estrategia se ejecutaron las siguientes actividades:

- La IPS COOMULTRASAN debe contar con un equipo responsable y capacitado en el PSCV: médico, enfermera, nutricionista y el apoyo social (psicóloga y/o trabajadora social), según disponibilidad.
- El médico o enfermeras encargadas del programa de Riesgo Cardiovascular de la IPS COOMULTRASAN, realizan una anamnesis, examen físico, evaluación

de los exámenes de ingreso, clasificación del riesgo cardiovascular y diagnóstico de otras condiciones asociadas. Esta información debe ser registrada en una Ficha clínica ad-hoc, de tal modo que esta evaluación marque una línea basal para posteriores evaluaciones.

- Se define el nivel de riesgo cardiovascular individual para establecer las metas terapéuticas que la persona debe alcanzar en el manejo de los factores de riesgo mayores modificables.
 - Se define el manejo terapéutico de la persona considerando su nivel de riesgo cardiovascular global. Una vez alcanzadas éstas, se define la periodicidad de los controles.
 - Evaluaciones cualitativas: satisfacción de los usuarios, identificar causas por las cuales algunos grupos no acceden al PSCV, etc.
 - **OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:** Caracterizar a los usuarios para establecer que factores sociodemográficos afectan en el proceso de prevención y tratamiento de la enfermedad.
- **ESTRATEGIA:** Caracterización sociodemográfica de los usuarios.

La Caracterización sociodemográfica, es básica para identificar los factores sociales y económicos que influyen en el programa de RCV de la IPS COOMULTRASAN, la cual proporcionará información acerca de:

- Las condiciones actuales de la población usuaria a nivel social, económico, familiar, cultural, psicosocial e institucional.
- Identificar a los usuarios del Programa de Riesgo Cardiovascular y conocer en que condición reciben la prestación del servicio de salud, de tal forma que se posibilite realizar un trabajo encaminado al diseño de nuevas acciones y modificaciones, en el sistema de atención al usuario.
- Identifica las condiciones que influyen en la evolución de su patología

- Identificar las falencias y aciertos en la atención prestada.
- Determina las acciones de atención que desde Trabajo Social se pueden hacer en la atención del usuario desde el programa de R.C.V.

Para la caracterización sociodemográfica se produjo la información mediante la encuesta.

La Encuesta: Se considera a la encuesta como un método, para indicar que el investigador no se guía por sus propias suposiciones y observaciones, sino prefiere dejarse guiar por las opiniones, actitudes o preferencias del público para lograr ciertos conocimientos. Es un método que permite explorar sistemáticamente lo que otras personas saben, sienten, profesan o creen.

La técnica de recolección de datos es la entrevista, que se convirtió en la técnica inicial de la caracterización, debido a que se consideró que mediante el diálogo con algunos usuarios de las diferentes sedes de la IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, se podía obtener indicadores relevantes provenientes de las descripciones que ellas realizan en cuanto a su experiencia. Estas categorías se transformaron en las guías para los siguientes pasos de la caracterización.

Según lo descrito, los discursos y el diálogo se produjeron con esta técnica, siendo receptivo a los estímulos que entregaron los sujetos y los contextos en que ellos están inmersos.

- **OBJETIVO ESTRATÉGICO 3:** Analizar la relación entre las condiciones sociodemográficas y el riesgo cardiovascular en los beneficiarios del programa.
- **ESTRATEGIA:** Elaboración de un análisis que identifique la relación que tiene las condiciones sociodemográficas de los usuarios con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

Análisis sobre la relación de las condiciones sociodemográficas y los Riesgos Cardiovasculares

Factores de Riesgo Cardiovascular

Para los fines de este estudio, se indagó sobre factores de riesgo de comportamiento y biológicos, cuyas categorías de análisis y puntos de corte fueron determinados a partir de los criterios definidos en otras experiencias internacionales.

Los factores de riesgo comportamental fueron los siguientes: consumo de tabaco, consumo de alcohol e inactividad física en el tiempo libre. Tomando en consideración las bebidas alcohólicas, se considera consumo de bebidas alcohólicas la persona que ingiera más de cinco tragos o más de cinco cervezas en una sola ocasión. La inactividad física se define como la persona que en los últimos siete (7) días no había realizado ejercicios de intensidad moderada o vigorosa durante al menos diez (10) minutos seguidos.

En indicadores de factores de riesgo biológico se estableció la presencia de sobrepeso u obesidad, cifras de presión arterial elevadas e hipercolesterolemia. Las personas fueron catalogadas con sobrepeso u obesidad, si el índice de masa corporal era igual o mayor a 25 kg/m². Se consideró presión arterial elevada en caso de que las cifras diastólicas fueran mayores a 90 mm Hg o las cifras sistólicas fueran mayores a 140 mm Hg. Y por último la colesterolemia fue determinada a partir de la medición sérica en ayunas, definiéndose niveles elevados a partir de 200 mg/dl.

Tabla 14. Factores de Riesgo Comportamental

Características Sociodemográficas	Factor de Riesgo Comportamental		
	Inactividad Física	Consumo de Alcohol	Consumo de Tabaco
Total de Usuarios 195	No. de personas	No. de personas	No. de personas
Edad			
21 - 30 años	0	2	2
31 - 40 años	1	2	2
41 - 50 años	10	10	18
51 - 60 años	22	10	31
61 - 70 años	56	13	22
71 - 80 años	40	5	16
81 - 90 años	11	0	3
Estrato Socioeconómico			
1	28	15	26
2	61	19	39
3	31	8	20
4	20	0	9
Sexo			
Femenino	85	14	20
Masculino	65	28	74
Estado Civil			
Soltero (a)	5	8	11
Casado (a)	100	23	68
Viudo (a)	34	0	7
Escolaridad			
Analfabeta	5	5	4
Básica	23	11	17
Incompleta	54	10	32
Básica Completa	15	2	8
Media Incompleta	38	9	14
Situación Laboral			
Empleado (a)	23	6	16
Independiente	50	24	24
(a) Pensionado	15	8	4

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

En la tabla 14, se describen las prevalencias de los factores de riesgo comportamentales de acuerdo con las variables sociodemográficas contempladas en el estudio. En el 100% del total de usuarios (195 personas), las prevalencias de inactividad física en tiempo libre son del 76,2%, de consumo agudo de alcohol 21,5% y de consumo actual de tabaco 48,2 %, respectivamente.

Las prevalencias de inactivos físicos fueron mayores en las personas con las siguientes características: edades de 61 a 70 años (37,7%), sexo femenino (56,6%), estado civil casado (66,6%), nivel socioeconómico II (40,6%), nivel educativo de básica completa (36,0%), tener como situación laboral el desempleo (41,3%), evidenciado en mujeres amas de casa. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables sociodemográficas.

El consumo agudo de alcohol fue más frecuente en las edades de 61 a 70 años (30,9%), personas de sexo masculino (66,6%), estado civil casado (54,7%), de nivel socioeconómico II (45,2%), con básica incompleta (26,9%), cuya principal actividad en el último mes de trabajo es independiente (57,1%). Se evidenciaron diferencias estadísticas significativas por edad y nivel educativo.

Los fumadores actuales se encontraron con mayor frecuencia en personas de edades de 51 a 60 años (32,9%), de sexo masculino (78,7%), de estado civil casado(72,3%), con nivel socioeconómico II (41,4%), con básica completa (34,0%), que estaban desempleados en el momento de la encuesta (53,1%). Se evidenciaron diferencias estadísticas significativas por sexo y estado civil.

Con respecto a los factores comportamentales se destaca que las personas con mayor RCV son los usuarios hombres con estado civil casados en edades de 61 a 70 años, que viven en estrato socioeconómico II y se encuentran actualmente desempleados, ya sea por la edad o por la inactividad económica.

Tabla 15. Factores de Riesgo Biológico

*Porcentajes (con errores estándar relativos) de factores de riesgo biológico

Características Sociodemográficas	Factor de Riesgo Biológico		
	Sobrepeso u Obesidad	Presión Arterial	Colesterolemia
Total de Usuarios 195	No. de personas	No. de personas	No. de personas
Edad			
21 - 30 años	6,2	1,5	6,2
31 - 40 años	11,8	12,1	11,8
41 - 50 años	22,6	16,7	21,6
51 - 60 años	32,9	10,7	14,3
81 - 90 años	43,3	55,5	32,9
Estrato Socioeconómico			
1	6,8	7,5	19,0
2	19,0	18,1	6,8
3	16,0	7,5	7,3
Sexo			
Femenino	48,4	17,5	16,6
Masculino	33,4	15,2	18,0
Estado Civil			
Soltero (a)	25,6	5,6	12,3
Casado (a)	58,6	23,8	26,6
Viudo (a)	72,2	35,5	16,7
Separado (a)	49,6	21,4	21,3
Escolaridad			
Analfabeta	35,8	13,0	15,6
Básica Incompleta	58,4	35,8	28,6
Básica Completa	57,8	18,7	22,3
Media Incompleta	30,1	9,1	21,7
Media Completa	35,3	11,6	18,1
Técnico	34,5	8,6	7,0
Superior	32,9	5,0	13,9

Características Sociodemográficas	Factor de Riesgo Biológico		
	Sobrepeso u Obesidad	Presión Arterial	Colesterolemia
Total de Usuarios 195	No. de personas	No. de personas	No. de personas
Situación Laboral			
Empleado (a)	45,0	10,5	20,4
Independiente (a)	16,1	6,7	23,2
Pensionado (a)	36,0	9,6	30,2
Desempleado (a)	52,0	30,0	7,7

Fuente: Análisis realizado por Viviana Andrea Vargas Delgado. Profesional en formación en Trabajo Social. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2012.

En la tabla 15, se observa que las prevalencias de hipercolesterolemia, presión arterial y sobrepeso u obesidad en el total de usuarios, fueron de: 18, 29,5 y 51,2% respectivamente.

Las prevalencias de sobrepeso u obesidad se encontraron con mayor frecuencia en personas de edades de 61 a 70 años (43,3%), sexo femenino (48,4%), estado civil casado (58,6%), nivel socioeconómico II (19,0%), nivel educativo de primaria incompleta (58,4%), estar en situación laboral de desempleado (52,0%). Se evidenciaron diferencias estadísticas significativas por el nivel socioeconómico.

Las cifras con respecto a la presión arterial fueron más frecuentes en las edades de 81 a 90 años (55,5%), personas de sexo femenino (17,5%), viudas (35,5%), de nivel socioeconómico II (18,1%), con primaria incompleta (35,8%), cuya ocupación principal es el desempleo (se considera como oficios del hogar) (30,0%). Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en todas las características, excepto el nivel socioeconómico.

La prevalencia de hipercolesterolemia fue mayor en personas de 81 a 90 años (32,9%), sexo masculino (18,0%), estado civil casado (26,6%), nivel socioeconómico I (19,0%), nivel educativo de primaria incompleta (28,6%), personas pensionadas (30,2%).

Con respecto a los factores biológicos se destaca que las personas con mayor RCV son las usuarias mujeres con estado civil casadas en edades de 81 a 90 años, que viven en estrato socioeconómico II y se encuentran actualmente desempleados, este nivel de desempleo se caracteriza por los oficios del hogar o la inactividad económica debido a la edad.

Análisis De Las Condiciones De RCV en los Usuarios De La IPS COOMULTRASAN

En este estudio se evidencia que las prevalencias de factores de riesgo cardiovasculares en las personas usuarias de la IPS Coomultrasan, son notablemente elevadas con respecto al programa de prevención y control de enfermedades CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles)⁴⁶, pues los hallazgos encontrados en las cifras expuestas anteriormente destacan la prioridad de manejar estrategias para el mejoramiento de los factores de RCV en las IPS.

La prevalencia de consumo actual de tabaco fue del 48,2% en el total de población de referencia. Esta cifra es mayor con respecto a los resultados encontrados en los estudios de mayor relevancia con respecto al tema de RCV; el primer estudio

⁴⁶ PROGRAMA CARMEN: Diversos estudios realizados en el país han permitido conocer cuáles son los principales factores de riesgo, que están ocasionando la aparición de las Enfermedades Crónicas. Estos factores son: Uso del tabaco, hábitos alimentarios no saludables, Alcohol, sedentarismo, colesterol alto, hipertensión arterial, baja cobertura de los servicios de diagnóstico de cáncer de mama y cuello de útero. El proyecto CARMEN coordina e integra estrategias y acciones combinadas de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad en el marco de la comunidad y de los servicios de salud, la intervención se desarrolla con un trabajo intersectorial e interdisciplinario y con la participación activa de las comunidades. Organización Mundial de la Salud (OMS) [Página institucional en Internet].<http://www.col.ops-oms.org/prevencion/carmen.asp>. [Consulta: 23 de Abril de 2012].

es en el año 2004 conocido como Boletín Epidemiológico Distrital⁴⁷ que presenta una cifra del 26,9% del total de las personas en Bogotá; el segundo es el trabajo por el estudio de Conocimiento, Aptitudes y Prácticas de Enfermedades Cardiovasculares (CAP-ECCV), llevado a cabo por el Instituto de Seguridad Social y Profamilia en 1993 (22,7%) y al estudio Enfrec II (Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas) (21,5%).⁴⁸

Con respecto al consumo de alcohol, los hechos de violencia, la accidentalidad y el desarrollo de enfermedades mortales asociados a éste tema, dimensionan a gran escala el problema actual de la salud pública, ya que se hace necesario diseñar estrategias de intervención el programas de promoción y prevención en los grupos poblacionales con mayores prevalencias en el fenómeno: personas de edades de 61 a 70 años, quienes manifiestan haber consumido más de cinco tragos de alcohol en una sola ocasión en los últimos 30 días.

La prevalencia de inactivos en tiempo libre fue del 78,2%. Esta situación expone que del total de usuarios en el programa de promoción y prevención (P y P) para RCV, la mayoría de las personas no hacen ejercicio de ningún tipo dificultando el proceso de mejoramiento de su calidad de vida y así mismo limitando los esfuerzos estratégicos del programa P y P.

Con respecto a las prevalencias de indicadores biológicos, este estudio evidencia que el 20, 16,7 y 43,3% de las personas a las que se les determinó la medición de indicadores biológicos, presentaban hipercolesterolemia, presión arterial elevada y sobrepeso u obesidad, respectivamente. Algunas de estas cifras son superiores a los datos encontrados en diversos estudios regionales y nacionales. El estudio

⁴⁷ ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. Boletín Epidemiológico Distrital. Bogotá: Secretaria de Salud. 2004.

⁴⁸ MINISTERIO DE SALUD. Centro Nacional de Consultoría. III Estudio de Salud bucal - ENSAB III, II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas – ENFREC II. Tomo II: Tabaquismo. Colombia, 1999.

Enfrec II encontró que el 37% de la población adulta colombiana presentaba cifras de colesterol elevadas, así como una prevalencia auto notificada de hipertensión arterial del 14%⁴⁹.

La caracterización de los usuarios evidencia la asociación existente entre las condiciones sociodemográficas y la frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares, mostrando que el estrato socioeconómico y la situación laboral influye en la dinámica integral de las formas de promoción y prevención de las ECV, pues las personas con menor estrato se encuentran desempleadas o con trabajo no formales que dificultan la compra de los alimentos adecuados y la toma de medicamentos que regulan el RCV.

El incremento de la mortalidad en las condiciones de pobreza de las personas y/o comunidades subraya los factores la relación entre las variables sociodemográficas y RCV, pues las altas proporciones de mujeres cabeza de familia, altos índices de criminalidad y deficiencia en recursos comunitarios, determinan el deterioro de los niveles de soporte social, que ha sido identificado como un importante determinante en comportamientos según la cultura.

La mayor fortaleza identificada en este estudio es la alta tasa de respuesta obtenida por los usuarios en la mejora de los indicadores de comportamiento, lo cual permite realizar estrategias en P y P que mejoren la calidad de vida, desde el conocimiento de los individuos en el ámbito personal y social. De igual manera, se determinan una diversidad amplia de hábitos y comportamientos que posibilitan profundizar en los análisis de este estudio. Sin embargo, debido a las limitaciones del tiempo de la práctica profesional no se presentan en el documento.

⁴⁹ ibíd.

Se deben identificar varias limitaciones en el desarrollo de la caracterización que dificultan el análisis. Una de ellas es la dimensión transversal de las mediciones, la cual impide controlar adecuadamente la temporalidad de algunas asociaciones encontradas. Un segundo aspecto es la alta tasa de no respuesta en indicadores biológicos o la respuesta de auto selección que imposibilita resultados concretos y verídicos. Este trabajo es el punto de partida para intervenciones de índole social que mejoren los programas de P y P en la IPS Coomultrasan Bucaramanga, los cuales permitirán después de algunos años evaluar los logros en las metas inicialmente propuestas, para reducir la presencia de factores de riesgo cardiovascular.

4.4. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

La evaluación del proceso de práctica se realizó de forma continua durante toda la intervención realizada. Por una parte, se realiza seguimiento y evaluación de todas las actividades ejecutadas en los objetivos estratégicos, permitiendo dar cumplimiento de los logros y la eficacia y la eficiencia de cada una de dichas actividades; asimismo, se realizó una evaluación de todo el proceso de acción profesional desarrollado durante la experiencia.

El proceso de práctica aportó a la IPS COOMULTRASAN, la base para proponer la implementación del programa de salud cardiovascular - PSCV -, exigido por el ministerio de salud, para establecer estrategias que mejoren los programas educativos sobre las enfermedades cardiovasculares, la detección de los factores de riesgos y la calidad de vida de los usuarios que sufren dichas enfermedades. Los demás objetivos surgieron a partir del proceso de ubicación y diagnóstico llevado a cabo al inicio de la práctica y producto de algunas solicitudes realizadas por la IPS.

En relación con las acciones ejecutadas en la prevención de las enfermedades cardiovasculares de los usuarios, fue posible el diseño, organización y ejecución de estrategias dirigidas a la promoción de la salud y el fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables. Entre los comportamientos aconsejables para la salud o comportamientos saludables están, como indicamos previamente, dormir siete u ocho horas cada día, desayunar cada mañana, nunca comer entre comidas pocas veces, aproximarse al peso conveniente en función de la talla, no fumar, usar moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento abstemio, y realizar con regularidad alguna actividad física.

Durante el desarrollo de las actividades, se observó interés y constante participación de los usuarios del programa de Riesgo Cardiovascular en los talleres y socializaciones orientadas al mejoramiento de su bienestar. Asimismo, el personal médico encargado del programa participó en las capacitaciones referidas al programa de salud cardiovascular.

Con la ejecución del plan de acción se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Errores existentes al interior del programa de Riesgo Cardiovascular, pues no existía claridad y organización de funciones.
- La inexistencia de los usuarios del programa a las diferentes actividades; esto como resultado de la falta de información y/o comunicación del personal médico con los usuarios. No se encontraban carteleras que permitiera dar a conocer el día y la hora en que se realizaban dichas actividades preventivas.
- No se contaba con un listado actualizado de los usuarios activos en el programa. (Base de datos desactualizadas).

Aunque se presentó inconvenientes respecto a las instalaciones para realizar los talleres y actividades de socialización con el personal médico y los usuarios, se fomentaron grupos de reflexión frente a la importancia de mantener estilos de vida saludables y el integrar los vínculos familiares que sirvan de apoyo en el mejoramiento de su calidad de vida. Es importante señalar que se dejaron planteadas las temáticas, metodología y el cronograma de trabajo para continuar con su ejecución, si fuese posible, por la siguiente estudiante en práctica.

En cuanto al diseño e implementación de una propuesta de estilos de vida saludable que mejore los programas educativos sobre las enfermedades cardiovasculares desde una perspectiva de responsabilidad social, se realizó una revisión documental pertinente para fundamentar más adelante, la propuesta de implementación. Así mismo en el marco de este objetivo el programa brinda la oportunidad a la población de informarse sobre aspectos básicos de alimentación saludable, actividad física, manejo de stress, no ingesta de sustancias tóxicas, entre otros. Además a los participantes se les realizarán exámenes de laboratorio, toma de medidas antropométricas, signos vitales.

De acuerdo con lo anterior, desde la profesión de Trabajo Social se buscó gerenciar procesos de desarrollo humano, buscando relacionar los objetivos individuales de los usuarios con la misión y visión de la IPS.

De manera general, durante el proceso de práctica se aplicó lo aprendido en la academia y se logró la aplicación de varias de las metodologías de la profesión, asimismo, se comprendió que el abordaje de las temáticas de la Salud pública y las Enfermedades Cardiovasculares es bastante amplio ya que abarca varias áreas del Trabajo Social y hace posible el desarrollo de competencias y habilidades en el accionar con grupos y personas en temáticas como autoestima, sentido de pertenencia, estilos de vida saludables y apoyo para aumentar en el nivel en la calidad de vida.

Es gratificante tener este tipo de experiencias, pues el tema de la salud pública es un campo muy amplio en el que se pueden desarrollar competencias valiosas para la profesión, así como del aporte en la experiencia para la estudiante. Es por esto que desde la academia es importante fortalecer y aumentar los contenidos en relación con la salud que se ofrecen a los y las estudiantes, lo cual fomentará la construcción de aprendizajes más amplios a partir de la experiencia en campo y promover así el desarrollo y reconocimiento de la profesión.

Respecto a las asesorías de la directora de la práctica; es importante resaltar, que se presentaron limitaciones en la práctica, ya que la directora encargada de asesorar el presente trabajo en el año 2008, no se encontraba en las horas establecidas para orientar este proceso, asimismo, comentó no tener conocimiento en profundidad sobre las etapas de la intervención en IPS y recomendó buscar a un profesional especializado en intervención en salud.

Como estudiante manifesté la inconformidad con la directora, pues como docente de la Escuela de Trabajo Social y asesora de proyectos de grado, debe tener un vasto conocimiento en temas relacionados con temas de intervención social. Por esta razón, se atrasa la entrega del documento, hasta el año 2012 que se asigna nueva directora del proyecto, con el fin de orientar la adecuada redacción y metodología de la práctica realizada en el 2008.

5. PROPUESTA: PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DESDE UNA PERSPECTIVA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

5.1 JUSTIFICACIÓN

El trabajador social en el área de la salud, es el profesional que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planeación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y evaluación, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades en la búsqueda de mejorar su calidad de vida⁵⁰.

Teniendo como punto de apoyo el concepto de salud emanado de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: como “el completo estado del bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, examinamos la relación que existe entre la salud y el desarrollo del individuo como persona en la sociedad y en su contexto, se reconoce la salud como una infraestructura inseparable del bienestar individual y colectivo, que busca mejorar el nivel de vida para la población. De ahí, se hace necesario el diseño de actividades estratégicas que atiendan las carencias detectadas y garanticen una atención integral al usuario, emanada desde su situación real y sentida. Desde esta perspectiva se propende por mejorar la calidad de vida de la población y se busca que la IPS como una institución de salud líder sea reconocida por la excelencia y calidad de sus servicios.

⁵⁰ HOSPITAL GENERAL DURANGO. México. [Página institucional en Internet]. http://www.hospitalgeneraldurango.gob.mx/Trabajo_social.html. [Consulta: 23 de Abril de 2012].

La responsabilidad social en el campo de la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado deben de evitar perjudicar la salud de los individuos; proteger el medio ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas nocivas para la salud; asimismo, incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la equidad como parte integral del desarrollo de las políticas.

Se plantea la necesidad de incluir un programa de corte transversal orientado en los estilos de vida saludables, debido a los altos índices presentados en el análisis de las relaciones entre las condiciones sociodemográficas y el riesgo a padecer una enfermedad cardiovascular. Por esta razón, el implementar un programa anual que involucre a los usuarios, desde la educación, que provee de información relevante y pertinente al contexto enfocada en los estilos de vida saludables, es cumplir con el aspecto misional desde la responsabilidad social como institución prestadora de servicios.

5.2 OBJETIVO

5.2.1 Objetivo general. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del programa RCV, mediante acciones y actividades integrales de promoción de la salud, que induzcan a las personas a adoptar, regularmente, una alimentación equilibrada y la práctica de actividad física como hábito de vida saludable.

5.2.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer y promover los hábitos deportivos y de cuidado de salud.

- Disminuir las enfermedades crónicas, tales como cardiovasculares, respiratorias y problema de columna.
- Disfrutar de las actividades físicas como esparcimiento fuera del horario laboral conservando el placer por ellas.
- Promover en la comunidad docente Estilos de Vida Saludables, que permitan tomar conciencia sobre las repercusiones positivas que generan en la salud física y mental así como aprender a valorar positivamente la salud y conocer la relación de esta con la alimentación, la actividad física y la forma de manejar el estrés.

Las actividades se presentan en cuatro dimensiones:

1. Realización de actividad física, bajo el contexto de la motricidad humana, desarrollada dos veces a la semana por los usuarios en las jornadas de recreación y socialización de actividades.
2. Alimentación saludable, los usuarios en conjunto con sus familias desarrollan hábitos alimenticios saludables, donde la nutricionista provee pautas y guías informativas para realizar una dieta saludable y adecuada a cada situación del usuario. Se deberán realizar talleres de cocina sustentados bajo el lema saludable.
3. Recursos naturales: se iniciará un programa de huerta saludable orientado a la sustentabilidad y cuidado del medio ambiente.
4. Confección de material informativo (papelógrafos, flyers y documentos varios) que provee de información relevante y principales beneficios en cuanto a las buenas prácticas de alimentación saludable y realización de actividad física.

Para tener en cuenta:

- Con este programa se pretende además modificar hábitos como el consumo de licor y tabaco, el sedentarismo, el estrés y disminuir el riesgo de enfermedades como la hipertensión, infartos, derrame cerebral, obesidad, diabetes y depresión.
- Entre las actividades físicas que promueven la salud y los estilos de vida saludables se encuentran las siguientes: la educación física, el deporte y la recreación, que caracterizan el ser, el hacer y el ser con otros respectivamente. El ser integral está conformado por las dimensiones corporal, afectiva, cognitiva, comunicativa, ética y estética.

Componentes:

- **Educativo**

1. Mediante talleres los usuarios construyen conceptos, hábitos, prácticas, aptitudes y actitudes sobre estilos de vida saludable, posibilitándoles su estructuración como ser humano y su desarrollo armónico.
2. El personal médico se apropian de conocimientos teórico-prácticos relacionados con nutrición y estilos de vida saludable que les permita fortalecer sus prácticas.
3. Los familiares tienen conocimientos, hábitos y prácticas sobre estilos de vida saludable y nutrición que les permite mejorar los procesos de alimentación y actividad física de los usuarios del programa de RCV.

- **Nutricional – alimentario**

Garantizar que los usuarios reciban un aporte nutricional del 80% de las necesidades diarias de calorías y nutrientes, mediante una minuta patrón equilibrado de acuerdo a su facto de riesgo cardiovascular, favoreciendo la disminución de las enfermedades cardiovasculares.

Monitoreo del estado nutricional

Detección del riesgo nutricional agudo, crónico y de obesidad en los usuarios para generar acciones educativas, de promoción y prevención con las familias.

- **Salud**

Ejecutar estrategias de promoción y prevención de nutrición y estilos de vida saludable con todos los beneficiarios del programa a través del establecimiento de alianzas estratégicas.

- **Enfoques o elementos de estilos de vida saludable**

Siendo amplia la temática sobre estilos de vida saludable, la IPS COOMULTRASAN ha elegido los siguientes elementos como asuntos sobre los cuales apuntar e impactar en el cumplimiento de su misión y objetivos institucionales:

Tabla 16. Estilos de vida saludable

Alimentación balanceada	Actividad física	Buen trato	Factores protectores psicosociales	Cuidado del medio ambiente	Prevención de riesgos
Promoción de hábitos alimentarios saludables desde la infancia. Presentación y práctica los conceptos de variedad, proporcionalidad y balance en el consumo de alimentos.	La práctica un deporte adecuado las características de cada uno o la realización de ejercicio físico constante ayuda a mantener en forma la salud.	Favorece el aprendizaje y contribuye a la construcción de relaciones sociales basadas en el respeto y la afectividad.	Condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y de reducir los efectos de circunstancias desfavorables	Formación de la conciencia ambiental en los usuarios favoreciendo actitudes de conservación, reutilización, Aprovechamiento y valoración de los recursos naturales.	Incorporación de la prevención de riesgos desde la perspectiva del autocuidado, como actitud de vida.

6. CONCLUSIONES

Los estilos de vida y los patrones de conducta personal parecen ser los principales factores determinantes de las enfermedades cardiovasculares en la morbilidad, discapacidad y mortalidad. Estos factores de riesgo participan directamente en la cadena de la enfermedad, sirven como predictores y su intervención modifica el estado de salud de las personas. A nivel mundial, las Enfermedades Cardiovasculares constituyen un problema de salud pública relevante, ya que son causa frecuente de morbilidad y mortalidad, consumiendo importantes recursos económicos. En Estados Unidos causan cerca de 6.2 millones de hospitalizaciones anuales y son responsables de 925.000 muertes cada año, constituyendo un gasto anual de 329,2 millones de dólares. En Chile, una de cada tres defunciones ocurre por causa Cardiovascular, con una tasa de mortalidad de 144,0 por 100.000 habitantes.

A nivel nacional, las guías Colombianas de Síndrome Coronario Agudo que presenta la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular cobran especial importancia si tenemos en cuenta que en Colombia, según el Informe sobre la Situación de la Salud en Colombia 2011 del Ministerio de la Protección Social, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o por cánceres combinados .

De ahí, que instituciones de salud promueven programas de riesgo cardiovascular, con el fin de encontrar alternativas que permitan enfrentar el riesgo de las epidemias silenciosas, como la obesidad, la hipertensión arterial y las dislipidemias, como una necesidad impostergable que requiere de su fortalecimiento e impulso para mejorar la calidad de vida de las personas. Se entiende por Riesgo Cardiovascular (RCV) como la probabilidad de desarrollar una

ECV (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica) en un período de tiempo definido, por característica biológica o comportamiento de vida inadecuados.

La IPS COOMULTRASAN BUCARAMANGA, a partir de ésta realidad, brinda programas de prevención y promoción orientados a mantener el estado de salud de los usuarios, y a detectar en forma temprana las enfermedades y prevenir sus complicaciones; a través de la promoción de estilos de vida saludables en los usuarios y sus familias, la educación y la acción sobre factores de riesgo. En éste sentido ofrece el programa de RCV con actividades asistenciales y educativas para disminuir y evitar la aparición de complicaciones de usuarios con hipertensión arterial, diabetes o dislipidemias; asimismo, brinda la educación sobre los riesgos y a forma de manejarlos, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida.

No obstante, En el estudio se evidencia que la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en las personas usuarias de la IPS Coomultrasan, son notablemente elevadas con respecto al programa de prevención y control de enfermedades CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles) , pues los hallazgos encontrados en las cifras expuestas anteriormente destacan la prioridad de manejar estrategias para el mejoramiento de los factores de RCV en las IPS.

La prevalencia de consumo actual de tabaco fue del 48,2% en el total de población de referencia. Esta cifra es mayor con respecto a los resultados encontrados en los estudios de mayor relevancia con respecto al tema de RCV; el primer estudio es en el año 2004 conocido como Boletín Epidemiológico Distrital que presenta una cifra del 26,9% del total de las personas en Bogotá; el segundo es el trabajo por el estudio de Conocimiento, Aptitudes y Prácticas de Enfermedades Cardiovasculares (CAP-ECCV), llevado a cabo por el Instituto de Seguridad Social

y Profamilia en 1993 (22,7%) y al estudio Enfrec II (Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas) (21,5%).

Asimismo, la caracterización de los usuarios evidencia la asociación existente entre las condiciones sociodemográficas y la frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares, mostrando que el estrato socioeconómico y la situación laboral influye en la dinámica integral de las formas de promoción y prevención de las ECV, pues las personas con menor estrato se encuentran desempleadas o con trabajo no formales que dificultan la compra de los alimentos adecuados y la toma de medicamentos que regulan los RCV.

En las organizaciones es importante fomentar acciones que apunten a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, fundamentándose en los derechos humanos, la Constitución Nacional y el Sistema de Salud. Es por esto, que el rol profesional de Trabajo Social cobra importancia, generando espacios y propuestas alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

El rol del Trabajador social en las diversas áreas de intervención tiene compromisos y responsabilidades con el desarrollo del bienestar de las personas, donde es relevante conocer aspectos, particularidades y características sociales, económicas y demográficas, así como la realidad vivida de la población involucrada, con el propósito de diseñar una propuesta que conlleve al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Cuando se busca intervenir en la transformación de estilos de vida es muy importante conocer las particularidades del contexto, la formación cultural y nivel educativo de aquellas personas con los que se pretende trabajar, con el fin de fomentar cambios en los comportamientos y hábitos saludables, propiciando ajustes en los entornos sociales en que se desenvuelva, pero reconociendo

siempre sus conocimientos acerca de la temática abordada frente a la realidad vivida.

7. RECOMENDACIONES

A la IPS Coomultrasan

Se recomienda continuar con el desarrollo de actividades en pro del bienestar de los usuarios del programa de promoción y prevención de RCV, con el fin de modificar factores comportamentales que influyan en los riesgos de enfermedades cardiovasculares; así mismo implementar estrategias de adherencia al programa.

Se recomienda implementar la propuesta de fortalecimiento del programa con el fin del mejoramiento en la prestación del servicio de atención en los niveles de enfermedad, e incrementar estilos de vida saludables entre la población beneficiaria.

Se requiere además, la contratación de una persona que se encargue exclusivamente del área acompañamiento social del programa en compañía de los practicantes de trabajo social, puesto que las prácticas profesionales tienen poco tiempo para desarrollar procesos continuados y así se hará inducción de los estudiantes para seguir con el proceso de fortalecimiento del programa.

A la Escuela

Brindar el apoyo de profesionales capacitados en las asesorías para desempeñar funciones en pro de las personas, con el fin de conllevar a las transformaciones sociales.

Seguir orientado a los estudiantes en los procesos de las prácticas profesionales y su respectivo desempeño en ellas.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE MEDELLÍN entre Otros. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global – Evaluación de su impacto poblacional. Medellín y sus corregimientos 2007 -2008. Último informe. 2008.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Boletín Epidemiológico Distrital. Bogotá: Secretaria de Salud. 2004.

CALDERÓN HERRERA, Jaime. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia. Colombia. Revista el Espectador. 2011. Edición online: [<http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo128311-enfermedad-cardiovascular-principal- causa-de-muerte-Colombia //>].

CANDELARIO BRITO, Julio Cesar y Otros. Estimación del riesgo cardiovascular global en pacientes con diabetes mellitus. Cuba: Medisan (17). 2013.

CARBAJO GARCÍA, Petra Julia. Factores Sociodemográficos asociados a Conductas Relacionadas con la Salud en los Jóvenes de la Comunidad Autónoma de Madrid. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 2002.

CERECERO, Patricia y Otros. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México. México: Salud Pública. 2009

COOMULTRASAN MULTIACTIVA IPS. [Documento en Internet]. <http://www.coomultrasan.com.co/ips/secciones-8-s/filosofia-corporativa.htm>

COOMULTRASAN. Coomultrasan Avanza en la Gestión del Riesgo Cardiovascular de los Colombianos. Junio 2012.

CUEVAS FERNÁNDEZ, Francisco José. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes. España: Universidad de la Laguna. Soportes Audiovisuales. 2004.

DIEZ VIGIL. José Luis. Evaluación y Análisis del Programa de Detección de Cáncer de Mama y de los Carcinomas de Intervalo en el Distrito Almería entre los años 1995 y 2006. Almería. Universidad de Granada. 2006.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ALIMENTACIÓN. Plan de Salud Cardiovascular. España. Comunidad de Madrid. 2007.

DOMINGUEZ MERLANO, Eulises. Estado del Arte sobre Investigación en Educación de Niños Menores de Siete Años en el Departamento del Magdalena. Barranquilla. Universidad del Norte. [Artículo en Internet]. <http://www.uninorte.edu.co/divisiones/iese/lumen/ediciones/1/articulo5.html>

ELOUSA, Roberto y MORALES SALINAS, Alberto. Determinación del riesgo cardiovascular total. Caracterización, modelización y objetivos de la prevención según el contexto sociogeográfico. España: Sociedad Española de Cardiología. 2013.

FEDERACION MUNDIAL DEL CORAZÓN. Enfermedades cardiovasculares: una pandemia a nivel mundial. España. 2011.

FUNDACIÓN COLOMBIANA DEL CORAZÓN. [Página institucional en Internet]. <http://www.corazonesresponsables.org/novedades12.html>.

GALVAN CÁHILA, Diana Marcela. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas de Origen Cardiovascular en Uniformados de la Policía Nacional de Colombia, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2009.

GARCÍA OSPINA, Consuelo y TOBÓN CORREA Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica. ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Universidad de caldas. Colombia. 2006.

GUTIERREZ FUENTES, J.A. y Otros. Drece 1990 – 2010: Estudios Biomédicos. Madrid: Instituto Drece. 2011.

HENAO WILLES, Myriam, Los sentidos del estado del arte en la investigación. Texto elaborado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Junio 29. 2001.

HIGASHIDA HIROSE, Berta Y. Ciencias de la Salud. Tercera Edición. México, McGraw- Hill/Interamericana Editores, S.A. 2006.

HOSPITAL GENERAL DURANGO. México. [Página institucional en Internet]. http://www.hospitalgeneraldurango.gob.mx/Trabajo_social.html.

LIMA RABELO, Yelany. Sobrepeso en adolescentes y su relación con algunos factores sociodemográficos. Habana – Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012

MARTÍNEZ, Erika Juliana. Santandereanos mueren más por enfermedades del corazón y tumores. En: Vanguardia Liberal. Bucaramanga. 13 de Junio de 2012.

MINISTERIO DE SALUD. Centro Nacional de Consultoría. III Estudio de Salud bucal - ENSAB III, II Estudio Nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas– ENFREC II. Tomo II: Tabaquismo. Colombia, 1999.

MINISTERIO DE SALUD, Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, Santiago, año 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS - Organización Mundial de la Salud: reporte 2002 “reducir los riesgos y llevar una vida sana”. Geneva, Switzerland: WHO; 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS - Prevención de las enfermedades cardiovasculares: Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Enfermedades y Daños a la Salud. La salud en las Américas. Edición de 1998. Volumen I.

PATIÑO VILLADA, Fredy Alonso y Otros. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y características de la práctica de la actividad física en la población entre 25 y 50 años de la zona urbana del municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia, 2009. ISBN: 978-958-98985-9-8

PIEDROLA GIL, Gregorio. El Concepto de Salud. Boletín Epidemiológico: Organización Panamericana de Salud. Vol. 10 No. 4. 2000.

Programa Salud Cardiovascular. División de Prevención y Control de Enfermedades: Programa de Salud Cardiovascular / División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS. Chile. 2008.

SALDÚA HURTADO, Sofía y RUIZ RINCÓN, Judith. Estado del Arte Investigación en Comunicación. [Artículo en Internet]. <http://formandoinvestigadores-gft.blogspot.com/2011/01/estado-del-arte.html>

SARMIENTO, Juan Manuel. Enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Colombia. Colombia. Caracol Radio. 2008. [Artículo en línea] <http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/enfermedades-cardiovasculares-son-la-principal-causa-de-muerte-en-Colombia/20080926/nota/678951.aspx>

SECRETARÍA DE COMUNICACIÓN PÚBLICA. Registrarán enfermedades cardiovasculares e infartos. Argentina. Informe de Prensa. Ala de prensa. 2012.

SECRETARIA DE SALUD. Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Riesgo Cardiovascular. México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2008.

SEPULVEDA FLORES, Diana María. Distribución De Las Variables Sociodemográficas De Pacientes Hipertensos Con Y Sin Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación Del Segmento ST. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Básicas. 2009.

STONER y WANKEL. Gerenciamiento Reactivo y Proactivo. 1989. [artículo en Internet]. <http://www.managershelp.com/gerenciamiento-reactivo-y-gerenciamiento-proactivo.htm>

UNIMAT PREVENCIÓN. Plan de Prevención del Riesgo Cardiovascular. Universitat Jaume I. Castelló de la Plana – España. 2010.

UNIVERSIDAD DE MAGALLANES. Evaluación De Riesgo Cardiovascular En Adolescentes De Segundo Y Tercer Año De Enseñanza Media De Establecimientos Educativos. Chile. Facultad de ciencias sociales y de salud.

ANEXOS

ANEXO A. Caracterización social de la población usuaria – Programa Riesgo Cardiovascular

CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN USUARIA
PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR
I.P.S. COOMULTRASAN MULTIACTIVA BUCARAMANGA Y AREA METROPOLITANA

1. IDENTIFICACION PERSONAL																				
1.1 Nombres y Apellidos			1.2 Fecha de Nacimiento Dia ___ Mes ___ Año ___				1.3 Cedula de Ciudadanía CC _____ de _____				1.4 Edad Años ___			1.5 Sexo M ___ F ___						
1.6 Dirección			1.7 Barrio				1.8 Municipio				1.9 No Telefónico									
2. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS.																				
2.1 ESTADO CIVIL			Casado(a) _____			Unión Libre _____			Viudo(a) _____			Separado(a) _____			Otro _____ Cuales _____					
2.2 ESCOLARIDAD																				
Primaria _____				Secundaria _____				Técnica _____				Profesional _____				Ninguna _____			Otro _____	Cual _____
2.3 SITUACION LABORAL																				
Empleado(a) _____				Independiente _____				Pensionado(a) _____				Desempleado(a) _____				Otra _____				Cual _____
2.4 ESTRUCTURA FAMILIAR																				
2.4.1. GRUPO FAMILIAR																				
Nombres y Apellidos	Parentesco	Sexo		Edad	Estado Civil					Nivel de Escolaridad								Lee	Escribe	
		M	F		Soltero(a)	Casado(a)	Unión Libre	Separado(a)	Viud	Primaria		Secundaria		Técnica		Universidad				
		C	I							C	I	C	I	C	I					
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
2.4.2. ECONOMIA FAMILIAR																				
Nombres y Apellidos	Ocupación				Sin Ocupación	Depend. Econom	Fuentes de Ingreso Familiar							Aporta						
	Indep	Empl	Empl Fliar	Pensionado			Salario	Arriendo	Pensión	Interes	Negocio	Otros	Si	No						
1																				
2																				
3																				
4																				

5																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ingresos Familiares	
Menos de 0.5 SMLMV	De 0.5 a 1 SMLMV
De 1 a 2 SMLMV	De 2 a 3 SMLMV
De 3 a 4 SMLMV	Mas de 4 SMLMV
2.4.3 Dinámica Familiar	
2.4.3.1 Su familia Conoce cual es su enfermedad? SI NO	
2.4.3.2 De que manera contribuye sus familiares al cuidado de su enfermedad? Inspeccionando la ingesta de los medicamentos ___ Supervisando la dieta recomendada ___ Promoviendo la actividad física ___ Promoviendo hábitos saludables ___ Controlando periódicamente la presión arterial ___ Revisando y verificando la asistencia al control médico ___ Registrando la toma de exámenes solicitados por el medico ___ acompañando a los controles médicos ___ Ninguna Otras Cuales	

3. SOCIOCULTURAL			
3.1. Hábitos		3.2. Cuales Alimentos acostumbra a consumir diariamente?	
	SI	NO	Algunas Veces
Practica algún deporte			
Fuma			
Ingiere bebidas Alcohólicas			
3.3. cuantas veces al día come			
3.4. En donde come normalmente		Casa	Restaurante
		Otras	Cuales

4. PSICOSOCIAL	
4.1. Cual de estas enfermedades padece actualmente : Hipertensión Diabetes Hipertensión y Diabetes Dislipidemias	
4.2. Hace cuanto tiempo fue diagnosticada la enfermedad : De 1 a 6 meses De 6 meses a 1 año De 1 a 2 años De 2 a 3 años De 3 a 5 años > 5 años	
4.3. Desde que pertenece al programa su salud : Mejoro Desmejoro Sigue igual	
4.4. Conoce los cuidados que debe tener para el mejoramiento de su salud: SI NO	
4.5. Cuales de los siguiente cuidados practica para el mejoramiento de su salud? Toma los medicamentos recetados ___ Sigue la dieta recomendada ___ Realiza alguna actividad física ___ Controla periódicamente su presión arterial ___ Asiste oportunamente a control médico ___ Practica Hábitos saludables ___ Se practica oportunamente los exámenes recomendados ___ Ninguna ___	
4.6. Cuales de los siguiente items considera que pueda ser consecuencia debido al no cuidado de la enfermedad? Muerte Infarto difícil cicatrización de las heridas amputaciones trombosis disminución de la visión Daño renal	
4.7. Que lo motiva a asistir al programa? Bienestar de su salud Satisfacción personal Satisfacción familiar otras cuales?	
4.8. Quien lo motiva a asistir al programa ? Hijos Nietos Conyugue Amigos(as) Médico Enfermera Usted mismo Otro Cuales	
4.9. Cuantas clases diferentes de pastillas debe consumir diariamente ? 1 2 3 4 5 6 7 Mas de 7	

5. DESPLAZAMIENTO AL SITIO DE CONTROL				
5.1. Normalmente que lapso de tiempo gasta en llegar al sitio de control?				
Menos de 30 min	De 30 min a 1 Hora	De 1 a 2 Horas	Mas de 2 Horas	
5.2. Que costo tiene el desplazamiento la lugar de consulta?				
Ninguno	De \$1000 a \$3000	De \$3000 a \$5000	De \$5000 a \$10000	Mas de \$10000

5. INSTITUCIONAL					
6.1. En donde asiste usted a consulta externa? COOMULTRASAN CABECERA ___ COOMULTRASAN CAÑAVERAL ___ COOMULTRASAN POBLADO ___ CAFI-COOMULTRASAN ___ COOMULTRASAN CENTRO ___ COOMULTRASAN Cta 35 _____					
6.2. Cuanto tiempo lleva de afiliación a la I.P.S COOMULTRASAN? De 1 a 6 meses ___ De 6 meses a 1 año ___ De 1 a 2 años ___ De 2 a 3 años ___ De 3 a 5 años ___ > 5 años ___				6.2.1. Tipo de Afiliación IPS Cotizante ___ Beneficiario ___	
6.3. Cómo llego al programa de Riesgo Cardiovascular? Médico General ___ Internista ___ Por su voluntad ___ Otros ___ Cuales _____					
6.4. Cuanto tiempo lleva perteneciendo la programa de Riesgo cardiovascular? De 1 a 6 meses ___ De 6 meses a 1 año ___ De 1 a 2 años ___ De 2 a 3 años ___ De 3 a 5 años ___ > 5 años ___					
6.5. Entiende las indicaciones dadas por el personal que lo atiende?				BUENA	MALA
	SI	NO	ALGUNAS VECES	6.6 Califique la atención prestada por el personal que lo atiende	REGULAR
Forma de tomar los medicamentos					
Dieta recomendada					
Actividades físicas recomendadas					
Exámenes a realizar					
				6.7. Califique el Programa de Riesgo Cardiovascular	

