

## EXPERIENCIA DEL PROGRAMA “DE TODO CORAZÓN”

Experiencia de las personas con riesgo cardiovascular y el equipo interdisciplinario en la atención integral del programa “*de todo corazón*” implementado en la Unidad Especializada de Salud de la Universidad Industrial de Santander desde 2007 al 2019

- Sistematización de experiencias-

Liliana Xiomara Moreno Solano

Enfermera

Trabajo de aplicación para optar al título de  
Maestría en intervención social

Directora

Luz Dary Sarmiento Rojas

TS Esp. Evaluación y Gerencia de Proyectos

MSc. Estudios y Gestión del Desarrollo

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Intervención Social

Bucaramanga

2020

## Contenido

Introducción .....	11
1. Objetivos.....	14
1.1. Objetivo general .....	14
1.2. Objetivos específicos .....	14
2. Marco de referencia .....	14
2.1. Marco teórico, conceptual y normativo del programa de prevención del riesgo cardiovascular .....	14
2.2. Marco teórico, conceptual y metodológico de la reconstrucción y análisis de la experiencia .....	18
2.2.1. Concepto de sistematización que orienta este trabajo .....	18
2.2.2. Proceso metodológico de la sistematización de experiencias .....	20
2.2.3. Enfoque y conceptos de análisis.....	22
3. Delimitación de la experiencia y ruta metodológica .....	26
3.1. El punto de partida y la delimitación de la experiencia.....	26
3.2. Selección de participantes y conformación del colectivo sistematizador.....	27
3.3. Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos .....	28
3.4. El proceso de análisis y elaboración de informe final .....	29
4. Reconstrucción analítica de la experiencia.....	30
4.1. Presentación de la experiencia: elementos centrales de la atención integral.....	30
4.2. Recuperación histórica de la experiencia .....	35
4.2.1. ¿En dónde se hizo? .....	35
4.2.2. ¿Cómo se hacía antes? .....	36

4.2.3.	¿Por qué se hizo? .....	38
4.2.4.	¿Cómo se hizo?.....	38
4.2.5.	¿Qué se propuso?.....	40
4.2.6.	¿Qué ha pasado? .....	41
5.	Interpretación crítica.....	58
5.1.	¿Qué ha significado esta experiencia para sus integrantes? .....	58
5.1.1.	Modelo centrado en el individuo - integralidad.....	58
5.1.2.	Poder transformador .....	60
5.1.3.	Relación equipo interdisciplinario – paciente/familia .....	64
5.1.4.	Resignificación del paciente como sujeto activo de su salud .....	66
5.1.5.	Deconstrucción de la categorización hegemónica y las subalternidades de las carreras de salud .....	67
5.2.	¿Cuáles han sido los factores de éxito, las limitaciones y las lecciones aprendidas?.	69
5.2.1.	Factores de éxito.....	69
5.2.2.	Limitaciones .....	74
5.2.3.	Lecciones aprendidas.....	78
5.3.	¿Cómo proyectan los participantes el programa?.....	82
6.	Recomendaciones .....	83
	Referencias bibliográficas.....	86
	Apéndices.....	90

### Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus - DM, según meta terapéutica de Hemoglobina glicosilada - HbA1c.....	61
Tabla 2 Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus – DM e Hipertensión Arterial - HTA, según meta terapéutica de Tensión Arterial – TA. ....	61
Tabla 3 Distribución de pacientes valorados según Perfil lipídico.....	62
Tabla 4 Factores de éxito de la experiencia De todo corazón.....	70
Tabla 5 Limitaciones de la experiencia “De todo corazón” .....	74

### Índice de imágenes

Figura 1. Relaciones de las categorías analizadas. ATLAS.ti 8 .....	29
Figura 2. Cambios en la estructura del equipo del programa “De todo corazón” .....	44
Figura 3. Algunos miembros del equipo interdisciplinario 2010 .....	45
Figura 4. Primer taller del programa. UIS sede Bucarica, 2007. ....	47
Figura 5. Actividad física grupal – Taller “De todo corazón”2008 .....	48
Figura 6. Tercer taller del programa, CAPRUIS, 2008 .....	50
Figura 7. Muestra de ejercicios de balance. Usuarios del convenio CAPRUIS - PROGYM, 2008 .....	52
Figura 8. Conversatorio, 2013 .....	55
Figura 9. Parte del equipo interdisciplinario, Boletín institucional, 2017 .....	56
Figura 10. Participantes en taller grupal 2016 .....	57
Figura 11. Cartelera Institucional 2014 .....	70

## Índice de apéndices

Apéndice A. Línea de tiempo .....	90
Apéndice B. Inventario de información secundaria.....	91
Apéndice C. Guion guía de entrevista individual – fundador.....	92
Apéndice D. Guion guía de entrevista individual – pacientes.....	94
Apéndice E. Guion guía de entrevista a grupo focal .....	96

### **Lista de abreviaturas**

ACV Accidente Cerebro Vascular

APS Atención Primaria en Salud

CAPRUIS Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander

CARMEN Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles

DSS Determinantes Sociales en Salud

EAPB Entidad Administradora del Plan de Beneficios

ECV Enfermedad Cardiovascular

ENT Enfermedades No Transmisibles

GPC Guía de Práctica Clínica

INS Instituto Nacional de Salud

IPS Institución Prestadora de Servicios

MINSALUD Ministerio de Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAIS Política de Atención Integral en Salud

PIB Producto Interno Bruto

PyP Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

RCV Riesgo Cardiovascular

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

UIS Universidad Industrial de Santander

UISALUD Unidad Especializada de Salud de la Universidad Industrial de Santander

## RESUMEN

**TÍTULO:** EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROGRAMA “DE TODO CORAZÓN” IMPLEMENTADO EN LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER DESDE 2007 AL 2019.\*

**AUTOR:** LILIANA XIOMARA MORENO SOLANO. \*\*

**PALABRAS CLAVES:** SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA, RIESGO CARDIOVASCULAR, ABORDAJE INTEGRAL.

**DESCRIPCIÓN:** Las enfermedades cardiovasculares se ubican como principal causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2018), adicionalmente representan altos costos económicos y sociales. La reducción de la incidencia, la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, es de interés en salud pública. Esto ha conllevado a la implementación de estrategias intersectoriales, dentro de las que se encuentra la atención brindada por las instituciones de salud, lugar donde se desarrolla esta experiencia. El interés específico de sistematizar la experiencia del programa “De todo corazón”, se fundamenta en que es una experiencia que cuenta con una metodología innovadora, centrada en el abordaje integral de los usuarios por medio de un equipo interdisciplinario, y que ha sido reconocida por la industria, los usuarios y la institución. El eje de sistematización fue el Abordaje integral. El colectivo sistematizador reflexionó de manera crítica y extrajo los principales significados, estos son: Modelo centrado en el individuo – integralidad, su poder transformador, la relación equipo interdisciplinario – paciente/familia, la resignificación del paciente como sujeto activo de su salud, y la deconstrucción de la categorización hegemónica y las subalternidades de las carreras de salud. Adicionalmente, se analizaron los factores de éxito, las limitaciones y las lecciones aprendidas, para finalmente plantear algunas recomendaciones con las que se espera mejorar la intervención.

\* Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Intervención social.

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Luz Dary Sarmiento Rojas, MSc. Estudios y Gestión del Desarrollo

## ABSTRACT

**TITLE:** EXPERIENCE OF THE PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR RISK AND INTERDISCIPLINARY HEALTH TEAM IN THE PRIMARY ATENTION ON THE “DE TODO CORAZÓN” PROGRAM, IMPLEMENTED IN THE UNIDAD ESPECIALIZADA DE SALUD OF THE UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER FROM 2007 TO 2019.\*

**AUTOR:** LILIANA XIOMARA MORENO SOLANO. \*\*

**KEY WORDS:** EXPERIENCE SYSTEMATIZATION, CARDIOVASCULAR RISK, INTEGRAL APPROACH

**ABSTRACT:** Cardiovascular diseases are the principal cause of death in the world (WHO 2018). Additionally, they represent high economic and social costs. Reduce the incidence, mortality and morbidity of cardiovascular diseases is an interest in public health. This requires intersectorial strategies, like the health care of the health intitutions, where this experience takes place. The specific interest in systematizing the experience of the “De todo corazón” program, is based on the fact that it is an experience that has an innovative methodology, focused on the integral approach of the patients by an interdisciplinary health team, and that it has been recognized by the industry, the patients and the institution. The axis of systematization was the integral approach. The systematizing collective reflected critically and extracted the main meanings, these are: Model focused on the individual - integrality, its transforming Power, the relationship between the interdisciplinary team - patient / family, the resignification of the patient as an active subject of health’s management self and deconstruction of hegemonic categorization and subalternities of health careers. Additionally, the success factors, limitations and lessons learned were analyzed, to finally make some recommendations to improve this intervention.

\* Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Intervención social.

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Luz Dary Sarmiento Rojas, MSc. Estudios y Gestión del Desarrollo

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares se ubican como principal causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2018), adicionalmente representan altos costos económicos y sociales, requiriendo estancias hospitalarias prolongadas y afectando principalmente población adulta en edad productiva, personas que son en muchas ocasiones las encargadas del soporte de sus familias (Gómez-de la Cámara, P. Pinilla-Domínguez, y otros, 2014), Dada esta relevancia mundial, la reducción de la incidencia, la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, es de interés en salud pública.

La muerte prematura y complicaciones asociadas a las enfermedades cardiovasculares son multifactoriales y prevenibles. Teniendo esto como base, la Organización Mundial de la Salud - OMS, orienta las estrategias de prevención, a la reducción efectiva de los factores de riesgo como: el tabaquismo, la inactividad física y la dieta mal sana, entre otros (WHO, 2013)

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud – OPS, promueve la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) para reducir los factores de riesgo de estas enfermedades no transmisibles, en particular las cardiovasculares, mediante la coordinación de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, actividades orientadas de manera especial a la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia (OPS, 2011).

En este sentido, como parte de las estrategias implementadas en salud pública en Colombia, se encuentra la atención que brindan las instituciones de salud enmarcadas en el Sistema General de Seguridad Social y Salud (en adelante SGSSS), a los pacientes con patologías crónicas como

hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemia. Por todo esto, adquiere sentido la sistematización de programas institucionales para la prevención, el tratamiento y control de los factores de riesgo cardiovascular, como el programa “*De todo corazón*”, desarrollado en la Universidad Industrial de Santander – UIS.

El interés específico de sistematizar la experiencia del programa “*De todo corazón*”, se fundamenta en que es una experiencia que cuenta con una metodología innovadora, centrada en el abordaje integral de los usuarios por medio de un equipo interdisciplinario, y que ha sido reconocida por los usuarios y la institución. Además, cuenta con el reconocimiento de la industria farmacéutica, con aval del Ministerio de Salud, quien otorgó el premio *Educación es sanar*<sup>1</sup> en 2015. Destacándose en su categoría al ser un programa de atención global que propende por el autocuidado a través de la promoción de cambios de hábitos y de estilos de vida.

Al ser propuesta por razones académicas, abordando una metodología participativa, la sistematización permite según Torres, la oportunidad para reflexionar una experiencia de manera colectiva y con apoyos externos (Torres, 2017). Esto, para el caso de la experiencia “*De todo corazón*”, implicó el abordaje de la experiencia desde cómo la han vivido los usuarios y el equipo profesional del programa, con el propósito de identificar y analizar las vivencias y sentidos de las personas que participan en este, y con ellos extraer las lecciones aprendidas con el fin de fortalecer y mejorar la propia práctica.

El objetivo principal de esta sistematización de experiencias es interpretar crítica y reflexivamente la experiencia vivida por las personas con riesgo cardiovascular y el equipo interdisciplinario en la atención integral que se desarrolla en el programa “*De todo corazón*”. Para

---

<sup>1</sup> Premio a nivel nacional que exalta las estrategias para la prevención, el diagnóstico temprano, el manejo adecuado y la disminución de complicaciones de salud asociadas a la diabetes. Categoría de Instituciones Médicas.

esto se contó con la participación de cinco (5) profesionales del equipo interdisciplinario y nueve (9) pacientes, quienes conformaron el colectivo sistematizador. Dando respuesta a las tres (3) preguntas orientadoras para develar significados, aprendizajes, factores de éxito y limitaciones de la experiencia.

El documento cuenta con los siguientes capítulos: marco de referencia, donde se abarca un contexto teórico, conceptual y metodológico de la sistematización de experiencias y la prevención del riesgo cardiovascular. Sigue con la delimitación de la experiencia, en la cual es abordado el eje central de la sistematización y la ruta metodológica implementada para la realización del presente trabajo, basada en los autores Alfonso Torres y Oscar Jara. En el siguiente capítulo, se presenta la reconstrucción de la experiencia, producto de la revisión documental y el testimonio de participantes fundadores, así como la propia evocación de memoria de la autora. Luego, a partir de todo el análisis y la reflexión colectiva, viene la interpretación crítica del programa "*De todo corazón*", develando sus principales significados, factores de éxito, limitaciones, lecciones aprendidas y como proyectan el futuro del programa sus integrantes. Finalmente, el documento incluye las recomendaciones, que buscan fortalecer las estrategias del programa, propuestas desde sus participantes.

Se espera que este trabajo sea de utilidad para retroalimentar el programa y aporte a la reflexión de la intervención social inmersa en la práctica profesional del sector salud.

## **1. Objetivos**

### **1.1. Objetivo general**

Interpretar crítica y reflexivamente la experiencia vivida por las personas con riesgo cardiovascular y el equipo interdisciplinario en la atención integral que se desarrolla en el programa “*De todo corazón*”.

### **1.2. Objetivos específicos**

1. Reconstruir la experiencia que el programa “*De todo corazón*” ha tenido con la implementación del manejo integral de los pacientes de riesgo cardiovascular.
2. Analizar de forma crítica con los usuarios y los profesionales la experiencia, su significado y su participación.
3. Develar las lecciones aprendidas de la experiencia que contribuyan a fortalecer la relación y participación de los usuarios y el equipo profesional, aportando además al mejoramiento de otros programas de manejo del riesgo cardiovascular.

## **2. Marco de referencia**

### **2.1. Marco teórico, conceptual y normativo del programa de prevención del riesgo cardiovascular**

La Enfermedad Cardiovascular (en adelante ECV) está definida por la OMS como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Los factores de riesgo asociados a la ECV, principalmente los asociados a ataque cardíaco y Accidentes Cerebro Vasculares (en adelante ACV), han sido ampliamente estudiados (OMS, 2017); (Thomas R. Dawber, 1957). Estos factores

incluyen: hipertensión arterial, hiperlipidemia y obesidad (Thomas R., Dawber MD., et. Al, 1957), tabaquismo, dietas malsanas, sedentarismo, consumo nocivo de alcohol, y la diabetes (OMS, 2017). Actualmente existen diferentes algoritmos para calcular el Riesgo Cardiovascular– (en adelante RCV), dentro de los cuales el más usado y contemplado en las Guías de Práctica Clínica, es el cálculo de riesgo Framingham, que predice la probabilidad de sufrir un evento coronario en los próximos 10 años.

Las cifras presentadas por la OMS en 2017 reportan que la ECV es la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los ACV. Más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios. Situación que se comporta de manera similar en Colombia (INS, 2013).

Adicional al impacto en la morbi-mortalidad, las ECV también afectan la estructura socioeconómica.

*“Las ECV y otras enfermedades no transmisibles contribuyen a la pobreza de las familias debido a los gastos sanitarios catastróficos y a los elevados gastos por pagos directos. A nivel macroeconómico, las ECV suponen una pesada carga para las economías de los países de ingresos bajos y medios. Se calcula que, debido a la muerte prematura de muchas personas, las enfermedades no transmisibles, en particular las ECV y la diabetes, pueden reducir el PIB hasta en un 6,77% en los países de ingresos bajos y medios con un crecimiento económico rápido”* (OMS, 2017).

En un estudio realizado en España, determinaron el cálculo por mortalidad prematura, es decir, en menores de 65 años, a causa de ECV, en más de 4 millones de euros que corresponde al 14% del costo por pérdida de productividad por todas las causas durante un seguimiento de 20 años de 1991 a 2011 (Gómez-de la Cámara, P. Pinilla-Domínguez, y otros, 2014).

Por todo lo anterior, las Enfermedades No transmisibles (en adelante ENT), dentro de las cuales se encuentra la ECV, son de gran importancia en Salud Pública. La OMS, en el Plan Global de Acción para la prevención y control de enfermedades no transmisibles para el periodo 2013 – 2020, se propone reducir en un 25 % las muertes prematuras por ENT. Dentro de sus actividades contempla impactar en los Determinantes Sociales de Salud - DSS, como la construcción de ciclo rutas para fomentar la actividad física, por dar un ejemplo. Actividades que modifican el entorno social donde se contribuya a modificar el estilo de vida de los individuos a un estilo saludable. Reconociendo a través del enfoque de los determinantes sociales, cómo las políticas públicas, el contexto del territorio y las diferencias culturales y étnicas, afectan en las condiciones de salud (WHO, 2013).

De igual manera, la OMS/OPS y las diferentes asociaciones médicas, han recomendado los programas de atención primaria enfocados en: la detección temprana de los problemas de salud; y la prevención primaria y secundaria de sus complicaciones; reconociendo que estas acciones deben estar orientadas a la promoción de estilos de vida saludable, acompañadas del manejo terapéutico farmacológico de la hipertensión, la diabetes mellitus y la dislipidemia. Actividades que reducen el RCV y por lo tanto disminuyen los eventos cardiovasculares. Con publicación de guías de práctica clínica (GPC) que recomiendan las actividades en el ejercer de los profesionales de salud para el abordaje de las principales patologías asociadas al RCV, con base en evidencia científica. Entre las cuales se encuentran: la guía del séptimo informe del Joint National Committee – JNC7

sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial; El consenso ATP III para atención de dislipidemias y las guías de atención en Diabetes mellitus elaboradas por la Asociación Latinoamericana de Diabetes - ALAD y la American Diabetes Association - ADA.

En Colombia, los modelos de atención en salud implementados en los servicios de salud se establecen a partir del Plan Nacional de Salud Pública y las intervenciones propuestas se basan en las guías de atención en salud dadas por el Ministerio de Protección Social (Ley 1122 de 2007). El Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) establece a las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles como una prioridad nacional en salud incluyendo metas y estrategias para su prevención y control. Estos modelos de atención proponen equipos multidisciplinarios para el seguimiento, sin embargo, la interpretación e implementación de los programas de riesgo cardiovascular, se organizan y gestionan de acuerdo con los recursos propios de cada institución.

La OPS en 2013, en su publicación *Innovative Care for Chronic Conditions* (PAHO, 2013), manifiesta la necesidad de centrar la atención en el individuo a través de un manejo integrado, teniendo en cuenta que: una misma persona presenta más de un factor de riesgo y/o enfermedad crónica, y que el abordaje de las patologías crónicas de riesgo cardiovascular demanda similares manejo, recomendaciones y recursos. Además, recomienda pasar de sistemas reactivos (atención por eventos y enfermedad) a proactivos (atención que promueve bienestar y salud). Así mismo, aconseja la conformación de equipos interdisciplinarios rompiendo con el sistema tradicional centrado en el medico.

Actualmente, la Política de Atención Integral en Salud de Colombia – PAIS - (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), por primera vez, analiza comparativamente cifras de 2005 y 2010, y señala con preocupación que en solo cinco años la participación de enfermedad crónica creció de 76% al 83%, y propone la creación de la Ruta Integral de Atención Específica para la

población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas, próxima a implementarse.

Como se observa en este breve marco teórico, conceptual y normativo, son numerosos a nivel nacional e internacional, los estudios y recomendaciones sobre la prevención y atención a las ECV, sin embargo, en Colombia por cuestión de recursos, las acciones diseñadas e implementadas, aún se encuentran muy distantes al modelo ideal de atención integral, razón por la cual, experiencias como la del programa “*De todo corazón*”, incentivada en gran parte por el espíritu investigativo e innovador de la institución universitaria, tienen un gran potencial como impulsoras de cambios significativos en el enfoque y modelo de salud a nivel país.

## **2.2. Marco teórico, conceptual y metodológico de la reconstrucción y análisis de la experiencia**

### ***2.2.1. Concepto de sistematización que orienta este trabajo***

Para iniciar, es importante precisar que en el marco de la sistematización una experiencia es según Jara (2011), la práctica personal y colectiva que se adelanta en el campo de la acción cotidiana y que lleva un recorrido histórico y dinámico, preferiblemente con características de innovación y creación, que sirva como fuente de conocimiento de lo social para la transformación de la realidad. Experiencias que requieran conocerse, compartirse y comprenderse.

El concepto y metodología que orientó esta sistematización de experiencias se basa en los autores Oscar Jara y Alfonso Torres. Se retoman elementos de ambos modelos, según las necesidades y particulares de esta sistematización, ya que como reconoce Torres (2017) “*no existe una sola manera o “formula” para abordarla, sino diferentes posibilidades para construir una ruta*

de sistematización” (pág. 37) . De acuerdo con esto, a continuación, se presenta el concepto de Jara (2011), que refleja más adecuadamente el propósito y sentido de esta sistematización:

*“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora”* (p. 4).

La sistematización de experiencias se encuentra inmersa en dos paradigmas: el interpretativo y el crítico, los cuales atraviesan todo el proceso de reconstrucción reflexiva de la experiencia con los participantes y la lectura de la misma y su planteamiento de transformación y mejoría de la propia práctica:

*“La sistematización en perspectiva crítica, se constituye en sistema auto observador donde los actores/observadores problematizan su realidad a través del diálogo con otros actores de la experiencia. En esta perspectiva, los investigadores/actores reflexionan sobre el carácter interpretativo y constructivo de su labor, desplazando el principio de objetividad por el de reflexividad según el cual, se dialoga sobre los alcances y límites de su posición de observadores, de sus propias observaciones y de los objetos de conocimiento que construyen”* (Torres 2017, p. 73).

Adicionalmente, Torres continúa *“contribuye a la formación de los actores observadores en sujetos de saber y de poder, en sujetos sociales críticos, reflexivos y conscientes de su capacidad constructiva y transformadora de los sistemas de los que hacen parte”* (2017, pág. 73).

A partir de estos paradigmas y teniendo en cuenta la importancia que tiene para la sistematización la comprensión de los procesos sociales/institucionales, sus dinámicas, cambios y contexto, desde la perspectiva de sus participantes, para la recolección y análisis de la información en el presente proceso se retomaron elementos propios del método de investigación cualitativa: Técnicas, instrumentos y herramientas de análisis de información

### ***2.2.2. Proceso metodológico de la sistematización de experiencias***

Retomando a Torres (2017) y a Jara (2011), a continuación, se presentan los principales pasos que como ruta metodológica orientaron el presente trabajo.

#### **1. El punto de partida.**

Se parte de la decisión de sistematizar la experiencia, que en este caso es una decisión que nace del interés académico. Que como expresa Torres, es una oportunidad para que el estudiante reflexione sobre su experiencia de manera colectiva y con apoyos externos. Esta experiencia según el mismo Torres, puede ser la misma práctica profesional o un programa.

Para Jara es indispensable haber participado en la experiencia y tener registros de las experiencias. En este sentido, es importante mencionar que la autora de esta sistematización ha participado de la experiencia como profesional de enfermería durante 6 de los 12 años del programa, conociendo su periodo inicial y el más reciente al momento de la sistematización.

#### **2. Preguntas/condiciones iniciales.**

Los autores Jara y Torres coinciden en que se debe analizar el interés y la posibilidad de desarrollar una sistematización en la experiencia. Es importante identificar si la experiencia es colectiva y tiene potencial transformador, preguntar para qué, qué y cómo se hizo.

### **3. Con- formación del colectivo sistematizador.**

Según Torres, “*actuar y reflexionar son actividades distintas y complementarias que exigen tiempos y espacios diferentes*” (2017, pág. 88). Una condición para la conformación del equipo sistematizador es la participación de un colectivo “fundador” y/o algunos de sus militantes.

### **4. Definición de las preguntas o ejes de la sistematización.**

La selección de estas preguntas o eje de sistematización están sujetas al interés y las razones que llevaron a la sistematización. Orientan la reconstrucción, el análisis y la interpretación crítica en torno a la experiencia.

### **5. Recuperación del proceso vivido.**

La reconstrucción cronológica de la experiencia permite una visión global y reconocer hitos o acontecimientos significativos dentro de la experiencia.

### **6. La reflexión de fondo o interpretación crítica de la práctica reconstruida.**

Es necesario fomentar la recordación del proceso vivido y con ello la reflexión conjunta sobre este. Discutir en torno a las preguntas orientadoras de la sistematización. Realizar una lectura crítica con los participantes de ¿por qué pasó lo que pasó?

Este paso, como lo describe Aracelly de Tezanos (Referenciada por Torres, 2017), supone una triangulación por lo menos de tres aspectos: la realidad reconstruida, la teoría acumulada y la lectura de los observadores e investigadores.

### **7. Los puntos de llegada.**

Según Jara, “Se trata de arribar a las principales afirmaciones que surgen como resultado del proceso de sistematización. Son punto de partida para nuevos aprendizajes, por lo que pueden ser inquietudes abiertas pues no se trata de conclusiones “definitivas”. Deben responder a los objetivos

que nos planteamos con esta sistematización. Mirar lo que enseña esta experiencia para el futuro de ella misma y para el de otras experiencias”.

### **8. Síntesis y escritura de informes finales de la sistematización.**

Es indispensable documentar la sistematización. Sirve para comunicar la experiencia al equipo y a la institución donde se desarrolla el programa. Además, permite compartir la práctica con la teoría.

#### ***2.2.3. Enfoque y conceptos de análisis***

Para efectos de la recolección, análisis e interpretación de la información, la sistematización tuvo como fundamento teórico los Determinantes Sociales en Salud (en adelante DSS). Según Mejía “*los DSS consolidan la Salud Pública como una disciplina*” (2013, pág. 29).

La salud pública nace a finales del siglo XVIII con la revolución industrial, y aunque tenía en cuenta las diferencias sociales como causantes de enfermedades, es hasta la década del 70 del siglo XX, en la conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud – APS de Alma-Ata en 1978, que se definen los DSS y toma fuerza la visión contra-hegemónica, desafiando el enfoque positivista en salud que centraba la enfermedad en las condiciones individuales. Este enfoque declara que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial. Además, que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

En 2005 la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Los DSS explican que la salud y el bienestar de las poblaciones están relacionadas no solo con las condiciones biológicas sino, además, con las condiciones de vida dadas por las estructuras políticas, económicas, socioculturales y del medio ambiente presentes en cada territorio. Reconociendo que la salud no es responsabilidad exclusiva del individuo, sino que involucra la responsabilidad del Estado y el sector privado.

Los determinantes se dividen en tres categorías (Mejía, 2013):

- Estructurales: incluye las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.
- Distales: comprende las redes comunitarias y de apoyo.
- Proximales: son aquellos que se relacionan con los factores individuales y biológicos.

El programa “*De todo corazón*” es un programa enmarcado en la atención primaria en salud al orientar su manejo a la promoción de estilos de vida saludable y a la prevención de complicaciones dadas por la presencia de riesgo cardiovascular. Este programa se ubica en las categorías de *Determinantes estructurales* al ser propuesto por la entidad aseguradora bajo una política institucional que pretende cumplir y superar la norma que rige la prestación del servicio de salud; y *Determinantes proximales* y *distales* al ser una institución de régimen especial manejada y atendida por personas que son simultáneamente usuarios del servicio que ofertan y estar encargada de las estrategias a nivel individual para la gestión del riesgo en salud. Se tuvo

como referencia la atención convencional de personas con RCV determinada por el modelo de atención en salud y que da cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud Nacional (*Determinantes estructurales*). En este orden, la presente sistematización está fundamentada en el enfoque de DSS, visión que se fortalece en la participación que tienen en la interpretación crítica las personas que interactúan en esta estrategia innovadora de atención integral.

Un gran determinante estructural en salud en Colombia es el SGSSS, sistema que diferencia los servicios de salud para ricos y pobres, generando una brecha social en salud. La afiliación a entidades de salud depende de la capacidad adquisitiva de cada individuo, es así como, quienes tienen trabajo formal o capacidad de pago, se afilian a aseguradoras privadas (que pueden ser del régimen contributivo, especial y/o excepción), para acceder a los planes básicos de salud, o incluso pueden pagar planes adicionales para ampliar los servicios a los cuales tiene “*derecho*”. Un derecho por el cual debe pagar, gracias al cambio constitucional donde la salud deja de ser un derecho fundamental. Por otra parte, se encuentran las personas en situación de vulnerabilidad, que por diversas razones no pueden pagar una afiliación al régimen contributivo, y entonces el Estado, a través de subsidios, provee la afiliación a aseguradoras privadas del régimen subsidiado que contratan con instituciones prestadoras de servicios en salud públicas y privadas, encargadas de ofrecer los servicios del plan básico de salud. Y otro grupo, lo conforma la población pobre no asegurada, es decir, no pertenecientes a ninguno de los anteriores, este grupo no cuenta con un plan básico de salud, su atención se presta por demanda del servicio.

En este contexto, la formulación de políticas públicas y modelos de atención enfocados en los DSS busca garantizar una atención equitativa en salud. Colombia asume un nuevo reto, la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, en donde el concepto de integralidad comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la

salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

La PAIS exige la interacción coordinada de todas las estructuras del SGSSS, entes territoriales, aseguradores y prestadores públicos y privados, en la implementación de estrategias orientadas al cumplimiento de los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario, así:

*“La Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas que, con base en evidencia, se pueden aplicar de manera efectiva a conglomerados de población indivisibles para actuar sobre algunos de los determinantes proximales y distales de la salud para disminuir la probabilidad de aparición de nueva morbilidad; o controlan la probabilidad de ocurrencia de eventos producidos por deficiencias en los servicios de salud. Se diferencia de la promoción de la salud en que su objetivo no es solo obtener ganancias en bienestar sino reducir la probabilidad de efectos negativos en el riesgo, la enfermedad y sus consecuencias”.* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Las políticas en salud pública incluyen en su planeación un enfoque participativo social, por lo tanto, la sistematización de experiencias de programas de atención integral aporta un conocimiento desde los participantes de esta intervención social, que sirven como referencia para construcción de los lineamientos para la atención en instituciones de toda la población con enfermedades crónicas no transmisibles, como las de riesgo cardiovascular. Esto, con el objetivo de brindar un mayor beneficio a la población y prevenir las complicaciones asociadas a su enfermedad.

### 3. Delimitación de la experiencia y ruta metodológica

#### 3.1. El punto de partida y la delimitación de la experiencia

El punto de partida de esta sistematización de experiencias es el interés académico, orientado por el deseo de reflexionar e interpretar críticamente la práctica de más de 10 años de trayectoria con el colectivo participante.

Para efectos de la reflexión crítica de la experiencia, esta fue delimitada entorno al eje de sistematización: *Abordaje integral*, definido como una experiencia de metodología innovadora en la valoración, educación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con riesgo cardiovasculares inscritos en el programa *De todo corazón*, implementado en la Unidad Especializada de Salud de la Universidad Industrial de Santander entre los años 2007 al 2019.

Este eje fue abordado por medio de las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo han vivido la experiencia los profesionales y usuarios, qué ha significado y cómo ha sido su participación en la atención integral en el programa?
2. ¿Cuáles son, desde la perspectiva de los usuarios y los profesionales, los factores de éxito, las limitaciones y las lecciones aprendidas de la atención integral mediante circuitos, talleres, acondicionamiento físico e interdisciplinariedad?
3. ¿Cómo ven a largo plazo el programa los usuarios y el personal de salud que lo tienen a cargo?

### **3.2. Selección de participantes y conformación del colectivo sistematizador**

El grupo de sistematización estuvo conformado por integrantes del equipo interdisciplinario y pacientes inscritos al programa. Por parte del equipo interdisciplinario, participaron cinco (5) integrantes de cada una de las disciplinas que conforman actualmente los circuitos. Por parte de los pacientes inscritos al programa, conformaron el grupo de sistematización nueve (9) usuarios.

La selección de los participantes fue intencional y estratificada, teniendo en cuenta su disponibilidad y manifestación voluntaria de participar en la sistematización. Se conformó el colectivo con características heterogéneas, con la participación ambos géneros, ligeramente más mujeres que hombres. Se siguió la recomendación de los autores de referencia, buscando que el grupo estuviera conformado por participantes del programa desde sus inicios; se invitaron, además, otros pacientes que ingresaron a mitad de camino del programa y unos pacientes con al menos 3 años de estar participando de la experiencia, tiempo que se determinó como mínimo para que les permitiera conocer las diferentes actividades. Adicionalmente, se tuvo en cuenta que participaran integrantes con características diversas, dadas por categoría de RCV, tipo de afiliación a la entidad (cotizantes y beneficiarios) y ocupación (activos laboralmente, pensionados y personas dedicadas a labores de cuidado).

La participación en el equipo sistematizador fue voluntaria, previo consentimiento y garantizando la confidencialidad de los datos. En este orden, para efectos del uso de testimonios en el presente documento, las citas extraídas de los profesionales del equipo de salud se identifican con el código PRO, mientras que las citas de los usuarios participantes de la experiencia se identifican con el código DTC.

### 3.3. Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos

Por otra parte, las técnicas para la recolección de información empleadas fueron:

**Revisión Documental:** se realizó una recopilación de documentos, informes, fotografías, registros físicos y digitales que reposaban en el archivo del programa o que tenían sus participantes. Estos documentos, organizados en un inventario y seleccionados según su representatividad para la sistematización, sirvieron básicamente para apoyar la reconstrucción histórica de la experiencia.

Ver anexo 1. Inventario de información secundaria

**Entrevistas Individuales:** se realizó entrevista semiestructurada al médico fundador del programa, con el fin de profundizar la reconstrucción basada en los documentos recopilados. Igualmente, para la reconstrucción analítica se contó con diversos momentos de conversación informal con cuatro (4) personas participantes de la experiencia como pacientes o profesionales, que aportaron información a través de sus narrativas.

De igual forma, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas vía telefónica con 9 pacientes. Aquí es importante señalar, que se había planeado abordar a estos participantes mediante la técnica de grupo focal, sin embargo, debido a la contingencia por pandemia de COVID-19, que se presentó en Colombia a partir del primer trimestre de 2020, fue necesario modificar la técnica, ya que, por tener criterios de severidad asociados con el virus, estos pacientes debían cumplir con cuarentena obligatoria.

Ver anexo 2: Guion guía de entrevista individual - fundador

Ver anexo 3: Guion guía de entrevista individual – paciente

**Entrevista de Grupo Focal:** el trabajo de análisis crítico de la experiencia realizado con el equipo interdisciplinario se hizo a través de un encuentro en el que se desarrolló una guía de grupo focal.

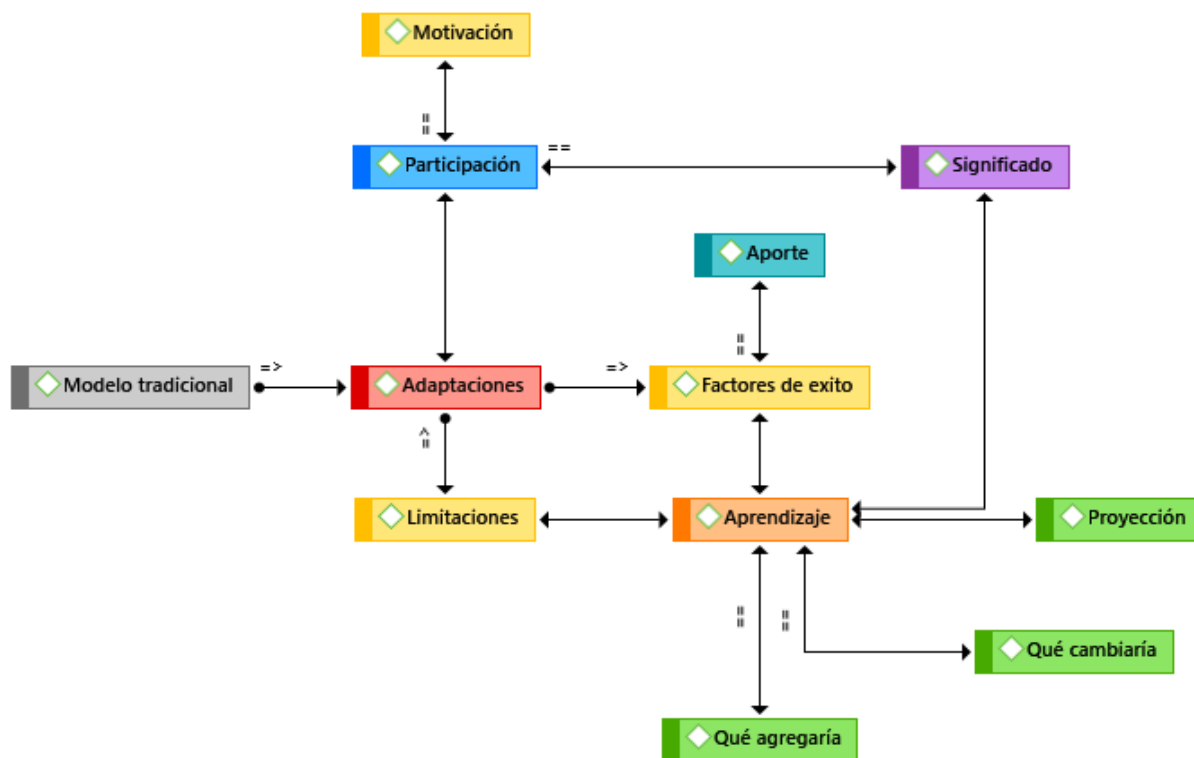
Ver anexo 4: Guion guía de entrevista a grupo focal

### 3.4. El proceso de análisis y elaboración de informe final

Seguidamente, el análisis de los datos cualitativos se apoyó en el programa ATLAS ti 8, con licencia gratuita. Agrupando los datos en 12 categorías, relacionadas de la manera en que lo podemos ver en la figura 1:

**Figura 1**

*Relaciones de las categorías analizadas. ATLAS.ti 8*



Nota: Elaboración propia en programa ATLAS.ti 8

Las categorías *modelo tradicional y adaptaciones*, aportaron información para la reconstrucción de la experiencia, sus antecedentes y la metodología empleada.

Por otra parte, las categorías *motivación, participación, significado y aporte*, dieron respuesta a la pregunta ¿Cómo han vivido la experiencia los profesionales y usuarios, qué ha significado y cómo ha sido su participación en la atención integral en el programa?

Como parte del proceso de interpretación crítica se llegaron a develar los *aprendizajes, factores de éxito y limitaciones* categorías que dan respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son, desde la perspectiva de los usuarios y los profesionales, los factores de éxito, las limitaciones y las lecciones aprendidas de la atención integral mediante circuitos, talleres, acondicionamiento físico e interdisciplinariedad?

En cuanto a la pregunta ¿Cómo ven a largo plazo el programa los usuarios y el personal de salud que lo tienen a cargo?, la categoría *proyección* nos permitió profundizar en ella; al igual que las categorías *qué cambiaría y qué agregaría*, a partir de las cuales se pudieron extraer algunas recomendaciones que pretenden mejorar la experiencia.

Finalmente, de acuerdo con estas categorías previas de ordenamiento, se identificaron las categorías de análisis emergentes que dieron contenido a los hallazgos en torno cada una de las preguntas y sirvieron como guía para la escritura del informe final, el cual fue elaborado exclusivamente por la autora.

## **4.Reconstrucción analítica de la experiencia**

### **4.1. Presentación de la experiencia: elementos centrales de la atención integral**

La *atención integral* es la metodología innovadora en la valoración, educación, tratamiento y seguimiento de los pacientes con riesgo cardiovascular inscritos en el programa “*De todo corazón*”, ya que contempla diversas estrategias con el respaldo de un equipo interdisciplinario de salud y por lo tanto, tal como se ha mencionado anteriormente, es el *eje de sistematización* de este trabajo.

Las actividades que componen esta experiencia son:

- Identificación de la población con riesgo cardiovascular: Búsqueda a partir de valoraciones preventivas, consulta externa, reporte de eventos en clínicas, de personas con factores de riesgo cardiovascular.
- Remisión e invitación para ingresar al programa: Una vez identificados los riesgos, se hace la invitación a la persona a participar voluntariamente en el programa “*De todo corazón*” para la gestión del riesgo y la atención en salud.
- Inducción al programa: Consiste en explicar la metodología de la atención dentro del programa y de las diferentes actividades que se realizan.
- Atención en los Circuitos: corresponde a la valoración y educación individualizada por parte del equipo interdisciplinario. Con periodicidad programada según características propias de la persona en el control de sus patologías.
- Participación en talleres grupales donde se brinda educación en salud, actividad física y preparación de alimentos saludables.
- Inclusión en el programa de acondicionamiento físico que consiste en 20 sesiones de ejercicio guiado por fisioterapia.
- Remisión a especialidades como psicología, cardiología, nefrología, endocrinología, oftalmología y medicina aplicada al deporte.

A continuación se describirán y analizarán a profundidad los elementos centrales de la atención integral, los cuales son: circuitos, talleres, acondicionamiento físico e interconsultas:

- a. Circuito:** es el nombre que se le da a las citas para realizar los controles integrales de seguimiento de la salud de la población con riesgo cardiovascular. Consiste en la atención presencial en la institución de salud, en la cual la persona citada dispone de 2 horas para asistir a consulta con cada profesional de salud que hace parte del programa en un mismo día. Es decir, cada 30 minutos la persona cambia de profesional, al finalizar, ya ha estado en consulta con nutrición, medicina, enfermería y fisioterapia, donde ha recibido las valoraciones específicas y el plan terapéutico según cada competencia. Se realiza valoración de diversos parámetros físicos, exámenes de laboratorio, hábitos de salud y adherencia al tratamiento farmacológico; se establecen metas terapéuticas y se hace seguimiento de estas; se brinda educación en salud y promoción de estilos de vida saludable y se llevan registros en historia clínica y en formatos del paciente para promover en ellos el autoconocimiento de su estado de salud, participación en el proceso de control de la enfermedad, prevención de complicaciones y autocuidado. La atención mediante circuitos se diferencia de los controles convencionales en que esta es realizada por un equipo interdisciplinario y no únicamente por un médico. El paciente es citado por circuito cada 3, 4, 5 o 6 meses, según necesidad.

Inicialmente el circuito estaba conformado por profesionales en medicina general o especialista en medicina interna, nutrición, fisioterapia, trabajo social, odontología y enfermería. Hoy en día está compuesto por profesionales en medicina general o especialista

en medicina interna, nutrición, fisioterapia y enfermería. En este punto, es preciso recordar que la sistematización aquí propuesta se realizó por parte de la enfermera que participa en el equipo.

- b. Los talleres “*De todo corazón*”:** son sesiones grupales que se llevan a cabo durante un sábado en la jornada matutina, tienen como objetivo brindar educación en salud enfocadas en riesgo cardiovascular y fortalecer vínculos del equipo con los usuarios y de usuarios con pares, se realizan de 3 a 4 talleres en el año y se invita a toda la población inscrita al programa junto a un acompañante, promoviendo estilos de vida saludable no solo al usuario sino a su familia. Comprende una conferencia con un invitado experto en el tema de salud a tratar, una actividad física grupal con instructor y cierra con el taller de alimentos guiado por un chef y la nutricionista del programa, realizando explicación de preparaciones culinarias saludables, degustación de estas y entrega del recetario impreso.
- c. Acondicionamiento físico:** según indicación de la fisioterapeuta durante la valoración realizada en el circuito y/o en interconsulta con médico especialista en deporte, los usuarios del programa reciben una prescripción de ejercicio físico teniendo en cuenta las características individuales, como patologías de base, fuerza, capacidad aeróbica, composición corporal, entre otras. Con esta prescripción ellos tienen la posibilidad de ingresar al programa de Acondicionamiento físico. Este consiste en realizar ejercicio en las instalaciones de la institución destinadas para tal fin, supervisado por fisioterapeuta, con monitoreo de signos vitales tales como, frecuencia cardiaca, presión arterial y nivel de glucosa en sangre. Estas sesiones sirven para familiarizar a las personas con el tiempo de

ejercicio como calentamiento, actividad física y estiramientos; y con el uso de equipos como caminador, elíptica, multifuerza, bicicleta horizontal, bicicleta estática, entre otros.

- d. Las interconsultas con otros especialistas en salud.** Estas se realizan al menos una vez al año, incluyen seguimientos por oftalmología, ginecología y urología a toda la población del programa. Además, en las personas con diagnóstico de diabetes mellitus o con alteración de los parámetros de función renal se remiten a nefrología. Las demás especialidades como cardiología o endocrinología se realizan según necesidad.

Como se ha podido identificar en este contexto, el programa “*De todo corazón*”, ha sido propuesto y diseñado desde la institución, tomando como referencia los estudios y guías que orientan la práctica de salud. Así mismo, la valoración que hasta el momento se ha hecho del desarrollo del programa se ha centrado en la institución y en parámetros basados en una fundamentación epistemológica positivista, aun cuando el programa recoge elementos del enfoque de salud pública que trasciende este paradigma. En este orden, la sistematización del programa se hacía necesaria y cobró relevancia, como proceso que permite recuperar desde la perspectiva de los sujetos la experiencia vivida y el significado que la misma ha tenido, lo cual es de utilidad para explicitar aprendizajes en aras del fortalecimiento y posible réplica del programa. En este sentido, se espera que este trabajo sea de utilidad para retroalimentar el programa y aporte a la reflexión crítica y el potencial transformador de la intervención social.

## 4.2. Recuperación histórica de la experiencia

*El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.*

*(Declaración Alma-Ata, 1978).*

Teniendo como fuente el archivo documental del programa, así como los testimonios de profesionales fundadores e integrantes actuales del equipo profesional, a continuación, se describen los principales elementos que dan cuenta del desarrollo de la experiencia, sus antecedentes, diseño inicial y cambios más significativos durante los 12 años de funcionamiento.

La lógica de reconstrucción sigue las preguntas: ¿en dónde se hizo?, ¿cómo se hacía antes?, ¿por qué se hizo?, ¿cómo se hizo ¿qué se propuso?, y ¿qué ha pasado?

### 4.2.1. ¿En dónde se hizo?

El programa denominado “*De todo corazón*”, es un programa de atención en salud a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, relacionadas con un aumento en el riesgo cardiovascular. Sus actividades se han desarrollado dentro del régimen especial de salud de la Universidad Industrial de Santander - UIS, inicialmente a cargo de la Caja de Previsión Social de la UIS – CAPRUIS, entidad que fue liquidada en el 2016, fecha desde la cual la Unidad Especializada de Salud de la UIS – UISALUD asume la continuidad de los servicios de salud. “*De todo corazón*” está dirigido a las personas afiliadas a UISALUD por su vínculo laboral con la universidad, a sus pensionados y a sus beneficiarios; que presenten factores de riesgo cardiovascular, es decir que tienen mayor probabilidad de desencadenar un evento cardiovascular.

UISALUD cumple funciones de Entidad Administradora del Plan de Beneficios – EAPB y como Institución Prestadora de Servicios – IPS de nivel primario, ubicada dentro de las instalaciones del campus universitario de la Universidad Industrial de Santander, en Bucaramanga, Santander.

#### **4.2.2. ¿Cómo se hacía antes?**

La atención a personas con riesgo cardiovascular en la institución, antes de la creación del programa “*De todo corazón*”, se desarrollaba según las orientaciones tradicionales que aún hoy se siguen a nivel general en el país. Es decir, cumpliendo las guías de atención diseñadas por el Ministerio de Salud, bajo un esquema de consultas individuales, principalmente atendidos por médico tratante para valorar su estado de salud y prescribir el tratamiento farmacológico; en algunas ocasiones asistían por enfermería para monitoreo, educación y renovación de fórmulas; y una valoración nutricional al año, siempre y cuando, el paciente programara la cita. Las valoraciones por otros profesionales de salud o especialidades médicas se programaban según necesidad y demanda del servicio.

Dado que el modelo de atención tradicional está centrado en la enfermedad, la asistencia a consulta se daba más por iniciativa del paciente, siendo poca su participación en la toma de decisiones para su cuidado; así mismo, las consultas tenían menor duración, lo que limitaba la educación en estilos de vida saludable. Llamaba la atención que, aunque la entidad contaba con todas las especialidades y el recurso humano calificado, aun así, los pacientes no asistían ni solicitaban el servicio.

Frente a esto, hoy los profesionales manifiestan:

*“Para la atención no había una franja especial para ver los pacientes de promoción y prevención en riesgo cardiovascular, sino que era como intercalado, hacia una consulta y entre la misma consulta veía uno los pacientes de riesgo cardiovascular”. Pro1, testimonio 28 01 2020*

*“Cuando el médico le remitía, a nutrición, fisioterapia u otros, muy pocos asistían a consulta o programaban una cita con nutrición u otros profesionales, porque ellos prácticamente su necesidad era simplemente venir por renovar la fórmula y ya, no había este tipo de atención (como la del circuito)”. Pro4, testimonio 28 01 2020*

En enfermería, era un más compleja la atención, debido a que no se contaba con agendas para programación de pacientes, al no tener citas programadas, el paciente se presentaba a libre demanda, entonces se agrupaba un número de personas en la fila, y se terminaba haciendo únicamente la renovación de fórmula, orden de exámenes y programación de control, pero no se tenía la disponibilidad de tiempo para dar educación de calidad.

Esto nos indica, que no había una exclusividad horaria en el manejo de pacientes de riesgo cardiovascular. En ese esquema, los profesionales en una consulta de 20 minutos lograban atender el paciente, valorarlo, tratarlo y darle las recomendaciones que pudieran dar en ese tiempo y remitirlo a otros servicios según su necesidad; al salir de la consulta, el paciente se encarga de programar las citas ya a libre demanda y a su voluntad. Situación que cambia al realizar la atención por circuito, característica del programa *“De todo corazón”*, pues en este nuevo modelo, se garantiza la atención por las diferentes disciplinas, orientando el manejo no solo a los tratamientos farmacológicos, sino además, a la promoción de estilos de vida saludable; de igual manera, las citas por profesional de 30 minutos, permiten dedicar tiempo al diálogo y escucha del paciente, y a brindar educación en salud individualizada, programada y permanente. Estos elementos serán profundizados más adelante.

#### **4.2.3. *¿Por qué se hizo?***

El programa responde a la necesidad de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población afiliada, que, según los datos epidemiológicos de UISALUD, presentados en un documento interno del modelo de salud, en su mayoría corresponde a personas adultas, población con tendencia al envejecimiento y con esperanza de vida mayor a la nacional (74.38 años para 2016); en UISALUD la edad promedio de los afiliados fallecidos en 2016 estuvo en 77 años, con un mínimo de 67 y máximo de 92 (fuente: Bases de datos de UISALUD).

Como se ha mencionado, en la población adulta la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional son las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2018). El término enfermedades cardiovasculares hace referencia a un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, incluye: cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, trombosis y arteriopatías. Estas enfermedades conllevan a complicaciones que generan limitación en el desarrollo de actividades de la vida diaria, a altos costos hospitalarios y quirúrgicos, y a la muerte (OMS, 2017).

Por lo anterior y teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares han sido ampliamente estudiadas y se han determinado sus factores de riesgo asociados, es importante que la entidad de salud que tiene población adulta que va envejeciendo, como UISALUD, desarrolle programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad orientados al manejo de riesgo cardiovascular y sus complicaciones, destinando recursos y esfuerzos dirigidos al fomento de la salud y estilos de vida saludables para un mayor bienestar y de esta manera evitar los altos costos derivados de complicaciones en la salud que no solo son económicos sino sociales.

#### **4.2.4. *¿Cómo se hizo?***

En agosto de 2006 por iniciativa de la dirección y el equipo médico asistencial de CAPRUIS, y teniendo como propósito institucional el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se conformó un equipo de trabajo integrado por personal asistencial y administrativo de la institución, el cual contó con asesoría científica externa a la institución. Este equipo estuvo a cargo del diseño de un programa de riesgo cardiovascular con características particulares, que diera cumplimiento y superara los lineamientos dados por las guías médicas de atención en salud dadas por el Ministerio de Salud, así como la guía del séptimo informe del Joint National Committee – JNC7 sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial; El consenso ATP III para atención de dislipidemias y las guías de atención en Diabetes mellitus elaboradas por la Asociación Latinoamericana de Diabetes - ALAD y la American Diabetes Association - ADA.

El médico que lideró y presentó esta iniciativa, manifiesta que:

*“la idea surge a partir de una necesidad sentida durante las consultas a los pacientes que tenían algunas implicaciones de tipo cardiovascular, encontraba que estos usuarios no estaban controlados, presentaban muy bajo grado de conciencia de su enfermedad y autocuidado, y sumado a esto, la poca participación en eventos de promoción y prevención”.* Médico fundador del programa, testimonio 05 11 2019

La idea planteada era hacer un manejo integral, basado no únicamente en la enfermedad sino en la persona, promoviendo conocimiento, conciencia y cambios de estilo de vida desde un punto de vista interdisciplinario, incluyendo otras especialidades a parte de la medicina, creando así la atención por circuitos, modelo similar a uno ya implementado por la institución en atención de crecimiento y desarrollo de la población menor de 10 años.

#### 4.2.5. *¿Qué se propuso?*

Inicialmente, el diseño del programa “*De todo corazón*” pretendió innovar en el abordaje del paciente de alto y muy alto riesgo cardiovascular<sup>2</sup> dadas sus condiciones de salud por tener antecedentes de eventos coronarios, eventos cardiovasculares, haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos de esta especialidad -como revascularización cardíaca- y/o tener diagnósticos de patologías crónicas -como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia u obesidad mórbida de difícil control de sus patologías.

En este nuevo enfoque, aplicado desde el año 2007, La novedad se planteó desde el manejo integral a nivel farmacológico y no farmacológico, por medio de actividades desarrolladas por el equipo interdisciplinario de la institución y que tienen como objetivo disminuir la morbimortalidad y prevenir las complicaciones resultantes de estas enfermedades crónicas.

Para cumplir con este manejo integral se propusieron las siguientes actividades:

- Identificación de la población con riesgo cardiovascular: búsqueda a partir de valoraciones preventivas, consulta externa, reporte de eventos en clínicas, de personas con factores de riesgo cardiovascular.
- Remisión e invitación para ingresar al programa: una vez identificados los riesgos, se hace la invitación a la persona a participar voluntariamente en el programa “*De todo corazón*” para la gestión del riesgo y la atención en salud.
- Inducción al programa: consiste en explicar la metodología de la atención dentro del programa y de las diferentes actividades que se realizan.

---

<sup>2</sup> La probabilidad que tiene una persona de presentar una enfermedad cardiovascular o coronaria en los próximos 10 años. Se clasifica en riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto y riesgo muy alto.

- Atención en los Circuitos: corresponde a la valoración y educación individualizada por parte del equipo interdisciplinario, con periodicidad programada según características propias de la persona en el control de sus patologías.
- Aplicación de cuestionario de salud SF-36 por parte de psicología.
- Valoración y encuesta sociodemográfica por parte de trabajo social a través de visitas domiciliarias.
- Participación en talleres grupales: donde se brinda educación en salud, actividad física y preparación de alimentos saludables.
- Inclusión en el programa de acondicionamiento físico: que consiste en 20 sesiones de ejercicio guiado por fisioterapia.
- Remisión a especialidades: como psicología, cardiología, nefrología, endocrinología, oftalmología y medicina aplicada al deporte.
- Actividades complementarias: como las de detección temprana de alteraciones de la salud y cánceres priorizados.
- Visitas domiciliarias: por equipo interdisciplinario para abordaje complementario en casa (esta actividad no se ha desarrollado en lo que lleva el programa).

#### ***4.2.6. ¿Qué ha pasado?***

Este modelo propuesto inicialmente, ha tenido cambios en los 12 años de funcionamiento del programa. Los principales cambios han sido:

- Equipo de atención: En el transcurso de la experiencia los equipos han sido conformados por seis disciplinas que interactuaban con los pacientes y entre ellos a través del circuito,

Luego se decide establecer la atención por cuatro profesionales en el circuito y las demás disciplinas realizan su abordaje de manera externa.

- Perfil de los usuarios: Se planteó inicialmente que el programa prestara la atención de pacientes de muy alto y alto RCV, luego se involucraron usuarios de mediano y bajo RCV para lograr un abordaje más temprano en prevención de la morbimortalidad asociada a las patologías crónicas.
- Elementos metodológicos: Se presentaron cambios en las estrategias de educación grupal, incursionando en conversatorios y talleres de talento como expresión artística y holística de los usuarios.

A continuación, se identifican y describen detalladamente los principales hitos mediante los cuales se ha ido transformando el esquema de atención.

#### **a. Estructura y cambios que ha tenido el Circuito.**

En 2007 inician las valoraciones por circuitos con una duración de 3 horas en donde los usuarios eran atendidos por el equipo conformado por profesionales en:

- Medicina general o medicina interna: orienta el plan terapéutico farmacológico, valoración física, chequeo de signos y síntomas y seguimiento de metas terapéuticas a través de parámetros de laboratorio. Además, brinda educación sobre la enfermedad, sus complicaciones y estilos de vida saludable.
- Enfermería: coordina la citación y rotación en los circuitos, brinda educación sobre la enfermedad, sus complicaciones, toma adecuada de medicamentos, uso de dispositivos

de administración de medicamentos y monitoreo y estilos de vida saludable. Además, gestiona la atención interdisciplinaria según necesidad del usuario.

- **Fisioterapeuta:** realiza valoración del estado físico relacionado con la actividad física, a través de pruebas de resistencia, capacidad aeróbica, fuerza y flexibilidad. Con base a la aptitud física y gustos del usuario orienta un plan de ejercicios.
- **Nutrición:** se encarga de valorar el estado nutricional del usuario a través de la toma de medidas antropométricas y con base en recordatorio de 24 horas, conteo de calorías, preferencias, hábitos alimentarios y factores económicos y culturales, brinda educación y recomendaciones nutricionales con enfoque saludable.
- **Odontología:** realiza valoración dental y bucal, limpieza y tratamiento odontológico. Educación en higiene oral y cuidados para prevenir afecciones ocasionadas por medicamentos de uso crónico y prevención de infecciones que puedan ocasionar complicaciones como endocarditis.
- **Psicología:** valoración psicológica y aplicación de un test que evalúa la actitud y cómo asumen la enfermedad, qué piensan y saben de ella. Con base en estos resultados se reforzaba el abordaje del equipo interdisciplinario teniendo en cuenta las características propias de la personalidad.

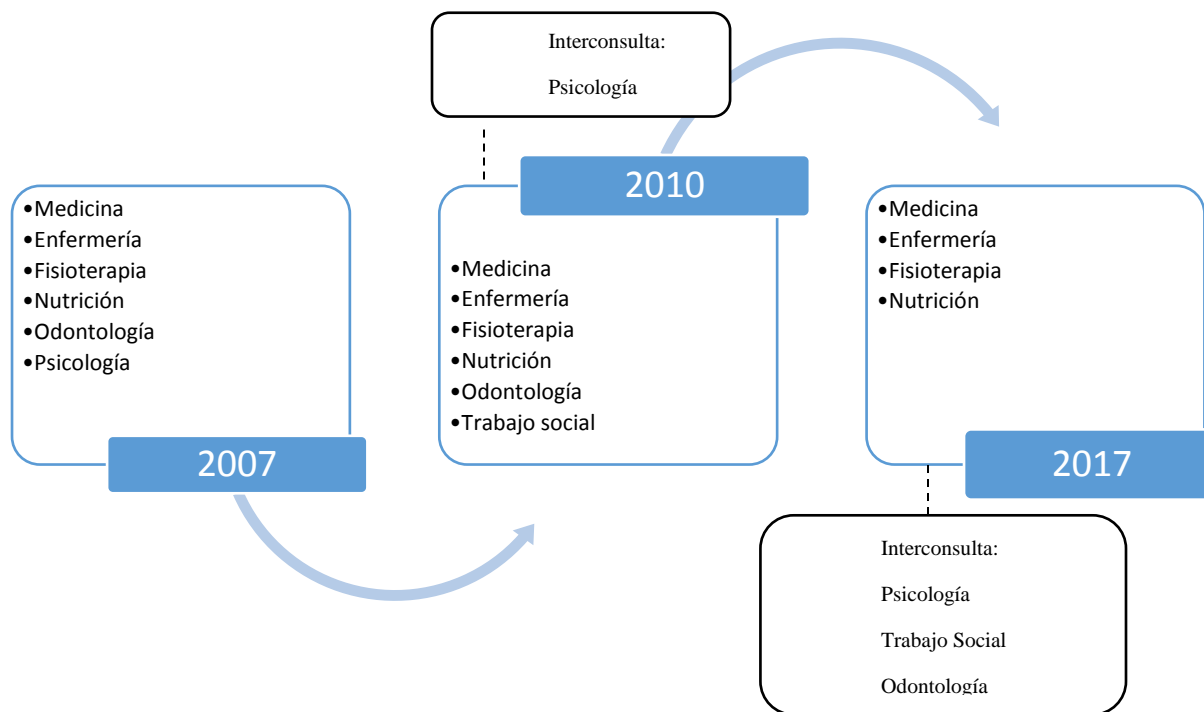
En 2010 se realiza un cambio en esta estructura, psicología sale del circuito, y pasa a atender fuera de este, por medio de interconsulta de psicología que ya no se hace a todos los usuarios, sino que se hace según necesidad. Adicionalmente, ingresa al equipo del circuito trabajo social, quien por su parte se encarga de evaluar la red de apoyo familiar y social, fomenta la adherencia y

participación al programa e integraba a la familia y/o cuidador al proceso educativo y terapéutico del usuario.

En 2017 la duración del circuito se modifica a 2 horas, reduciendo el equipo a cuatro profesionales que son medicina general o interna, enfermería, fisioterapia y nutrición. Es decir, odontología y trabajo social pasan a consulta externa, según solicitud del servicio por parte del usuario o remisión del equipo según necesidad observada o manifiesta. Este cambio se dio con el fin de agilizar el proceso y ampliar la oferta de circuitos a una mayor población. Esta es la estructura con la que, desde hace 2 años, funciona el programa.

## Figura 2

*Cambios en la estructura del equipo del programa “De todo corazón”*



Nota: Elaboración propia

**b. Cambios en la inclusión de los usuarios.**

El programa que en sus inicios contó con la participación de 50 usuarios de alto y muy alto riesgo cardiovascular, hoy en día continúa funcionando con cerca de 600 usuarios inscritos que presentan desde bajo a muy alto riesgo cardiovascular. Este cambio en el perfil de los usuarios se realizó con el fin de ampliar el enfoque preventivo y generar una mayor disminución de las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares.

**Figura 3**

*Algunos miembros del equipo interdisciplinario 2010*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

### **c. Desarrollo y cambios realizados en los Talleres.**

En agosto de 2007 se realizó el primer Taller del programa “*De todo corazón*”, llevado a cabo en la sede UIS Bucarica donde asistieron 12 personas inscritas en el programa. Como se ha mencionado, los talleres permiten el encuentro entre pares, la interacción de pacientes y equipo en un espacio diferente al del consultorio. Se programan de 3 a 4 en el año, y se realizan de 8:00 a.m. a 12:00 m. de un sábado, es decir, fuera del horario laboral, donde se interactúa con invitados expertos en temas de salud que sean de interés en la población e incluye no solo temas relacionados a la línea cardiovascular, sino que, además, se han tratado temas emocionales, familiares, de sexualidad, cómo sobrevivir después de pensionarse, entre otros.

El esquema de los talleres es el siguiente:

- Se inicia con el registro de la asistencia y las palabras apertura dando la bienvenida a los participantes y una breve explicación del tema central del taller.
- Charla educativa por parte de un conferencista invitado, experto en el tema elegido. Los temas son variados, y son seleccionados por el equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta las necesidades observadas y manifiestas de los usuarios.

**Figura 4**

*Primer taller del programa. UIS sede Bucarica, 2007.*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

- Actividad física grupal: Inicialmente estaba a cargo de la fisioterapeuta del área de acondicionamiento, posteriormente se contrata esta actividad con un instructor externo. Las rutinas varían entre bailoterapia, salsa, viejoteca, clase de balance, aeróbicos, gimnasia cerebral y yoga.

**Figura 5**

*Actividad física grupal – Taller “De todo corazón” 2008*



Nota: Archivos del programa “De todo corazón”

- Taller de cocina saludable coordinado por el área de nutrición, y ejecutado por un chef profesional, docente de gastronomía, junto a sus ayudantes de cocina. Estos se encargan de preparar y explicar la preparación, propiedades y ajustes en caso de no tolerar algún ingrediente. En cada taller se preparan dos recetas, las cuales se entregan impresas en un diseño coleccionable, en la siguiente fecha de taller o durante la atención por nutrición en el circuito. Finalmente, se ofrece degustación de las recetas preparadas.

- Finalmente, se realizan rifas de pequeños detalles que reúne el equipo y le han sido obsequiados por laboratorios.

En medio de las actividades se hacen recesos en los cuales los participantes pueden visitar estantes de laboratorios invitados. Esta muestra comercial va orientada a productos saludables, recomendados a la población del programa, y también vitrina de dispositivos médicos para auto monitoreo en casa, como glucómetros y tensiómetros.

Cada taller a pesar de tener un esquema, aporta innovación, a través de temas de salud vigentes. Todas las actividades que se desarrollan en el taller se seleccionan de manera que se relacionen al tema central del taller, es decir, si el tema es “Cuida tu cerebro: prevención de Alzheimer”, las recetas se seleccionan con ingrediente que contenga propiedades recomendadas para la prevención de Alzheimer y la actividad física seleccionada va a ser gimnasia cerebral, que consiste en ejercicios de coordinación para mantener el cerebro activo.

A la fecha los talleres se siguen realizando con una frecuencia de 4 en el año y la asistencia aproximada es de 150 usuarios inscritos en el programa y sus acompañantes, fomentando el apoyo familiar y la réplica de estilos de vida saludables en sus hogares.

**Figura 6**

*Tercer taller del programa, CAPRUIS, 2008*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

A medida que el programa fue avanzando y se iban estrechando vínculos en la relación profesional de salud – paciente, se fue descubriendo a las personas detrás de ese diagnóstico de enfermedad, encontrando enormes talentos. De ahí surge en 2012 la idea que, en el último taller de ese año, se hiciera una exposición de esas actividades que les gustaba realizar: proyectos de manualidades, pintura y expresiones artísticas; y de ahí nacieron los *Talleres de talentos*. Se han realizado tres (3) a la fecha y han tenido bastante acogida. Frente a esto una usuaria manifiesta:

*La feria de talentos “De todo corazón” donde participé... exponiendo lo que más me gusta hacer y para que mis compañeros conozcan otra faceta de mi vida. DTC4, testimonio 18 05 2020*

**d. Desarrollo y cambios en las jornadas de acondicionamiento físico.**

Con el fin de promover la actividad física en los usuarios, CAPRUIS, desde antes del programa “*De todo corazón*”, tenía unas jornadas de acondicionamiento físico lideradas por el área de fisioterapia. Sin embargo, al crearse el programa, la entidad amplía la capacidad, adquiriendo algunas otras máquinas, se dispone de un espacio más amplio, para ubicar las máquinas y realizar clases grupales de aeróbicos y baile cómodamente. Los pacientes inscritos al programa “*De todo corazón*” son derivados a acondicionamiento físico, para realizar 20 sesiones de ejercicio prescrito por médico especialista en medicina del deporte y supervisado por fisioterapeuta. En los primeros 6 años del programa, se contaba con un convenio con un gimnasio externo, al cual era remitido el usuario una vez cumplía las 20 sesiones, para continuar con la actividad física por 3 meses, sin costo para el usuario.

**Figura 7**

*Muestra de ejercicios de balance. Usuarios del convenio CAPRUIS - PROGYM, 2008*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

Estas jornadas de acondicionamiento físico dejaron de funcionar en 2013, por razones administrativas, sin embargo, gracias a la movilización de usuarios y la disposición de la entidad, en 2015 fueron reabiertas. En 2018 con la nueva administración, se realiza la renovación de instalaciones, generando mayor confort en los espacios, incluyendo las duchas y casilleros dentro del área de acondicionamiento, se adquieren nuevos y variados equipos, sin embargo, debido a las adecuaciones se pierde el espacio de salón de clases grupales.

Durante las sesiones de acondicionamiento físico, se permite a las personas familiarizarse con el tiempo de ejercicio, como calentamiento, actividad física y estiramientos; y con el uso de equipos como caminador, elíptica, multifuerza, bicicleta horizontal, bicicleta estática, entre otros. Los usuarios tienen la supervisión y acompañamiento de una fisioterapeuta durante el ejercicio, y son monitoreados sus signos vitales tales como, frecuencia cardíaca, presión arterial y nivel de glucosa en sangre.

El acondicionamiento físico hace parte de la estrategia de integralidad del programa, ya que en los circuitos la fisioterapeuta hace una anamnesis de la cultura física de la persona, realiza pruebas físicas que permiten valorar el estado físico del paciente a través de cuatro parámetros: fuerza, capacidad aeróbica, flexibilidad y retracciones; y propone un plan de ejercicio que puede ser casero o en un ambiente fuera de su casa. Mientras que en acondicionamiento físico lo acompaña en el proceso de cómo hacer lo propuesto durante el circuito. Esto nos dice un paciente del programa:

*“...me enseñaron ejercicios que yo no sabía, yo sufro de lumbago y me enseñaron a sentarme a pararme, a acostarme a sentarme en una silla, fue una muy buena experiencia y esos ejercicios son los que todavía mantengo”. DTC9, testimonio 19 05 2020*

Además, de generar un espacio de encuentro y esparcimiento, como lo indica una paciente al reflexionar sobre qué le gusta de esta actividad:

*“La atención de la fisioterapeuta, la distracción, se comparte con los compañeros y los profesionales. Además, que se vuelve una obligación y se esfuerza uno un poco más”. DTC8, testimonio 19 05 2020*

**e. Desarrollo y fin de los conversatorios.**

Como se había mencionado antes, durante los 3 primeros años de esta experiencia, se contaba con una profesional en psicología dentro del circuito, en el primer encuentro psicóloga - paciente, se aplicaba el cuestionario de salud SF-36. Al tabular los datos obtenidos y analizar la información propia de la consulta de psicología, se encontró que los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus presentaban características de baja autoestima y distimia, y se asociaba a dificultades en la adherencia y cumplimiento de metas terapéuticas. Es por eso por lo que, en 2012, se crea una actividad nueva en el programa, denominada conversatorios. Un conversatorio consiste en una reunión de pequeños grupos de pacientes y el equipo interdisciplinario del programa, quienes, en torno a actividades lúdicas, charlaban, compartían conceptos, tradiciones y creencias frente a una situación de salud, el objetivo era aclarar dudas, reforzar conceptos y pautas de autocuidado.

Inicialmente, fueron orientados a la salud mental, pero se fueron agregando juegos de conocimiento de diabetes e hipertensión, nutrición, actividad física y estilos de vida saludable. Esta conversación, diferente a las conferencias donde se es mayormente oyente, permitió que el equipo también aprendiera de los saberes, prácticas y creencias de los pacientes. Según manifiesta el grupo de sistematización, se llegó a conversar incluso de remedios naturales, tradicionales, muy arraigados en la cultura regional, para el manejo de la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia.

*“Nosotros aprendimos muchos remedios caseros que no conocíamos y eso nos hacía investigar más”. PRO1, testimonio 25 05 2020*

Los conversatorios se realizaron por un par de años, pero fueron eliminados debido a que implicaban un alto trabajo de preparación y competía con el tiempo de los circuitos, pues hacer un conversatorio implicaba prepararlo en horas adicionales a la jornada laboral y para realizarlo se

cancelaba una jornada de circuitos, porque a medida que fue creciendo el grupo de personas, las agendas de circuito se hicieron más apretadas. De igual forma, al hacerse en horarios laborales, se dificultaba la participación de los usuarios.

## Figura 8

*Conversatorio, 2013*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

### **f. Reconocimiento nacional.**

En el año 2015 el programa “*De todo corazón*” recibe el premio nacional “Educar es sanar” en la categoría de Instituciones médicas, otorgado por la empresa farmacéutica Sanofi-Aventis de Colombia S.A. con el aval del Ministerio de Salud. Premio que resalta las tareas realizadas en

prevención, diagnóstico temprano, manejo adecuado y disminución de complicaciones asociadas a la diabetes. Uno de los factores que influyeron en la entrega del premio, fue precisamente el manejo de diversas patologías, planteando que un paciente con diabetes frecuentemente presenta otras comorbilidades y diversos factores de riesgo como obesidad y dieta mal sana. Develando que el abordaje en salud debe ser centrado en un individuo íntegro y no segmentado por patologías.

### Figura 9

*Parte del equipo interdisciplinario, Boletín institucional, 2017*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

En el adecuado desarrollo del programa y en el alcance de reconocimientos como el señalado, ha sido vital el apoyo institucional, ya que el funcionamiento de una estructura como la descrita, implica una inversión de recursos y darles tiempo a las especialidades para ofrecer un mayor espacio de consulta, de 20 a 30 minutos. De igual manera, un elemento clave en este éxito, ha sido la vinculación de profesionales comprometidos con el programa y con el enfoque preventivo. En salud inicialmente los programas nacen desde lo institucional, sin embargo, en el caso del programa “*De todo corazón*”, al ir avanzando la atención, los usuarios se volvieron replicadores ante sus pares al punto que los usuarios en consulta solicitan el ingreso al programa de manera voluntaria.

### **Figura 10**

*Participantes en taller grupal 2016*



Nota: Archivos del programa “*De todo corazón*”

## 5. Interpretación crítica

Esta interpretación se basa en el poder transformador de la intervención social, en develar los aportes en saberes y conocimientos producidos desde la práctica: “*La apuesta epistemológica de la sistematización afirma que las organizaciones producen saber, y desde su carácter investigativo participativo, busca reconocerlos y sistematizarlos como reflexión organizativa y de aporte a otras organizaciones sociales y campos académicos del movimiento social*” (Torres, 2017).

### 5.1. ¿Qué ha significado esta experiencia para sus integrantes?

En este capítulo abordaremos las nuevas lógicas y relaciones entorno a lo que ha significado la experiencia para sus participantes, relacionadas con el eje de sistematización “atención integral”. Los hallazgos fueron organizados en cinco (5) categorías, a saber: modelo centrado en el individuo – integralidad; poder transformador; relación equipo interdisciplinario – paciente/familia; resignificación del paciente como sujeto activo de su salud; y deconstrucción de la categorización hegemónica y las subalternidades de las carreras de salud. A continuación, se describen cada una de ellas.

#### 5.1.1. Modelo centrado en el individuo - integralidad

El principal aporte de la experiencia, identificado durante este proceso, y que es precisamente el eje central de esta sistematización es *la atención integral*. Este tipo de atención cobra sentido, teniendo en cuenta que los factores de riesgo cardiovascular son diversos: dislipidemia, tabaquismo, hipertensión, diabetes, obesidad abdominal, factores psicosociales

negativos, bajo consumo de frutas y verduras, consumo de alcohol, y poca o insuficiente actividad física (INTERHEART, 2004). Además, un individuo es un todo, no se puede dividir. Y es que un individuo puede tener uno, dos o más factores de riesgo concomitantes, y si se hace un abordaje holístico, lograremos tener un mayor impacto en la salud del individuo.

*“Para mí, ha significado reconocer que mi estado de salud no depende solamente de consumir medicamentos, sino que es necesario considerar mis hábitos y mi entorno laboral, social y familiar”. DTC3, testimonio 23 05 2020*

La atención integral centra la atención en la persona, sus particularidades y necesidades. Un diagnóstico de enfermedad es una característica más de muchas que este puede tener, pero no define al individuo.

*“La atención integral del programa es lo más completo que puede entregar una entidad prestadora de salud a todos sus afiliados, ya que con sus diferentes tópicos ahondan en las necesidades del paciente y en sus soluciones de salud”. DTCl, testimonio 22 05 2020*

La atención integral según narra otro usuario, significa:

*“Que según lo que uno sienta y que tiene, a veces uno sufre otras cosas que no son del programa, están pendientes de hacerle exámenes y remitirlo a otro médico. Le ponen a uno más cuidado, uno es más importante”. DTC5, testimonio 20 05 2020*

Haciendo referencia a que, al pasar por un circuito, se da remisión a especialistas para evaluar y detectar tempranamente complicaciones asociadas a su enfermedad, como oftalmología, nefrología, cardiología, entre otros y adicionalmente se integran actividades sugeridas en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por ejemplo, se está pendiente de cumplir controles periódicos de citología y mamografía en las mujeres, así como de examen de

próstata en los hombres. Y si ya presenta una condición adicional, que no se puede atender en el momento, se da orientación y acompañamiento. Al entender al individuo como un todo, se garantiza además, una oportunidad en la atención y detección temprana de posibles afecciones de salud.

### ***5.1.2. Poder transformador***

Uno de los significados que tuvieron mayor eco en el equipo profesional y los pacientes, es lo que se refiere a la transformación del estilo de vida tanto en los usuarios, como en los profesionales. Transformación que nace del conocimiento, el reconocimiento y el empoderamiento. Modificando sus hábitos de vida, movidos por el deseo de lograr alcanzar las metas terapéuticas y disminuir así el riesgo cardiovascular.

El principal objetivo de los programas para la atención de pacientes con riesgo cardiovascular es lograr el mayor nivel de adherencia. Adherencia tanto a la asistencia a los controles, como la adherencia a su tratamiento que lleva al cumplimiento de metas terapéuticas. Según informe de promoción y prevención de UISALUD(2019), el indicador de adherencia al programa (proporción de los afiliados que asisten a al menos un control sobre el total de los que pacientes que asistieron por primera vez en el año), se encuentra en el 79.5%, siendo la meta de adherencia del 60%, con lo cual observamos que la adherencia es mayor a la esperada. Esto es atribuido por el equipo sistematizador al abordaje integral, que facilita el acceso a los diferentes profesionales y a la información en salud.

En cuanto al cumplimiento de metas terapéuticas de los usuarios inscritos al programa ha sido favorable, como lo vemos en las siguientes tablas:

**Tabla 1**

*Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus - DM, según meta terapéutica de Hemoglobina glicosilada - HbA1c*

DM	Nº de casos	%
<b>HbA1c &lt; 7</b>	<b>79</b>	<b>64,23</b>
HbA1c 7 - 8	31	25,20
HbA1c > 8	13	10,57
Total	123	100,00

Nota. Informe de promoción y prevención de UISALUD de 2019

En la tabla 1, vemos como el 64% de los pacientes con DM se encuentran en meta terapéutica, con niveles de HbA1c por debajo de 7%.

**Tabla 2**

*Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus – DM e Hipertensión Arterial - HTA, según meta terapéutica de Tensión Arterial – TA.*

Cifras de TA	Nº de casos	%
<b>DM &lt; = 130/80</b>	<b>23</b>	<b>79,31</b>
DM > 130/80	6	20,69
Total	29	100,00
<b>DM + HTA &lt; = 130/80</b>	<b>62</b>	<b>65,96</b>
DM + HTA > 130/80	32	34,04
Total	94	100,00

<b>HTA &lt;= 140/90</b>	<b>217</b>	<b>84,77</b>
HTA > 140/90	39	15,23
Total	256	100,00

Nota. Informe de promoción y prevención de UISALUD de 2019

En la tabla 2, vemos en cumplimiento superior al 60% de la meta terapéutica relacionada con las cifras de tensión arterial en las diversas poblaciones según las patologías de mayor riesgo.

### Tabla 3

*Distribución de pacientes valorados según Perfil lipídico*

Parámetro de perfil lipídico	Nº de casos	%
HDL < 40	161	31,08
<b>HDL &gt;= 40</b>	<b>356</b>	<b>68,73</b>
<b>TAG &lt;=150</b>	<b>292</b>	<b>56,37</b>
TAG > 150	225	43,44
Sin dato	1	0,19
Total	518	NA

Nota. Informe de promoción y prevención de UISALUD de 2019

En la tabla 3, se observa el cumplimiento de metas relacionadas con el perfil lipídico, Lipoproteína de alta densidad – HDL por sus siglas en inglés y de Triglicéridos –TAG, se encuentran por encima del 55%.

Este alto porcentaje de cumplimiento de metas es resultado de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Lograr esta transformación es favorable ya que contribuye a un mayor bienestar y a la disminución del riesgo cardiovascular y posibles complicaciones de las enfermedades crónicas.

Al discutir sobre estos alcances del programa “*De todo corazón*” con el equipo sistematizador, se resalta un alto compromiso con el autocuidado y participación que está motivado principalmente por estas 3 situaciones:

- Conocimiento que lleva a la acción

*“Aprender sobre el manejo de ciertas enfermedades que uno pueda tener, por eso pongo atención a los especialistas que llevan a las conferencias, por ejemplo, si uno es hipertenso que debe comer, no debe tomar esto. Eso es lo que más nos han enseñado”*. DTC9, testimonio 19 05 2020

- Bienestar físico y emocional

*“Se espera obtener información, formación y ante todo una salud integral y unos estilos de vida saludable que nos permitan hacer una existencia sana y placentera”*. DTC1, testimonio 22 05 2020

- Esparcimiento y compartir entre pares.

*“Espero lograr una mejoría en mi estado de salud y pasar también un rato agradable al participar de las actividades del programa, algo diferente a lo de todos los días”*. DTC2, testimonio 23 05 2020

A la motivación de los usuarios para participar en el programa, se une la coherencia de los profesionales del equipo interdisciplinario. Es decir, los profesionales se han apropiado de su

discurso, interiorizando las estrategias preventivas que promueven y llevando a su vida diaria la implementación de hábitos saludables.

*“Además de que los profesionales cambiamos y nos comprometimos, algunos de esos profesionales que fumaban y no hacían ejercicio, entraron dentro del mismo cambio de conciencia”. PRO1, testimonio 28 01 2020*

Los profesionales manifiestan un fuerte sentido de pertenencia al programa, más allá de su vínculo laboral. Están convencidos del beneficio del abordaje integral, de mantener una alimentación saludable y realizar actividad física regularmente. Por lo tanto, experimentan esta transformación y comparten su propia experiencia con los usuarios.

### ***5.1.3. Relación equipo interdisciplinario – paciente/familia***

Los modelos enfocados en atención integral son una gran herramienta para controvertir el modelo hegemónico médico, al que hace referencia (Menéndez, 1988). El diseño de las actividades realizadas en la experiencia del programa *“De todo corazón”*, ha favorecido la comunicación horizontal, entre equipo de salud – paciente y familia. Y es precisamente es esta comunicación la que permite una relación de confianza, cercanía y empatía, sentimientos manifestados por el grupo sistematizador con mucha fuerza.

*“Me parece muy bueno que uno puede exponer lo que uno siente, lo que le gustó o no le gustó con diferentes personas”. DTC2, testimonio 23 05 2020*

El dialogo entre el profesional de salud y el paciente, no se limita al quehacer profesional, a un cuestionario para la anamnesis, con miras a un diagnóstico clínico y a dar recomendaciones de tratamiento, va mucho más allá, “se habla de todo”, se pregunta por su vida cotidiana, la familia,

los hijos, sus gustos, relaciones sociales, planes, viajes... en fin, sobre el entorno y las relaciones que hacen parte fundamental de los factores psicosociales y estilos de vida involucrados en la atención integral

*“Otra cosa importante que yo he visto en la experiencia que tengo, es el espacio que se le dio al paciente para estar cerca al profesional... dejamos de estar como en una postura de superioridad. Entonces yo si siento que nosotros estamos con una mayor conexión con la persona como persona”. PRO4, testimonio 28 01 2020*

Esto también es atención integral en salud, generar vínculos que van más allá de la relación médico – paciente. Encarando una relación de iguales que comparten conocimientos y experiencias y conforman redes. Porque en la medida en que me relaciono con el otro, llego a conocerlo, y el conocer al otro me permite relacionarme con él en torno al cuidado.

Así lo ven los pacientes:

*“Siento que se interesan por ayudar a sobrellevar la enfermedad, el médico le da a uno confianza para contar sus cosas, lo que siente o si siente que el medicamento no le hace bien, le dan a uno más importancia”. DTC5, testimonio 20 05 2020*

Y el equipo interdisciplinario:

*“Podemos en verdad reconocernos cada uno de nosotros como seres humanos con todas nuestras dimensiones del ser como tal, la parte espiritual, la parte afectiva, la parte laboral, todo lo de cada uno, hace parte de ese sentido integral de los individuos, y eso nos ha permitido también reconocernos y reconocer a los otros y que somos parte de un equipo y entre todos en conjunto vamos a llegar más fácilmente a las metas y a los objetivos que nos planteamos anualmente”. PRO2, testimonio 28 01 2020*

De esta manera se centra la atención en el individuo como un todo, y no únicamente en su patología. Se trasciende la visión biológica, es decir, aquella que busca la causa y la cura de la enfermedad en las características biológicas de la persona. Analizan conjuntamente su entorno, su estructura familiar, social y laboral, los recursos con los que cuenta, su acceso a redes y dispositivos que influyen de manera negativa o positiva en su salud.

#### ***5.1.4. Resignificación del paciente como sujeto activo de su salud***

Uno de los significados que ha logrado romper con los esquemas, es el asignado al paciente, esta palabra que lleva a entender a la persona como un alguien que tiene paciencia, que está sometido a los cuidados de los profesionales de salud. En la atención integral, esta persona se transforma en un sujeto activo, gestor de su propio cuidado en salud. Los pacientes del programa “*De todo corazón*” se sienten activos y así son percibidos por el equipo. Manifiestan una mayor participación y compromiso, son propositivos al momento de tomar decisiones para mejorar su calidad de vida, su estilo de vida con hábitos saludables, y hacer los cambios necesarios para lograr su bienestar. Esta interacción respetuosa que reconoce al otro como sujeto activo, se da desde el ingreso donde se entrega una cartilla de seguimiento, donde el paciente va mirando a través del tiempo qué pasa en el programa, cómo inició y cómo va llegando a sus metas. Es decir, se le hace partícipe de su cuidado.

*“Este programa ha significado la posibilidad de educarme y empoderarme del tratamiento de mis enfermedades y del cuidado de mi salud”. DTC3, testimonio 23 05 2020*

El equipo interdisciplinario se convierte en un guía para que la persona “paciente” comprenda y conozca sobre su condición de salud, a través de todas las valoraciones, sugerencias

y educación que se brindan con el programa. Y eso se logra gracias a lo que los profesionales de grupo han llamado un cambio de conciencia en salud:

*“(El paciente) ya no ve al profesional como el que le tenga que solucionar los problemas de salud, sino que él mismo empezó a comprometerse y a mirar que los cambios del estilo de vida, la forma en que se debe tomar los medicamentos, de la importancia de la parte mental, de la parte emocional, que todo eso contribuye a darle un mejor bienestar y calidad de vida a cada uno de ellos, o sea que nosotros nos volvemos es como guías, no como personas que tengan que solucionarles con medicamentos el problema que genera la inactividad física, el problema que genera la obesidad, la ansiedad, el problema que generan los estados emocionales”. PRO1, testimonio 28 01 2020*

*“Ve uno que el mismo paciente se autocrítica, y dice, es que yo cometí este error, y busca cada vez mejorar y por lo menos participa, pregunta y toma decisiones, uno le llama a eso un cambio de conciencia en el autocuidado que uno no lo veía fácilmente en este tipo de pacientes”. PRO1, testimonio 28 01 2020*

Las políticas públicas en salud, involucran en su diseño un apartado de participación social para promover y sugerir estrategias; sin embargo, es indispensable que las personas “pacientes”, dejen de percibirse como beneficiarias del Estado, y se reconozcan como sujetos de derechos. En este sentido, la atención primaria con enfoque integral, le da esa fuerza y protagonismo para hacerlo participe de su gestión del riesgo.

### ***5.1.5. Deconstrucción de la categorización hegemónica y las subalternidades de las carreras de salud***

En el ambiente de salud opera un sistema centrado en la profesión médica, donde las otras profesiones de salud responden a un esquema jerárquico bajo la autoridad médica (Nowicki, 2015). Situación que, en el caso de enfermería y demás profesiones con mayor presencia femenina y vocación de cuidado, no ha sido ajena a las connotaciones de género y clase social. Este mensaje de categorización hegemónica y subalternidades se replica sin censura en medios de comunicación, novelas y series, y se arraiga en las costumbres de una sociedad.

En los programas con atención interdisciplinar, como “*De todo corazón*”, los roles profesionales coexisten y se coordinan para alcanzar metas comunes y resaltan la autonomía de cada una de las profesiones. Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

*“Antes al médico no le decía nada, que yo vi esto o aquello, o uno no se hablaba con la nutricionista nada, en cambio ahora hay una comunicación entre el equipo”*. PRO4, testimonio 28 01 2020

*“Permite que también entre profesionales estemos cerca fundamentalmente buscando las metas que hay que lograr para prevenir enfermedades mayores o el riesgo que tiene el paciente; pero también la cercanía y confianza que tiene el paciente dentro del programa es mucho más grande hacia el profesional”*. PRO5, testimonio 28 01 2020

*“Para mí, un aprendizaje que me llevaré toda la vida, es aprender a trabajar en equipo, me encanta el trabajo en equipo, nos conocemos como personas, no solamente en el campo laboral y profesional, sino los lazos de amistad que uno puede generar tanto con sus compañeros de trabajo como con el usuario”*. PRO2, testimonio 28 01 2020

Es por eso por lo que el trabajo en equipos interdisciplinarios, como el que se lleva a cabo en el programa “*De todo corazón*”, contribuyen al reconocimiento de todas las carreras de salud,

no médicas. Además, contribuye a un mejor abordaje en salud, se plantean objetivos o metas comunes, hay una mejor comunicación entre los profesionales para transmitir un mensaje unificado y claro para abordar las enfermedades crónicas.

El equipo se reconoce cercano, manifiesta una relación de amistad, se apoyan mutuamente en lo laboral y personal. Celebran ocasiones especiales, como cumpleaños, y por lo menos, una vez al año procuran compartir fuera del ambiente laboral, una cena en la cual aprovechan para actualizarse en un tema de salud.

## **5.2. ¿Cuáles han sido los factores de éxito, las limitaciones y las lecciones aprendidas?**

### ***5.2.1. Factores de éxito***

En este apartado se encuentran los factores a los cuales el equipo sistematizador atribuye al éxito de la experiencia. La experiencia se considera exitosa tanto por la institución, el equipo de trabajo y los usuarios, contando además con el reconocimiento externo, al recibir el premio *Educar es sanar* en 2015.

Al ser una estrategia para gestión del riesgo de pacientes cardiovascular, el éxito para la institución se mide a través de indicadores de control terapéutico y disminución de eventos mayores como hospitalizaciones por complicaciones cardíacas. En la siguiente imagen, vemos una cartelera donde la institución reconoce los excelentes resultados logrados con esta intervención.

Figura 11

Cartelera Institucional 2014



Nota. Archivos del programa “De todo corazón”

Tabla 4

Factores de éxito de la experiencia De todo corazón

<i>Factor de éxito</i>	<i>Descripción</i>
<i>Apoyo institucional</i>	El apoyo por parte de la administración de la entidad es importante, fortalecer los programas preventivos como es el programa “De todo corazón” da un plus a la entidad sobre todas las entidades de salud. La disposición que ha tenido la administración de CAPRUIS y de la UIS, ha sido importante, porque esto es algo que genera un alto costo, pero es una inversión que se hace a largo plazo para la salud. El abordaje integral por equipo interdisciplinario ha mostrado una favorable relación costo – beneficio al disminuir estancias hospitalarias y complicaciones como enfermedad renal en estadios graves, pie diabético y retinopatía.

---

*Imagen institucional*

El programa se identifica con un nombre, logo, mascota, folletos y cartillas. Durante los talleres hasta 2015, se dieron estímulos como camiseta, gorra, toalla, botones, que demandaron una inversión económica por parte administrativa y contribuyeron a crear una identidad y sentido de pertenencia. Evoca la frase “ponerse la camiseta”. Los usuarios y el equipo cuidan su camiseta, la visten en los circuitos, en acondicionamiento físico y en los talleres, sin ser requisito, lo hacen por iniciativa. El logo del programa se convirtió en un sello de calidad y excelencia. En los pasillos y salas de espera, cuando se encuentran los usuarios y alguno porta alguno de estos distintivos, se reconocen como pares y conversan de su experiencia en el programa.

*Trabajo*

Al equipo, el abordaje integral le permite mantener una comunicación interna y eficaz entre los profesionales para ajustar planes de manejo y trabajar en sincronía para logran un fin común, que es un mayor beneficio para los pacientes.

*interdisciplinar*

Para el usuario, es satisfactorio que el equipo que lo atiende sea el mismo, le da continuidad a su proceso de salud y genera vínculos con los profesionales a partir del conocimiento y la familiaridad.

---

---

*Compromiso*

El compromiso de cada profesional ha sido clave en el proceso, esto se refleja en la actitud abierta y propositiva, la voluntad de hacer las cosas bien y el espíritu innovador. El tener como referente y objetivo la atención integral, permite que además de abordar cada caso de forma más personalizada, la metodología para el trabajo colectivo se diseñe e implemente también de una manera más creativa y ajustada a las necesidades presentes de los usuarios, por ejemplo, cada taller es diferente, se busca la manera de abordar diferentes temas o situaciones de forma distinta. Se parte de la idea de que la participación es voluntaria, así como del derecho de autonomía de cada individuo, sin embargo, el cambio de conciencia en salud ha generado un compromiso grande por involucrarse en su cuidado y participar de las actividades propuestas en el marco del programa.

*Integralidad*

*“El éxito de programa radica en la combinación y aplicación de todas sus actividades, pues ellas se complementan entre sí para formar una sólida columna que ante todo hace prevención y obviamente da solución a los requerimientos de los pacientes”. DTCL, testimonio 22 05 2020*

La integralidad, tal como se ha mencionado, consiste en ver al individuo como un todo, no solo su biología, sino sus emociones, sus vivencias, actividades diarias, espiritualidad, redes de apoyo y

---

---

creencias. Comprender cómo todo su entorno y su ser influyen y se involucran con el fin de favorecer y promover un mayor bienestar.

*De la metodología  
circuitos*

Esta metodología es un factor de éxito porque le facilita al paciente el acceso a los servicios necesarios para una atención más completa e integral, garantizando que en una sola visita a la institución el paciente sea abordado mediante las disciplinas involucradas, lo cual favorece el cumplimiento de los controles y el seguimiento. Además, el programar con antelación las citas del siguiente circuito y autorizar los exámenes que se deben realizar, ayuda al usuario y al equipo a mantenerse atento a los controles. Otras estrategias que aportan al cumplimiento de las citas del circuito es dar tarjetas de citación, registrar la próxima cita en la cartilla de seguimiento y enviar mensajes de texto al celular para la recordación de los exámenes y la cita del circuito.

*De la metodología  
Talleres*

Los talleres permiten educar y motivar a los pacientes en el cuidado de su salud. También permiten el encuentro entre pares, y la integración del grupo poblacional. Al incluir talleres prácticos de cocina y de actividad física, se hace posible ver la aplicación de las recomendaciones dadas en consulta por el equipo de salud.

---

*De la metodología  
acondicionamiento  
físico*

Motiva y facilita a los pacientes en la adopción de la actividad física como parte de sus hábitos de vida. Además, que el acompañamiento y monitoreo de signos vitales, brinda seguridad y previene lesiones. Para la población activa laboralmente es más cómodo porque es cerca al trabajo.

Nota: Elaboración propia

### **5.2.2. Limitaciones**

Con el equipo sistematizador, se identificaron algunas barreras o limitaciones que se presentan en el desarrollo de la experiencia, las cuales se organizan en 8 categorías, a saber: presupuesto, manejo de datos, cobertura, adherencia, creencias sociales, y logística de circuitos, talleres y acondicionamiento físico. Asumir una postura crítica de la propia práctica y participación es importante para conducir a la mejora de la experiencia sistematizada.

**Tabla 5**

*Limitaciones de la experiencia “De todo corazón”*

<i>Limitación</i>	<i>Descripción</i>
<i>Pérdida de presupuesto</i>	Los recursos de una entidad son limitados. Y con el cambio de entidad privada a pública, se enfrentó una pérdida del presupuesto destinado a incentivos como: camiseta, botones, gorra, que como se ha dicho, hace parte de la imagen que genera pertenencia con el

---

programa. De igual manera, la disminución del presupuesto ha afectado la propuesta de nuevas actividades, ya que toda nueva actividad requiere nuevos recursos.

Actualmente, algunos incentivos se han conseguido por gestión del equipo con entes externos como los laboratorios farmacéuticos, lo cual ha ayudado a compensar un poco esa deficiencia.

Una gran limitación al inicio fue no poder mantener una buena base de datos sistematizada, pues ni el equipo, ni la institución contaban con la experiencia, ni las herramientas de sistemas para poder hacerlo y saber cómo manejar toda la información que se obtenía en la atención con relación al seguimiento y parámetros valorados en los pacientes.

*Trazabilidad de los  
datos*

Se han realizado adaptaciones, pero sigue siendo una limitación, ya que tener una buena base de datos y software de análisis permite una mejor gestión del riesgo.

*Cobertura*

La capacidad instalada es de 20 horas de circuitos por semana, para 40 pacientes semanas, con lo cual no se alcanza a cubrir el 100% de la población de riesgo cardiovascular.

---

---

*Falta de adherencia de personas que están en riesgo y no reconocen la necesidad del programa*

Otra limitación es, la negación de las personas cuando se invitan a participar en el programa “*De todo corazón*”. Las condiciones crónicas, requieren compromiso y voluntad en la continuidad de su manejo. Como su nombre lo indica, estas enfermedades se establecen en la persona y perduran en el tiempo, por lo tanto, los tratamientos y cambios deben ser establecidos como estilo de vida y no como una cura del momento.

*Paradigmas o creencias socialmente arraigados*

Los paradigmas en salud instaurados en la población dificultan el abordaje. Muchas veces, los pacientes se enfrentan a creencias y estigmatizaciones en su entorno, al intentar modificar su estilo de vida. Pasa con frecuencia que el paciente obeso está relacionado con la abundancia, bien alimentado, es visto como sano, cuando inicia el proceso de pérdida de peso, su familia y círculo cercano lo cuestionan, y preguntan si está enfermo. Igual sucede con quien desea mantener una alimentación saludable, debe lidiar con la dificultad de la oferta de menús saludables fuera de casa y con los prejuicios al rechazar algún alimento no sano.

---

---

Una limitante manifestada por los pacientes que son activos laboralmente es que las citas se realizan en horario laboral y en ocasiones por factores asociados al trabajo, se les impide el total cumplimiento de los circuitos.

*De la logística de circuitos*

Y aunque en la sistematización, solo una persona lo manifestó, es importante no dejar pasar por alto esta cita, que se ha escuchado en varias ocasiones: *“En ocasiones regañan, pero uno los perdona”*. *DTC9, testimonio 19 05 2020...* Esta idea, aunque es expresada en tono de broma, debe ser atendida, pues limita la comunicación del binomio equipo de salud - paciente. Aquí se evidencia que, a pesar del reconocimiento del paciente como sujeto activo, tal vez, es difícil que siempre el trato sea el más adecuado, lo cual puede indicar que persiste la dificultad en el cambio de paradigma instaurado por el método tradicional, tan arraigado en la cultura del ambiente de salud.

*De la cantidad de talleres*

El grupo de sistematización devela que el número de sesiones por año es limitado. Esto también hace parte de la limitación de recursos económicos y humanos, pues como se describió, cada taller, demanda una gran cantidad de dedicación en cuanto a su planeación y logística.

---

---

*De los aspectos  
logísticos de las  
sesiones de  
acondicionamiento  
físico*

Como ya se mencionó, estas sesiones están limitadas en tiempo y espacio. Además, comparte la limitación de horarios del que se expresó respecto a circuito, pues el personal activo laboralmente manifiesta no siempre se les da el permiso para asistir.

---

Nota: Elaboración propia

### **5.2.3. Lecciones aprendidas**

En esta sección se presentan las lecciones aprendidas que fueron manifestadas por el colectivo sistematizador, y aquellas que se producen como parte del análisis e interpretación global de la experiencia. Los aprendizajes se organizan en cuatro categorías principales: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, educación en salud, trabajo en equipo e intervención situada. Se describen a continuación.

#### **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

Al ver resultados favorables en el estado de salud de los pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular, se hizo evidente el beneficio que tienen las estrategias de promoción y prevención - PyP sugeridas por las guías de manejo dadas por el Ministerio de salud. Se habló ya, del alto costo social y económico que generan la morbilidad, la discapacidad por complicaciones y la muerte prematura asociada a enfermedades cardiovasculares; sin embargo, desarrollar la experiencia del programa “*De todo corazón*” implicó una asignación considerable de recursos económicos a nivel institucional, que administrativamente ha exigido garantizar y demostrar que el recurso invertido ha generado un beneficio mayor.

*“Y se le demostró a la parte administrativa, directivas y usuarios que como un programa de esos en la forma integral que se maneja puede dar mejores resultados, y resultados a largo plazo y mejorar la calidad de vida y cambiar el estado de conciencia, de pronto disminuir el consumo de medicamentos, el volverse más objetivo en el manejo, el seguimiento y la prevención de los pacientes” PRO1, testimonio 28 01 2020*

Este aprendizaje llevó a la administración a ampliar el programa, al equipo a proponer la inclusión de personas con riesgo bajo y moderado, y a los pacientes a ser replicadores entre pares y, en algunos casos, a ellos mismos demandar su inclusión.

### **Educación en salud.**

Otro aprendizaje nació de los talleres y conversatorios, ya que se necesitaba reunir en torno a un tema de salud a pacientes con diferentes niveles educativos, por la misma naturaleza de los empleados de la universidad, que involucraba a personal administrativo profesional y no profesional, docente y directivas. Ante esta diversidad, inicialmente se agrupaba a los pacientes según nivel educativo, pensando en tener una mejor comunicación y comprensión del mensaje.

*“En la primera época se separaron los grupos. Se hicieron profesionales, los profesores y se hacia otro grupo. Después ya todos en el mismo”. PRO3, testimonio 28 01 2020*

Sin embargo, a medida que se desarrollaban las jornadas educativas, se fue descubriendo que el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad y la conciencia en salud para el abordaje requerido tanto farmacológico como no farmacológico, era similar. Tenían preguntas similares, las mismas dudas, creencias y costumbres. Por esta razón, se unificaron los grupos, facilitando la

organización de estrategias educativas y mejorando relaciones de pares dentro del grupo de pacientes.

*“... nos llevamos la sorpresa que por muy profesionales y doctorados que tengan, el conocimiento en promoción y prevención era similar e incluso con algunos costumbrismos y modales que a uno le llamaban la atención cuando hacia los conversatorios. Entonces eso nos llevó a que se podían manejar los grupos así tuvieran diferencias de rangos administrativos o de rangos académicos, entonces eso fue interesante”. PRO1, testimonio 28 01 2020*

### **Trabajo en equipo.**

Los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario manifiestan que durante el trabajo asistencial (centrada en diagnósticos), la atención se desarrolla de manera muy individual en su propio espacio, atendiendo pacientes cada quien en su consultorio. Y esta experiencia implicó un reto grande y era aprender a trabajar en equipo.

*“Desarrollar habilidades de trabajo en grupo, buscar estrategias de trabajo en equipo, para mí fue muy interesante, me abrió otras puertas, de pronto uno desarrolla cosas que no conocía, y ver también profesionales como se adaptan, integran, colaboran, como se comprometen tanto que se reparte voluntariamente uno las funciones (P.ej. ir a hacer mercado, manejar sonido, fotografía, cosas fuera de lo habitual) y eso es bastante interesante, llegar a concretar eso”. PRO1, testimonio 28 01 2020*

Durante unos años, el programa afrontó cambios de personal frecuentes. La contratación de la mayoría de las personas que conformaban el equipo de salud era por orden de prestación de servicios, con renovaciones regulares, pero que, al no ser un vínculo estable, generaba cambios

frecuentes de personal. Estos cambios, implicaban procesos de retroceso o estancamiento en la curva de aprendizaje del programa y la inversión adicional de tiempo para la formación y adaptación de un nuevo integrante, porque el esquema preventivo es mucho más participativo, rompiendo con el esquema tradicional al que venían acostumbrados los nuevos integrantes del equipo. Esta situación mejoró al asumir el cambio a UISALUD, ya que se ha logrado una contratación más estable.

### **Intervención situada.**

Por último, pero tal vez el mayor aprendizaje, es la adaptación de las guías de manejo expedidas por el Ministerio de salud, que se refiere a situar las recomendaciones dadas por las organizaciones y los estudios basados en método científico, a las costumbres, gustos, creencias y características de la población y el entorno en el cual se desarrolla esta intervención social llamada programa “*De todo corazón*”.

En el programa, el profesional de salud es consciente de su rol de educador y la responsabilidad que implica su desempeño vocacional. Conoce la necesidad de estar actualizado en temas de salud, que provienen principalmente de estudios basados en el método científico. Lo esencial ha estado en derribar la postura de superioridad, de la objetividad y el juicio en su práctica profesional.

*“El aspecto de la parte técnica y científica de cada una de nuestras profesiones está ahí, eso no nos los va a quitar nadie. Pero en este trabajo en equipo y con los usuarios, eso se nos va un poquito al piso, porque no es solamente contar calorías, hacer una minuta, sino es trabajar con el usuario de la mano para poder revisar, ir más allá de esa parte técnica, porque de pronto si: no identifica que son las calorías, si yo no tengo en cuenta el paciente que consume, la*

*accesibilidad a los alimentos, las costumbres alimentarias y el consumo de alimentos regionales, si yo no los tengo en cuenta y lo adapto, en si una minuta y el conteo de calorías no me sirve para nada, entonces es ese acompañamiento y tratara de que eso lo pongamos al nivel de cada uno de los usuarios de acuerdo a su condición económica, a su ingesta alimentaria a su presupuesto, entonces debemos empoderarnos de esos aspectos y ponerlos en la vida diaria y nos sirve para cumplir las metas con cada uno de los usuarios”. NUTRICIONISTA, testimonio 28 01 2020*

Esta intervención situada es percibida por los usuarios, como nos sugiere esta cita:

*“Profundizar en el balanceo de las comidas, si le dicen a uno compre salmón, pero si no lo puedo comprar y no me gusta, me gusta que dan alternativas para dar ideas de que puede preparar o como lo puede preparar”. DTC5, testimonio 20 05 2020*

Es decir, perciben cómo las recomendaciones de hábitos saludables se ajustan a su presupuesto y gustos, adaptando el plan nutricional.

### **5.3. ¿Cómo proyectan los participantes el programa?**

Los profesionales de salud del equipo interdisciplinario junto con los pacientes del programa *“De todo corazón”* coinciden en su proyección. Se proyectan por mucho más tiempo, con las actividades que realiza hasta el momento y la inclusión de más actividades novedosas que aporten crecimiento del programa y bienestar de sus integrantes.

Tienen una visión compartida de continuar como programa bandera de la institución, teniendo la expectativa de que se visibilice y promueva más todo lo que se hace. También se tiene como meta, compartir la experiencia con otras entidades de salud, y que la misma se convierta en referente a nivel nacional.

Estas proyecciones y expectativas se construyen en torno a la idea y la experiencia que tienen del beneficio que efectivamente han observado en la atención integral, que como se ha mencionado, ha permitido, por un lado, el cambio de paradigma, la conciencia y el compromiso del equipo de salud, y por otro, el mejoramiento de la calidad de vida, la conciencia y el compromiso con la prevención, por parte de los usuarios.

Mediante la sistematización de la experiencia, fue posible identificar y hacer visible los grandes avances y aprendizajes que se han consolidado en el programa, siendo del interés de directivos, administrativos, profesionales y usuarios, capitalizarlos mediante la socialización tanto al interior como fuera del programa. A finalizar la sistematización, puede decirse que en cada espacio de entrevista o conversación en torno a la experiencia se hizo evidente la importancia que tiene para la identidad del programa y su proyección, el profundizar en varios aspectos de la experiencia y seguir aprendiendo de ella.

## **6.Recomendaciones**

Junto al colectivo sistematizador se realizan las siguientes recomendaciones para el fortalecimiento del programa y la atención integral como característica principal del mismo:

Incluir nuevamente al profesional de Odontología. Estudios han demostrado la importancia del abordaje de este profesional en los pacientes con riesgo cardiovascular, evidenciando cómo los focos de infección dental generan reacciones inflamatorias cardiovasculares. Al sacar esta atención del circuito, se ha disminuido su atención a esta población, porque implica programar la cita y que el paciente regrese otro día, lo cual es difícil dado que se entra a depender de factores

como el recordar hacer la programación, el encontrar agenda disponible, y el contar de disponibilidad para un nuevo desplazamiento.

Incluir nuevamente al profesional de Psicología. Las enfermedades de riesgo cardiovascular están asociadas a pérdida de autoestima, depresiones, sobre todo el diabético, situación que se pudo confirmar con la aplicación del cuestionario de salud SF – 36 por parte de la psicóloga al inicio de la experiencia. El apoyo de psicológica fue bastante importante y tuvo un impacto significativo, no solo en la salud mental y emocional, sino en el empoderamiento y en las actitudes de autocuidado, componentes clave del abordaje integral, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Apoyo institucional a los profesionales en la parte educativa. Apoyo en tiempo y económico para la asistencia a cursos, congresos, seminarios, diplomados, con fines de actualización que permita reforzar su conocimiento y habilidades para una mejor atención a los pacientes. Es importante tener en cuenta aquí, que la formación y continua actualización de los profesionales vinculados al programa, se configuran en una oportunidad tanto para la capitalización del conocimiento y del recurso humano, como para la difusión de la experiencia y su integración a redes que puedan ser de interés.

Ampliar la capacidad del programa e incluir pacientes con riesgo primordial, lo cual es necesario porque permite un abordaje preventivo primario, es decir, antes de que se instaure una enfermedad crónica, disminuyendo el RCV. Esto podría tener efectos significativos en los indicadores de morbilidad y mortalidad. De igual forma fortalecerían el concepto y práctica de la atención integral.

Fortalecer el programa de acondicionamiento con actividades grupales como bailoterapia, aeróbicos y yoga 2 o 3 veces a la semana. Esta actividad fue suspendida al perder el espacio del salón de clases grupales, sin embargo, se propone gestionar un espacio en otro lugar dentro de la universidad. Según las guías, se recomienda ejercicio de intensidad moderada y vigorosa, con duración de mínimo 150 minutos a la semana, distribuidos en mínimo 3 veces a la semana. De esta manera se facilitaría el cumplimiento de esta recomendación, que favorece el bienestar físico y emocional de los usuarios, fortaleciendo la atención basada en los determinantes sociales de la salud.

Ampliar las sesiones de acondicionamiento físico en los pacientes de más edad y que cumplen con las sesiones iniciales. Esto porque debido a sus características, tiene mayor riesgo de sarcopenia y riesgo de lesión en la práctica de ejercicio no supervisado.

Promover la creación de grupos de apoyo, en torno a actividades lúdicas. Aquí se habla de actividades como gimnasia cerebral y manualidades, las cuales pueden influir significativamente en pautas de relacionamiento más saludables, mejoramiento de los estilos de vida y de la salud mental.

Destinar recursos para incentivos a los participantes del programa “*De todo corazón*”, similar a la camiseta, que da sentido de pertenencia y a la vez visibiliza la experiencia y la institución.

Propiciar el intercambio de experiencias con programas similares a nivel local, nacional e internacional (universidades, centros médicos y de investigación), lo cual aportaría a la visibilización y fortalecimiento del programa, así como a la integración en redes de conocimiento de gran importancia para la institución universitaria.

## Referencias bibliográficas

A. Gómez-de la Cámara, P. Pinilla-Domínguez, S. Vázquez-Fernández del Pozo, L. García-Pérez, M.A. Rubio-Herrera, J.A. Gómez-Gerique, J.A. Gutiérrez-Fuentes, A. Rivero-Cuadrado y P. Serrano-Aguilar. Mortalidad prematura cardiovascular y sus costes: 20 años de seguimiento del estudio DRECE. *Revista Clínica Española*. 2014;214(7):365---370

Briggs, Charles L. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, vol. 14, 2005, pp. 101-124. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España

Caja de Previsión Social de la UIS. (2011). *Procedimiento para manejo de pacientes con riesgo cardiovascular*. Documento interno código PR-P03-008. Versión: 2.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

DPhil, S. Hawken, S. Ôunpuu, S. Dans, T. Avezum, F. Lanas, F. et al. PlumX Metrics Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Revista The Lancet*, Septiembre 2004. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Boletín No. 1. Diciembre 9 de 2013

Jara, O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. 2011. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias:

J. Ruiz, Álvaro; J. Aschner, Pablo; Puerta, María Fernanda; Alfonso-Cristancho, Rafael. Estudio IDEA (International Day for Evaluation of Abdominal Obesity): prevalencia de obesidad abdominal y factores de riesgo asociados en atención primaria en Colombia. *Biomédica*, vol. 32, núm. 4, 2012, pp. 610-616. Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia

López Rivera, Jesús A. Programa para la detección, evaluación y tratamiento del paciente hipertenso de la región Andina. Panamericana Formas e Impresos SA. Capítulo VII, pag: 209-213. Agosto 2015, Bogotá-Colombia. ISBN:978-980-12-8207-5

Lucy Barrera-Ortiz<sup>1</sup>; Gloria M. Carrillo-González; Lorena Chaparro-Díaz; Beatriz Sánchez-Herrera. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *ORINOQUIA*, Vol. 19 - No 1 - Año 2015. Universidad de los Llanos. Villavicencio, Colombia

Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, Medellín, Colombia. 2013; Vol 31(sup11):28-36.

Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. *Guía de Atención de la Hipertensión Arterial*.

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud, “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá D.C., Enero de 2016 Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Nowicki RI. La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2015; 5(1):63-9. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2015; 5(1):63-9.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *“Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores”*. Washington, D. C. ISBN 978-92-75-33226-9

Orozco-Gómez, Ángela María; Castiblanco-Orozco, Laura. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, vol. 24, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 203-217. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

Panamerican Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC: PAHO, 2013. ISBN 978-92-75-117385

Thomas R. Dawber, M.D.; Felix E. Moore, F.A.P.H.A.; and George V. Mann, M.D. Coronary Heart Disease in the Framingham Study. *American journal of public health*. Abril 1957.

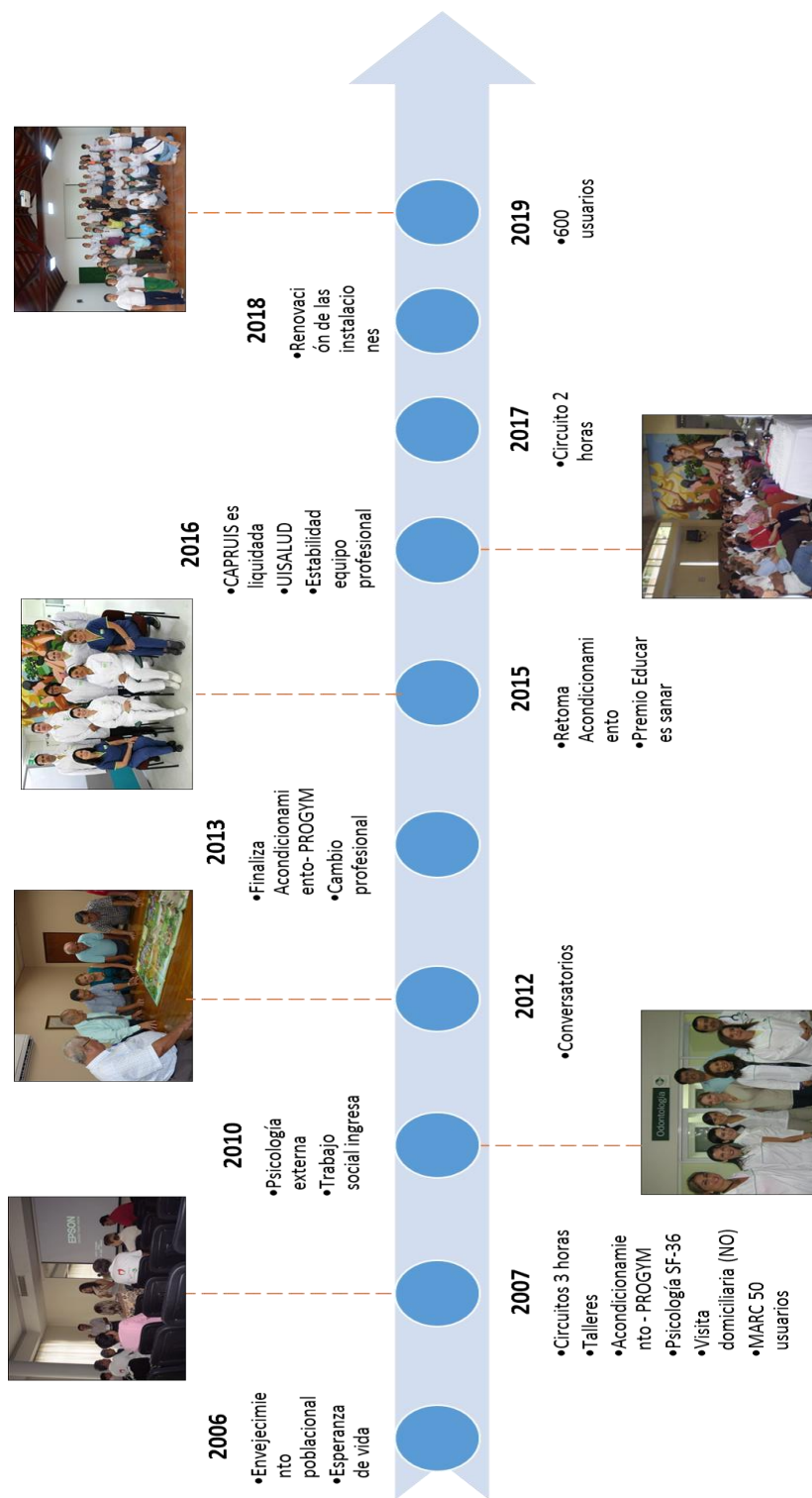
Torres, A., y Barragán, Disney. (2017). *La sistematización como investigación interpretativa crítica*. Bogotá, Colombia: El búho Ltda.

UISALUD, Informe anual de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2019.

World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. ISBN 978 92 4 150623 6

## Apéndices

### Apéndice A. Línea de tiempo



**Apéndice B. Inventario de información secundaria**

<b>Tipo de fuente</b>	<b>fecha</b>	<b>cantidad</b>
Acta de reunión	2016	1
Boletín UISALUD Contigo	2018	3
Boletín UISALUD Contigo	2019	2
Caracterización poblacional	2014	1
Encuestas de satisfacción	2011	65
Fotografías	2007	4
Fotografías	2008	100
Fotografías	2016	315
Fotografías	2018	30
Fotografías	2019	112
Informe encuestas	2011	1
Informe odontología	2013	1
Informe PyP enfermería	2013	2
Informe PyP enfermería	2016	1
Informe PyP enfermería	2017	1
Informe PyP enfermería	2018	1
Informe PyP enfermería	2019	1
Invitaciones a talleres	2007	3
Perfil epidemiológico	2013	2
Resultados conversacionales	2014	1
Videos	2017	2

## Apéndice C. Guion guía de entrevista individual – fundador

### Guía entrevista narrativa individual

**Objetivo:** Recoger el testimonio del fundador que contribuya a la reconstrucción y análisis de la experiencia.

**Presentación:** Para la sistematización de la experiencia del programa “*De todo corazón*”, es necesario conocer cómo se gestó y se ha desarrollado el programa hasta el momento. Reconociendo su participación como miembro fundador de esta iniciativa, es muy valioso para este proceso contar con su testimonio. Solicito su permiso para grabar esta entrevista, lo cual permitirá una mejor interacción entre nosotros al no tener que llevar los apuntes en papel y poder estar atenta a sus respuestas. Solo tomaré notas sencillas para seguir el hilo de la entrevista.

### Iniciar grabación

La información suministrada en esta entrevista es confidencial y solo será utilizada para los fines de la sistematización. Sin embargo, sería posible que en el texto final de sistematización se incluyan algunos testimonios de forma literal, en este caso, ¿autorizaría usted el uso de estos testimonios, así como que citáramos su nombre?

### Preguntas:

1. ¿Cómo surge la idea de crear el programa “*De todo corazón*”?
  - a. Antes del programa, ¿cómo se realizaba la atención a la población de RCV en esta institución?
  - b. Describir cuáles fueron las condiciones que llevaron a plantear el nuevo modelo de atención que caracteriza al programa “*De todo corazón*” (indagar por: deficiencias del modelo de atención anterior, cambios conceptuales a nivel global, cambios institucionales, requerimientos de la población sujeto de atención, etc.)
2. Cómo fue el diseño original del programa en cuanto a:
  - a. administración (ejecutor),
  - b. soporte conceptual,
  - c. objetivos,

**d.** metodología

3. ¿Cómo fueron los primeros pasos en la implementación del programa “*De todo corazón*”?
4. ¿Una vez se puso en práctica el modelo de atención mediante el programa “*De todo corazón*”, cuáles momentos importantes de transformación dentro del programa identifica usted en cuanto a:
  - a. administración (ejecutor),
  - b. soporte conceptual,
  - c. objetivos,
  - d. metodología
5. ¿Cómo se vivió dentro del programa el cambio de la entidad de CAPRUIS a UISALUD?
6. Explicitar las principales diferencias y similitudes entre el modelo de atención anterior y el nuevo, ahondar en lo que se conserva y lo que implica un cambio radical
7. Señalar los pros y contras de realizar el cambio del modelo antiguo de atención del RCV al programa “*De todo corazón*”.
8. ¿Cómo ve a largo plazo el programa?
9. ¿Hay algo más que quisiera contarme de la historia del programa?

**Agradecimiento y cierre de la entrevista.** Termina la grabación, sin embargo, se está atento a comentarios y/o reacciones adicionales.

## Apéndice D. Guion guía de entrevista individual – pacientes.

### Guía entrevista individual - pacientes

Esta entrevista tiene como fin, realizar una sistematización de experiencia del programa “*De todo corazón*”. La sistematización de experiencia consiste en un análisis crítico del porqué se hizo, cómo se hizo, donde se hizo y otras preguntas, con el fin contribuir a la experiencia a partir de la interpretación de sus éxitos y las lecciones aprendidas.

Esta sistematización se realiza por un interés académico, la información suministrada es confidencial y solo será usada para los fines de la sistematización. Sin embargo, sería posible que en el texto final de la sistematización se incluyan algunos testimonios de forma literal, en este caso, ¿autorizan que sus testimonios sean usados de forma anónima a través de una codificación interna?

SI\_\_\_\_NO\_\_\_\_

#### Objetivos:

- Analizar de forma crítica con los usuarios inscritos en el programa la experiencia, su significado y su participación.
- Develar las lecciones aprendidas durante la experiencia que contribuyan a fortalecer la relación y participación de los usuarios y el equipo profesional, aportando además al mejoramiento de otros programas de manejo del riesgo cardiovascular.

**Evocación de memoria:** Presentar las ayudas audiovisuales construidas en el proceso de reconstrucción de la experiencia, con el fin de traer a la memoria la experiencia desde sus inicios. (Ver la presentación de Power Point)

#### Preguntas a desarrollar:

1. ¿Cómo ha sido su participación en el programa “*De todo corazón*”?
2. ¿Qué actividades conoce del programa y en cuáles ha participado?

3. ¿Qué significa para usted el programa “*De todo corazón*”?
4. Los modelos de atención integral buscan un abordaje de las condiciones de salud, con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, promoción de estilos de vida saludable y la participación de un equipo interdisciplinario.

Teniendo en cuenta este significado de atención integral, ¿Qué ha significado para usted la atención integral en el programa?

5. ¿Cuáles son, desde su perspectiva, los factores de éxito (aspectos positivos) de cada una de las actividades del programa?:
  - a. Circuitos.
  - b. Talleres.
  - c. Acondicionamiento físico.
  - d. Interdisciplinariedad.
6. ¿Cuáles son, desde su perspectiva, las limitaciones (aspectos por mejorar) de cada una de las actividades del programa?:
  - a. Circuitos.
  - b. Talleres.
  - c. Acondicionamiento físico.
  - d. Interdisciplinariedad.
7. ¿Qué expectativas tiene al participar en este programa, que esperan del programa?
8. ¿Qué cambiaría del programa?
9. ¿Qué desearía del programa?

## Apéndice E. Guion guía de entrevista a grupo focal

### Entrevista a grupos focales

(grupo del equipo interdisciplinario)

#### Objetivos:

- Analizar de forma crítica con los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario la experiencia, su significado y su participación.
- Develar las lecciones aprendidas durante la experiencia que contribuyan a fortalecer la relación y participación de los usuarios y el equipo profesional, aportando además al mejoramiento de otros programas de manejo del riesgo cardiovascular.

**Presentación:** Iniciar con la bienvenida a la sistematización de la experiencia del programa “*De todo corazón*”, y explicar brevemente en que consiste, sus objetivos y de qué manera se espera contribuir a la experiencia. Reconocer la necesidad y lo fundamental de su participación en este proceso. Solicitar su permiso para grabar esta entrevista, la grabación hará más ágil el trabajo del grupo y permitirá una mejor interacción al no tener que llevar los apuntes en papel y poder estar atenta a sus respuestas. Teniendo en cuenta que es una entrevista grupal, los invito a que todos tengan una participación activa en cada una de las preguntas que se realicen, así como la disposición a escuchar de forma atenta y respetuosa las intervenciones de los diferentes participantes. La información suministrada por cada uno de los miembros del grupo focal es confidencial y solo será usada para los fines de la sistematización. Sin embargo, sería posible que en el texto final de la sistematización se incluyan algunos testimonios de forma literal, en este caso, ¿autorizan que sus testimonios sean usados de forma anónima, pero citando su título profesional?

#### Iniciar grabación

**Explicación de la sistematización:** Presentar de forma breve el concepto, los objetivos de la sistematización y la metodología.

**Evocación de memoria:** Presentar las ayudas audiovisuales construidas en el proceso de reconstrucción de la experiencia, con el fin de traer a la memoria la experiencia desde sus inicios.

**Preguntas a desarrollar:**

1. Teniendo en cuenta los antecedentes del programa, ¿cómo fue la participación de alguno de ustedes en el anterior modelo de atención del RCV en esta institución?
2. ¿Cómo ha sido la participación de cada uno en el actual modelo de atención: programa “*De todo corazón*”?
3. Señalar los pros y contras de realizar el cambio del modelo antiguo de atención del RCV al programa “*De todo corazón*”.
4. ¿Qué ha significado para cada uno de ustedes la participación en el programa?
5. ¿Cuáles son desde la perspectiva de cada uno, los principales aportes del modelo de atención integral a la atención de los pacientes con RCV?
6. ¿Cuáles son, desde su perspectiva, los factores de éxito de la atención integral tal como se desarrolla en el programa “*De todo corazón*” (mediante circuitos, talleres, acondicionamiento físico e interdisciplinariedad)?
7. ¿Cuáles son, desde su perspectiva, las limitaciones de la atención integral en el programa “*De todo corazón*” (mediante circuitos, talleres, acondicionamiento físico e interdisciplinariedad)?
8. ¿Cuáles han sido los aprendizajes que han tenido con esta experiencia?
9. ¿Cómo ven a largo plazo el programa?