

## Un abordaje de atención primaria en salud en el marco del COVID-19 para población con comorbilidades de riesgo en micro-zonas de severidad en Bogotá.

### Autores:

Sofía Rios Oliveros,  
Leidy Castañeda,  
Sindy Sánchez,  
Kimberly Piñeros,  
Juliana Damelines,  
Laura Bocanegra

### Resumen

El manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Distrito Capital ha conllevado años y muchos esfuerzos desde diversas posturas de salud pública. Hace unos años la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una sindemia, dada la magnitud que tienen estas enfermedades; ahora, frente a el Covid-19, esta pareciera ser la definición más acertada.

**Objetivo:** identificar los riesgos de las personas caracterizadas en las microzonas de severidad en el marco de la epidemia por Covid-19.

**Métodos:** análisis descriptivo no probabilístico de los riesgos identificados en la caracterización poblacional de algunos cuadrantes de severidad para Covid-19 en Bogotá, a partir de la escala OMS de enfermedades cardiovasculares.

**Resultados:** la aplicación de la escala de riesgo cardiovascular se logró en el 74,4 % de las personas caracterizadas, de éstas, el 59,8 % se encontraban en riesgo medio, el 11,6 % en

riesgo alto, el 1,6 % en riesgo muy alto y el 0,04 en riesgo extremadamente alto.

**Conclusiones:** La complementariedad en las acciones de salud pública deberá mejorar los datos aquí presentados, entendiendo que el esfuerzo en el momento de pandemia por el que se cursa deberá propender a que al 100 % de los riesgos muy altos y extremadamente altos identificados, se les brinde una atención efectiva de manera rápida. Para los riesgos clasificados como bajos y moderados, se les deberá realizar el seguimiento para el mantenimiento de la salud, acorde con lo establecido en el lineamiento nacional de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS).

### 1. Introducción

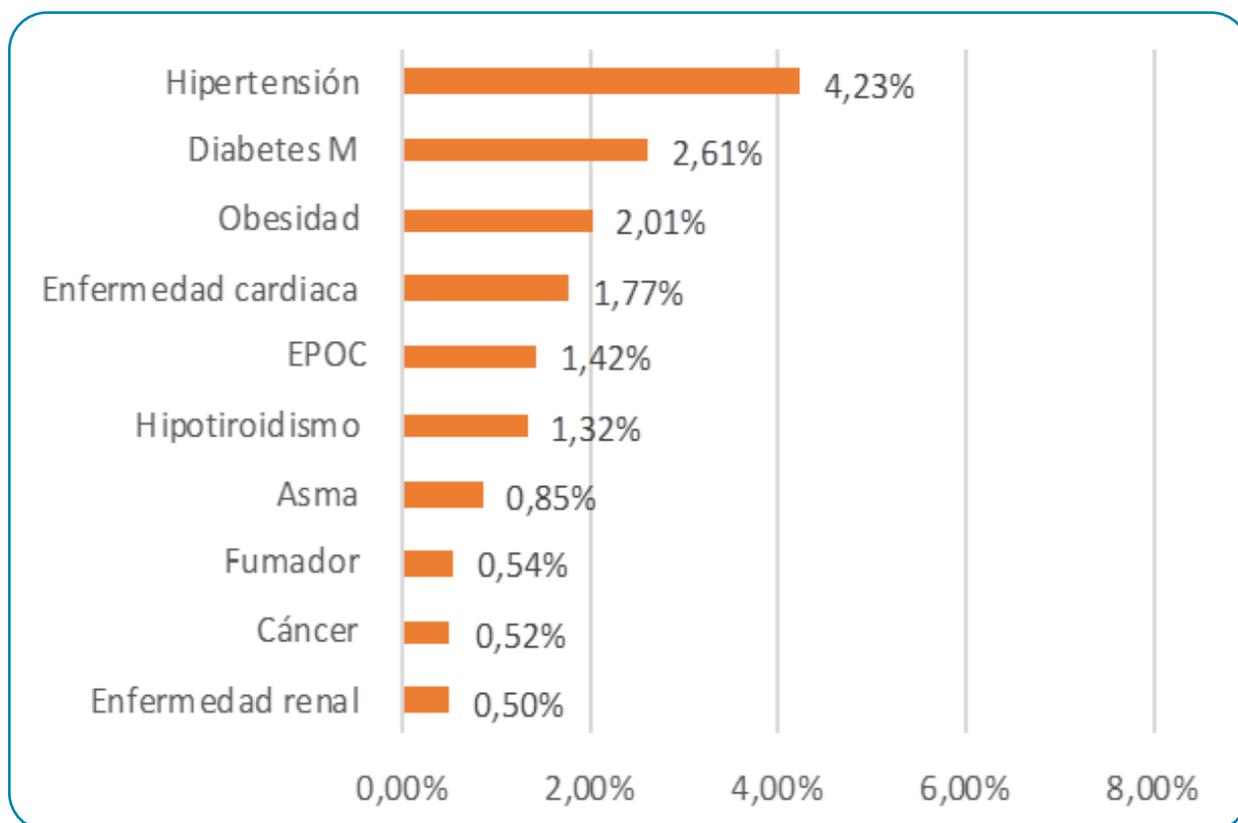
Las enfermedades no transmisibles han sido un reto para la salud pública desde hace ya varios años. (1–3) Un estudio reciente, indica que para poder abordarlas se requiere, entre otras cosas intervenciones eficaces en el sistema de salud, así como acciones de atención primaria e intervenciones para reducir el consumo de tabaco y alcohol. (4) Para Covid-19 este reto no es la excepción, según un estudio que estimó la carga de la enfermedad, se indica que alrededor de 1,7 millones de personas (UI 1.0 – 2.4) que comprende alrededor del 22 % (UI 15 – 28) de la población mundial tienen al menos una afección que lo pone en mayor riesgo de agravarse por Covid-19 si se infecta. Estas estimaciones, fueron más sensibles a la prevalencia de enfermedad renal crónica, diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad respiratoria crónica. (5) Lo indicado por este estudio, ha sido corroborado por algunos otros en los que se advierte de la necesidad de generar intervenciones preventivas a la población con este tipo de enfermedades y no sólo en el marco de la pandemia declarada. (6,7) Generar intervenciones para Covid-19 implica que se re-

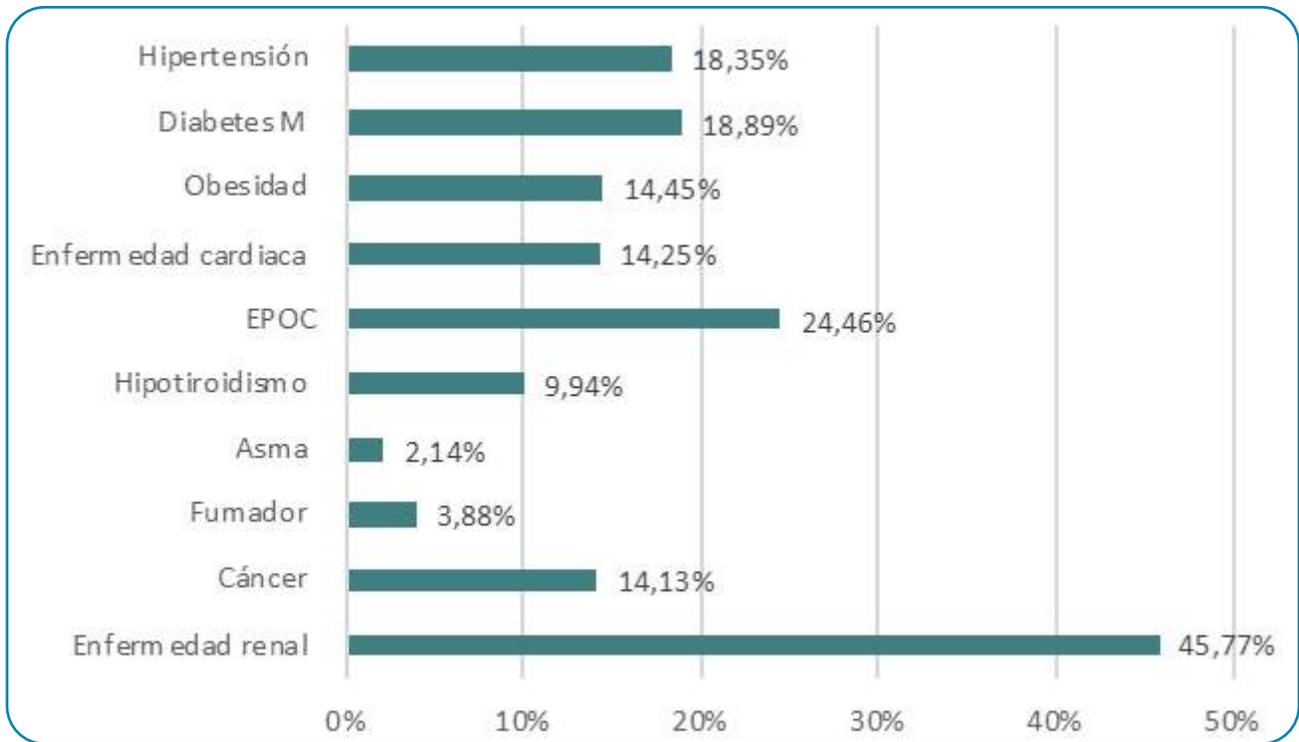
alicen acciones para las enfermedades crónicas, entendiendo que éstas al igual que el Covid-19 afectan de manera desigual a las personas con alguna vulnerabilidad social o económica, es por esto que la literatura reciente ha recomendado que Covid-19 no es una pandemia, sino una sindemia. (8)

En Colombia, las enfermedades crónicas no transmisibles han estado en la agenda pública durante los últimos años, la principal causa de muerte a nivel nacional son las enfermedades del sistema circulatorio, de igual forma, enfermedades como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) muestran una tendencia creciente. (9) Bogotá no es la excepción y muestra una tendencia al igual que la nación. Específicamente, para Covid-19

con corte al 24 de septiembre, se identifica que del total de las personas 259.008 que se han contagiado y que han sido notificadas por el sistema de vigilancia en salud pública, 42.209 (16,3 %) presentan alguna comorbilidad, 6.611 personas han fallecido por Covid-19, y de estas 5.550 (83,95 %) reportaron tener alguna comorbilidad. la distribución de estas enfermedades muestra que en mayor porcentaje las personas que han estado contagiadas de Covid-19 han tenido hipertensión (HTA), diabetes y obesidad; la enfermedad renal crónica se presenta en el 0,54 % de los casos, sin embargo, de las personas que tenían enfermedad renal crónica y que se contagiaron de Covid-19 el 45,77 % fallecieron. De las personas con Hipertensión falleció el 18,35 % y con obesidad el 14,45 % (ver gráfico 1).

**Gráfico 1. Proporción de casos con comorbilidades reportadas y porcentaje de fallecimiento para cada comorbilidad en las personas notificadas como COVID-19 positivo, Bogotá D. C.**





Fuente: Base de datos seguimiento casos positivos Covid-19. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, corte 24 de septiembre 2020.

El abordaje de las enfermedades crónicas en la ciudad, ha tenido una puesta sectorial e intersectorial desde hace algunos años, la cual ha estado en sintonía con el planteamiento de la atención primaria en salud (APS), en donde la intersectorialidad tiene un papel preponderante para el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, desde esta postura de APS, se devela la necesidad de analizar los contextos en las que se desarrollan las personas, con una fuerte acción frente a promover políticas públicas saludables, generar autonomía de las comunidades para el adecuado desarrollo de la toma de decisiones en el cuidado de la salud y la reorganización de los servicios para el mantenimiento del goce y disfrute de la salud. (10–12).

El país por medio de la Ley Estatutaria en salud hace grandes avances y por medio del desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) genera las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) en estas se destaca la

de promoción y mantenimiento de la salud, la cual es la ruta en la que toda la población viaja en los diferentes momentos, sucesos y trayectorias vitales. En Bogotá este desarrollo se ha dado, sin embargo, en cuanto a las atenciones a las condiciones crónicas no transmisibles, se ha implementado además las rutas específicas (RIAS) para grupos de riesgo, que desde el planteamiento de la normativa reciente, se establece que debe haber una complementariedad en las acciones de gestión del riesgo individual a cargo de las Empresas Promotoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las acciones de gestión de riesgo colectivo liderado por las entidades territoriales de salud. (13–15).

En la ciudad, la forma de entrada a las comunidades ha sido por medio de la estrategia de APS, la cual se concibe cómo un compromiso con la justicia social y la equidad en reconocimiento del derecho fundamental al goce máximo de la salud, (16–18) esta estrategia opera en la ciudad de Bogotá desde

diferentes actores y procesos de gestión del proceso salud–enfermedad, específicamente, en la gestión del riesgo colectivo, se desarrolla por medio de la atención primaria el abordaje a las familias y comunidades, para este caso, por medio de equipos interdisciplinarios que operan a través de los entornos de vida cotidiana. Estos equipos tienen diversas acciones entre las que se encuentra identificar aspectos sociales, demográficos, condiciones sanitarias y ambientales, así como de situaciones de salud de las personas, familias y comunidades de los diversos lugares del territorio bogotano, de igual forma se encargan de brindar información y educación para la salud acorde a las identificaciones realizadas. (19)

Para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles se realizan diversas acciones a nivel individual por medio de las EAPB quienes son las encargadas de desarrollar las acciones dispuestas en las RIAS específicas de riesgo, es válido mencionar que, en la ciudad, el 81,5 % de la población está afiliada al régimen contributivo, 15,6 % al régimen subsidiado, 2,4 % al régimen de excepción y como no asegurados un 0,4 %. Esto indica que, el 99,5 % de la población tiene una cobertura de aseguramiento. (20)

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de cobertura en la afiliación, se esperaría que las acciones de gestión del riesgo individual se estuvieran solventando en la ciudad a partir del asegurador del riesgo que para este caso como se ha mencionado es la EAPB, desde la cuenta de alto costo, el país le hace un riguroso seguimiento indicadores de seguimiento de incidencia y prevalencia de algunas enfermedades crónicas, para el año 2019, fecha del último informe para enfermedad renal crónica, hipertensión y diabetes mellitus. (21)

Se evidenció que la ciudad fue la que más reportó casos incidentes de hipertensión arterial

con un total de 150.488 personas, incidencia 18,28 x 1000 personas, en el país la incidencia fue de 9,90 x 1000 personas; para el caso de la prevalencia entre los años 2013 – 2019, la ciudad muestra un total de 779.559 casos con una prevalencia de 9,47 x 100 habitantes, para el país la prevalencia cruda fue de 8,36 x 100 habitantes. (21)

La diabetes mellitus, para el año 2019 se identificaron 54.551 casos, una incidencia 6,62 x 1000 personas; para el país la incidencia fue de 3,72 x 1000 personas. La prevalencia de esta enfermedad entre el 2013 y 2019 en la ciudad fue de 2,92 por 100 habitantes y, para el país, de 2,58 por 100 habitantes. (21)

La enfermedad renal crónica, por su parte mostró también casos elevados en la incidencia para la ciudad en el año 2019, reportando 59.397 casos, incidencia 7,21 por 1000 habitantes, para el país es 3,56 por 1000 habitantes; la prevalencia entre 2013 y 2019 reportó 286.950 casos y una prevalencia de 3,48 por 100 habitantes, para el país es de 1,84 por 100 habitantes. (21)

El informe devela que la ciudad de Bogotá supera en todos los indicadores los datos del país, por lo que es importante realizar acciones complementarias efectivas con el fin de mitigar los posibles impactos en la mortalidad por la epidemia de Covid-19.

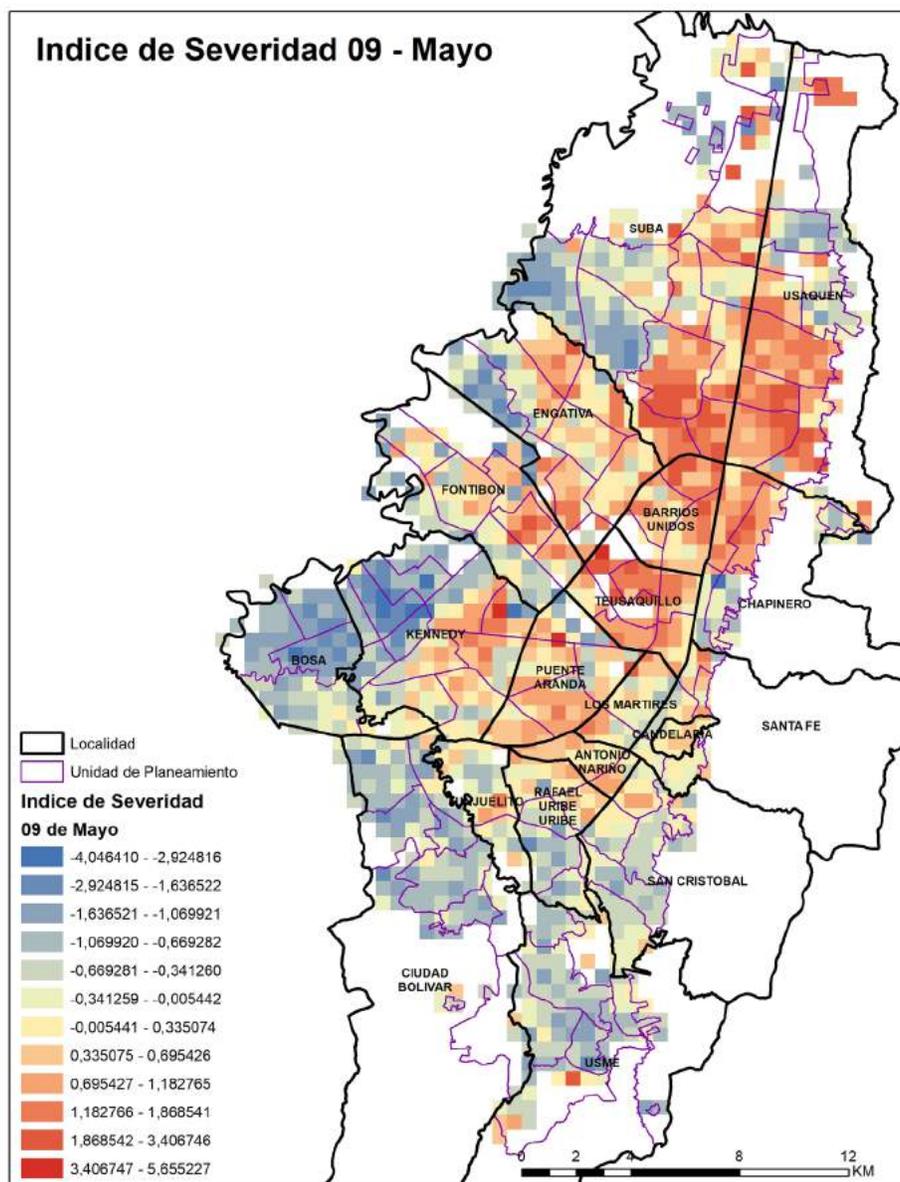
## 2. Métodos

Análisis descriptivo no probabilístico de los riesgos identificados en las familias caracterizadas en los cuadrantes definidos a partir del índice de severidad en la ciudad de Bogotá. (23) En el cual se abordó a las personas que presentaban alguna morbilidad como HTA, diabetes y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

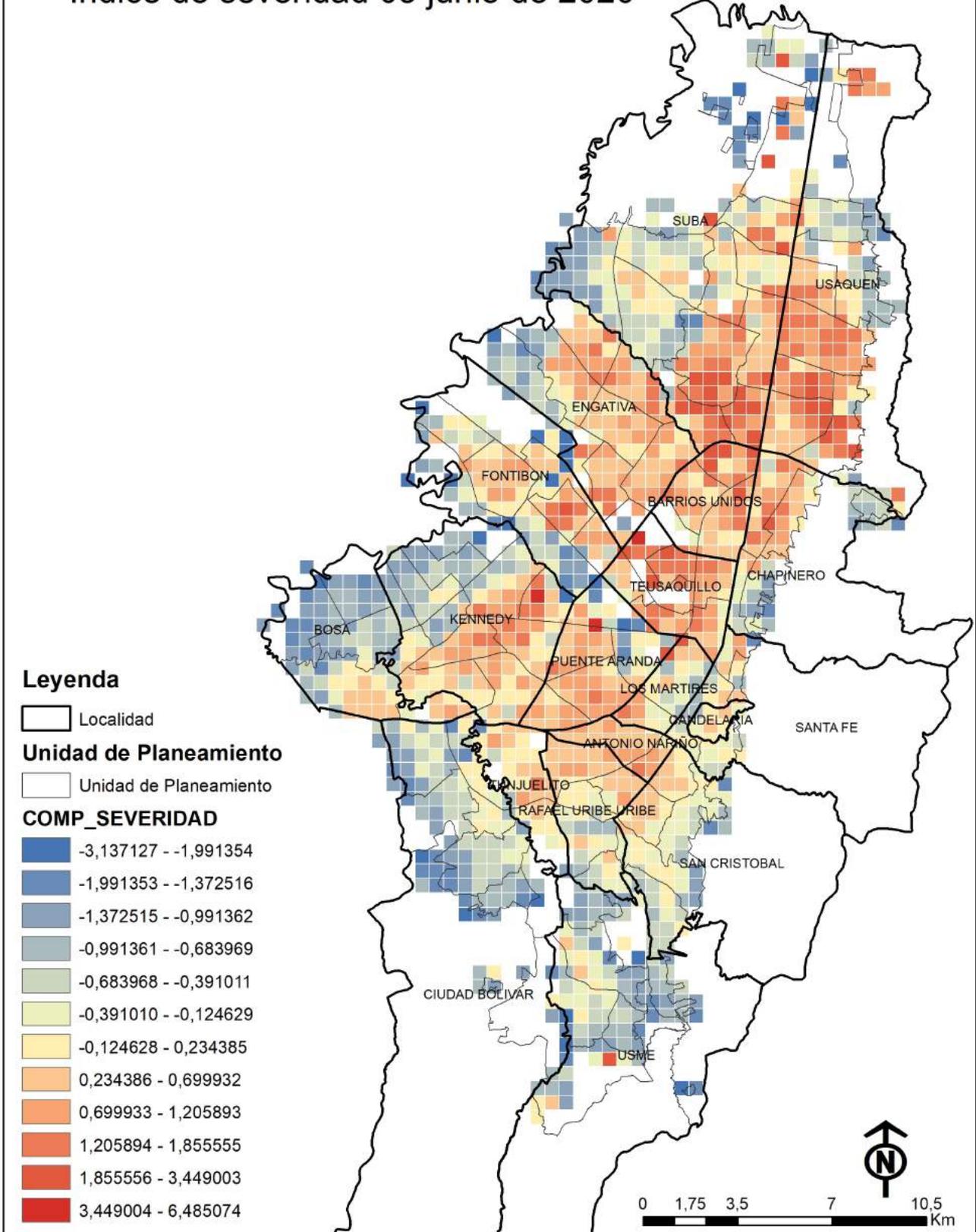
El índice de severidad surge de la necesidad de focalizar el accionar desde salud pública a nivel territorial, para esto, se dividió la ciudad de Bogotá en cuadrantes de 0,3Km<sup>2</sup>, esta división permitió clasificar por medio de un análisis de componentes principales áreas territoriales en riesgo de severidad ante la circulación del SARS-CoV-2, dado que, en el análisis, las variables que tenían mayor relación con el componente fueron la cantidad de personas

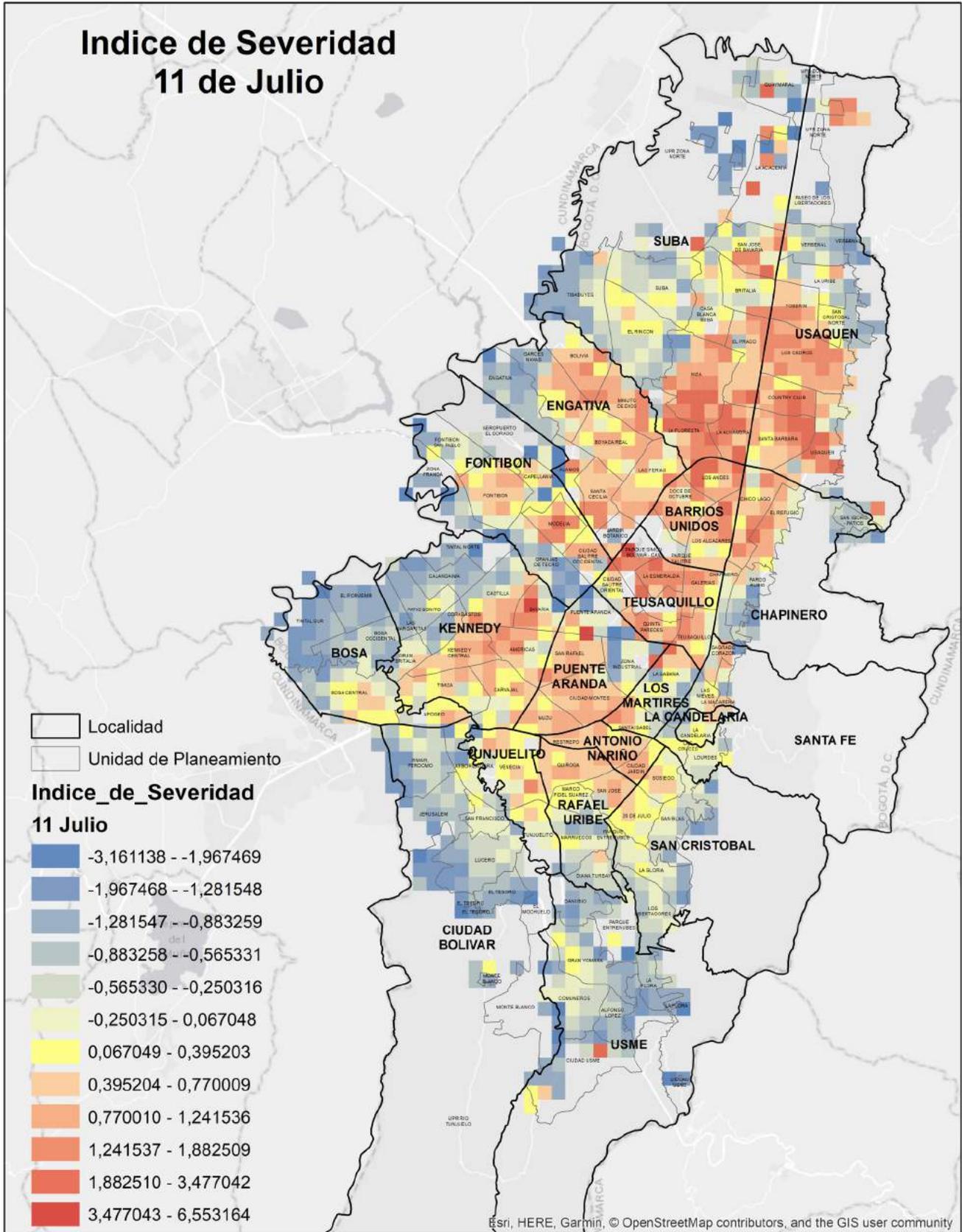
mayores de 60 años y la presencia de comorbilidades. En estos cuadrantes se identificó la necesidad de hacer un abordaje desde las acciones colectivas que permitiera identificar potenciales riesgos para complicación en caso de infectarse por Covid-19, con el fin de mitigar las complicaciones en colectivos con enfermedades previas, vulnerabilidad o de mayor edad, en el marco de la pandemia por COVID-19. (Ver mapa 1)

**Mapa 1. Secuencia Índice de severidad**

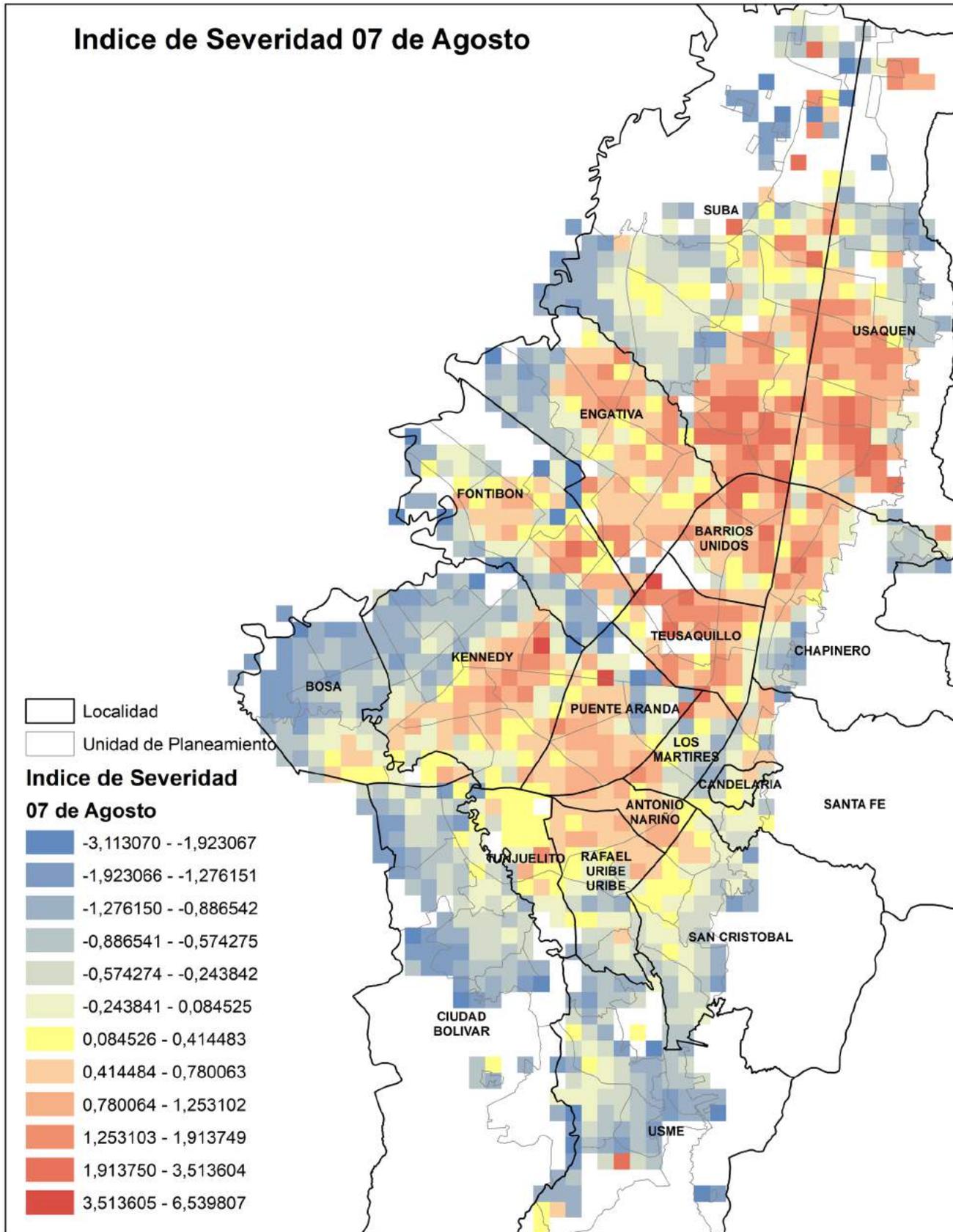


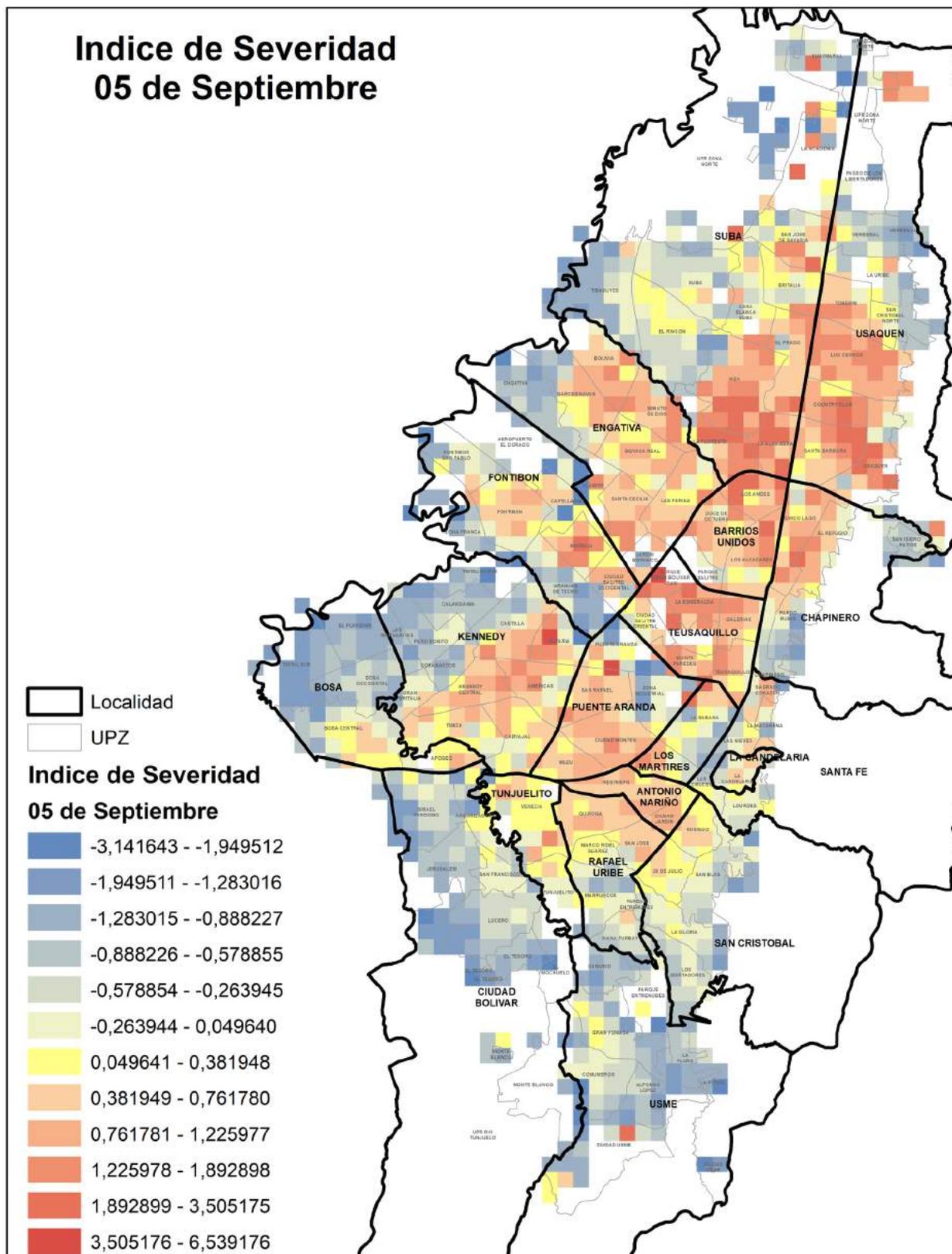
# Índice de severidad 05 junio de 2020





## Indice de Severidad 07 de Agosto





Fuente: Cálculos propios Subsecretaría de Salud Pública – Subsecretaría de Planeación. Secretaría de Salud.

Este índice se calcula secuencialmente desde mayo 9 de 2020 y ha permitido establecer en las localidades los sitios de abordaje en la cual se realiza: 1. Indagación por condiciones de salud de las personas, 2. Identificación de riesgos en salud, 3. Reconocimiento de las prácticas de cuidado de la salud implementadas para las personas de riesgo, 4. Brindar información con énfasis en los contenidos a desarrollar en relación a Covid-19 y 5. Identificar si hay personas con síntomas de enfermedad respiratoria para toma de muestras. A las familias caracterizadas, se les aplica según su aceptabilidad la escala de riesgo de OMS, la cual permite estimar el riesgo cardiovascular y revela el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo de 10 años, esta escala se usa en todas las personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus y EPOC identificadas. (24,25)

Este tamizaje mide variables como la edad, sexo, presión arterial sistólica, si tiene o no un diagnóstico de diabetes mellitus y si es fumador o no, lo anterior indica un porcentaje que mide el nivel de riesgo y lo categoriza así; <10 Riesgo bajo, 10-20 % Riesgo moderado, 20-30 % Riesgo alto, 30 % a < 40 % Riesgo muy alto mayor o igual a 40 % Riesgo extremadamente alto. (24,25)

Mediante esta identificación, se busca adicionalmente realizar una canalización a los servicios de salud; brindar información en salud, y comunicar de manera efectiva los riesgos frente a la epidemia. Adicionalmente se busca que las personas tomen de manera autónoma la decisión informada frente a eventos significativos que puedan estar relacionados con sucesos vitales en su trayectoria de vida, estas decisiones pueden estar relacionadas con aumentar el tiempo de actividad física a la semana, evitar el uso del tabaco, implementar una dieta saludable, baja en consumo de sal y rica en vegetales y alimentos frescos, entre otros. Mediante la Guía para la

Estimación y el Manejo del Riesgo Cardiovascular emitida por la OMS, se observó que gran parte de la población mundial presenta factores de riesgo en el día a día, que no son reconocidos por los pacientes como sucesos significativos que aumenten la probabilidad de presentar un evento coronario o cerebrovascular. (26,27)

### 3. Resultados

En los meses de julio y agosto de 2020 se abordaron 36 microzonas de diferentes localidades en la ciudad de Bogotá (ver mapa 2). En estos se caracterizaron 15.503 familias, de las cuales se identificaron 10.426 personas únicas con enfermedades crónicas mencionadas. De las identificadas con enfermedad crónica, se observó que 6.869 (66 %) son mujeres, 6.383 (61 %) son mayores de 60 años, 1.665 (16 %) están entre los 50 – 59 años.

Respecto al régimen de afiliación 10.219 (98 %) refirieron estar afiliados a una EAPB, el 64 % del total está afiliado al régimen contributivo, para las EAPB del régimen subsidiado el 25 % se concentró en una 1 EAPB. Se evidenció que 9.604 (92 %) de la afiliación se concentró en nueve EAPB de las cuales solo dos son subsidiadas; el 1 % indicó no estar asegurado y el 1 % no sabe información.

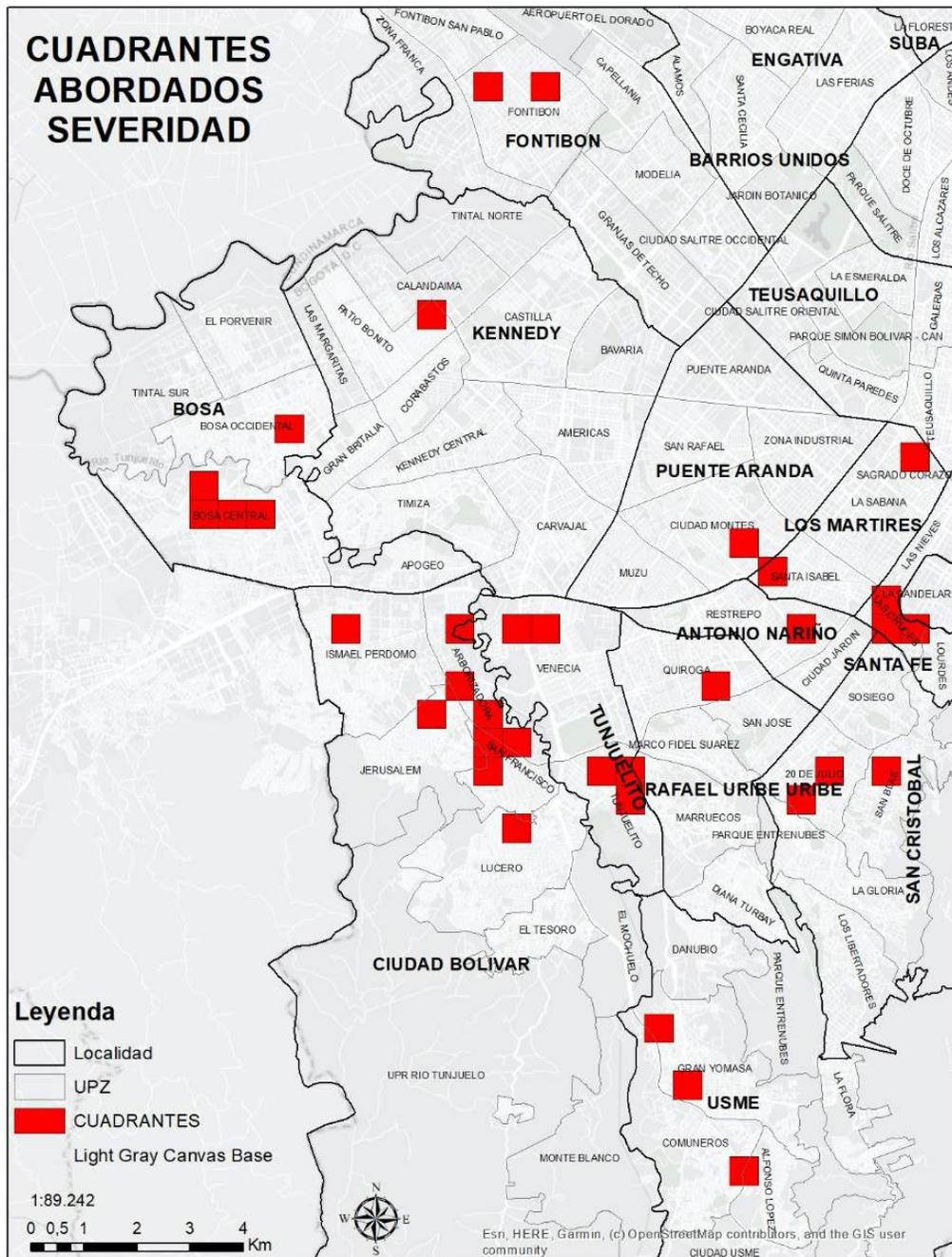
Se identificó a partir de la pregunta de ingresos que, 5.822 (66 %) de las personas subsisten con menos de un SMLV, no tienen ingresos 1.130 (11 %) y 2.401 (23 %) tienen más de un SMLV, esta distribución es homogénea para ambos sexos. En general para hombres y mujeres se identificó que 2.456 (24 %) requirieron ayuda en la cuarentena y de estos 2.144 (87 %) tienen menos de 1 SMLV.

De 15.503 familias caracterizadas, se identificó que 5.077 (33 %) personas no presentan ninguna condición que pueda ser un potencial riesgo de complicación para Covid-19, de los

10.426 que si presentaron alguna condición 8.108 (77,8%) presentó por lo menos una 1 condición de riesgo de complicación, 2.110 (20,2 %) presentó de manera conjunta 2 condiciones de riesgo de complicación y 153 (1,5 %) tres

condiciones de riesgo de complicación para Covid-19, 55 personas (0,5 %) cuentan con algún factor de riesgo en las que se incluye tensión arterial alta, perímetro abdominal aumentado u obesidad.

**Mapa 2. Cuadrantes abordados severidad julio - agosto 2020**



Fuente: Base de caracterización micro-zonas de severidad. Cálculos propios. Corte agosto 30 de 2020.

Las tres condiciones que se identificaron como potencial riesgo de complicación por Covid-19 fueron HTA, DM y EPOC. Se identificó que, del total con alguna condición, 9.005 (86 %) tienen HTA, de estos, 6.766 (75 %) presentan sólo HTA, y 2.086 (23,2 %) tienen concomitancia con otra enfermedad; 549 (6 %) no están en tratamiento para su enfermedad. De las personas que tiene hipertensión 2.229 (24,7 %) cuentan con un dispositivo para realizar control y seguimiento a las cifras tensionales; 1862 (20 %) tienen menos de 60 años, de estas el 5,5 % tienen menos de 50 años.

De las personas con DM, 2.976 (29 %) tienen DM, de estas 1.072 (36 %) sólo tienen DM y 1751 (58,8 %) tienen DM y otra de las enfermedades identificadas como riesgo; 153 (5,1 %) presentaron las tres enfermedades; 494 (17 %) no cuentan con tratamiento para DM. De las personas con DM, 1.070 (36 %) cuenta con dispositivos para la toma de la glucometría en casa.

De las personas con EPOC, se identificó que 806 (8 %) tienen la enfermedad, de estas, 270 (33,5 %) tienen sólo EPOC, 383 (47,5 %) tienen 2 enfermedades de riesgo de complicación y 153 (19 %) tienen las tres enfermedades; 139 (17 %) no cuentan con tratamiento para EPOC.

Acorde a la escala de clasificación del riesgo según OMS, 7.758 (74,4 %) aceptaron que se les aplicara los formularios para clasificar el riesgo, esta clasificación mostró que 6.234 (80 %) tenían riesgo bajo, 1.207 (16 %) riesgo moderado, 107 (1 %) riesgo alto, 170 (2 %) riesgo muy alto y 40 (0,5 %) riesgo extremadamente alto.

Se pudo identificar que, el 7,0 % de los hombres presentaron riesgo extremadamente alto, muy alto y alto mientras que en las mujeres este porcentaje es del 2,6 %. El 8 % de las personas entre 70 – 74 años presentaron riesgo alto, muy alto y extremadamente alto. El 84 % de las personas que devengan menos de un SMLV se clasificaron como riesgo extremadamente alto, el 78 % muy alto y el 74 % alto. El 4 % de las personas que presentaron un riesgo alto, muy alto y extremadamente alto requiere apoyo en la cuarentena.

El 4 % de las personas que tienen hipertensión presentaron riesgo alto, muy alto y extremadamente alto. El 8,5 % de las personas que tienen diabetes presentaron un riesgo alto, muy alto y extremadamente alto. El 4,4 % de las personas que tienen EPOC presentaron un riesgo alto, muy alto y extremadamente alto. (Ver tabla 1)

**Tabla 1. Riesgo cardiovascular según características de la población**

	Clasificación de riesgo cardiovascular OMS <sup>1</sup>											
	Riesgo Bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		Riesgo muy alto		Riesgo extremadamente alto		Total general	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hombre	1.805	29	589	49	102	0,95	59	35	19	48	2.574	33
Mujer	4.429	71,00	618	51	5	0,05	111	65	21	53	5.184	67
EDAD												
Menor o igual a 34 años	63	1,00	2	0		0		0		0	65	1
35 - 59 años	2.003	32,10	47	4	3	0,03	18	11	6	15	2.077	27

<sup>1</sup> Nota: se excluye de la tabla el número de personas que no permitieron la clasificación del riesgo cardiovascular

	Clasificación de riesgo cardiovascular OMS											
	Riesgo Bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		Riesgo muy alto		Riesgo extremadamente alto		Total general	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
60–64 años	1.162	18,60	69	6	9	0,08	14	8	5	13	1.259	16
65–69 años	1.083	17,40	88	7	9	0,08	21	12	6	15	1.207	16
70–74 años	798	12,80	451	37	37	0,35	57	34	14	35	1.357	17
Mayor o igual a 75 años	1.107	17,80	546	45	49	0,46	59	35	9	23	1.770	23
SD	18	0,30	4	0		0	1	1		0	23	0
INGRESOS												
No hay ingresos	691	11,10	131	11	14	0,13	26	15	5	13	867	11
Menos de medio SLMLV	1.343	21,50	238	20	19	0,18	33	19	9	23	1.642	21
Entre medio y un (1) SLMLV	2.856	45,80	542	45	46	0,43	74	44	19	48	3.537	46
Más de un (1) SLMLV	1.336	21,40	291	24	26	0,24	37	22	7	18	1.697	22
SD	8	0,10	5	0	2	0,02		0		0	15	0
Requiere Apoyo en la cuarentena												
SI	456	7,30	94	8	5	0,05	16	9	2	5	573	7
NO	5.770	92,60	1108	92	100	0,93	154	91	38	95	7.170	92
SD	8	0,10	5	0	2	0,02		0		0	15	0
Hipertensión												
SI	5.458	87,60	1036	86	86	0,8	156	92	32	80	6.768	87
NO	776	12,40	171	14	21	0,2	14	8	8	20	990	13
Diabetes Mellitus												
SI	1.291	20,70	768	64	91	0,85	67	39	34	85	2.251	29
NO	4.943	79,30	439	36	16	0,15	103	61	6	15	5.507	71
EPOC												
SI	407	6,50	116	10	11	0,1	12	7	1	3	547	7
NO	5.827	93,50	1091	90	96	0,9	158	93	39	98	7.211	93
<b>Total</b>	<b>6.234</b>		<b>1.207</b>		<b>107</b>		<b>170</b>		<b>40</b>		<b>7.758</b>	

Fuente: Base de caracterización cuadrantes de severidad – silenciosos. Cálculos propios. Corte agosto 30 de 2020.

Dentro de las acciones realizadas en las familias caracterizadas, además de identificar riesgos, se brinda información, educación y comunicación en salud, específicamente en los siguientes temas: técnica en lavado de manos, lavado y desinfección de la vivienda, recomendaciones de distanciamiento físico, recomendaciones uso del tapabocas, recomendaciones alimentación saludable, recomendaciones etiqueta de tos, recomendaciones actividad física, recomendaciones para disminuir el sedentarismo, recomendaciones para reducción consumo de alcohol y recomendaciones para cesación de tabaco.

Los equipos territoriales, lograron realizar las acciones de información, educación y comunicación en salud al 100 % de las familias donde se encontró una persona con riesgo extremadamente alto, muy alto y alto, en menor medida ocurrió con los las familias de las personas clasificadas en riesgo moderado y bajo,

en los cuales estas recomendaciones fueron entre el 70 % - 98 % de las intervenciones. Es de agregar que, del 100 % de las personas con alguna enfermedad crónica caracterizada en los cuadrantes de severidad, ninguno ha estado infectado por Covid-19 a la fecha.

Respecto al seguimiento realizado, se obtiene que, para las 40 personas de riesgo extremadamente alto, el 50 % están en el seguimiento efectivo de sus respectivas EAPB, una persona rechazó la intervención, el restante está en proceso de asignación de cita por parte de su asegurador. De los riesgos clasificados como muy alto, el 41,8 % está seguimiento efectivo por parte de sus EAPB. Llama la atención que las personas clasificadas como riesgo bajo, tan sólo el 14,6% están en seguimiento efectivo por sus aseguradores, entendiendo que estos deberían estar en la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud, sin embargo, éste es solo del 2 %. (Ver tabla 2)

**Tabla 2. Tipo de respuesta complementaria, según clasificación del riesgo para OMS**

	Clasificación de riesgo cardiovascular OMS										
	Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		Riesgo muy alto		Riesgo extremadamente alto		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</i>	750	12,0	272	22,50	36	33,60	61	35,90	18	45	1137
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.</i>		0,0		0,00		0,00		0,00		0,00	0
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.</i>	8	0,1	1	0,10	1	0,90	1	0,60		0,00	11

	Clasificación de riesgo cardiovascular OMS											
	Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo alto		Riesgo muy alto		Riesgo extremadamente alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.</i>	2	0,0		0,00		0,00		0,00		0,00		2
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.</i>	23	0,4	4	0,30		0,00		0,00		0,00		27
<i>RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.</i>	2	0,0	1	0,10		0,00	1	0,60		0,00		4
<i>RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.</i>	1	0,0		0,00		0,00		0,00		0,00		1
<i>RIAS promoción y mantenimiento de la salud.</i>	124	2,0	23	1,90	1	0,90%	8	4,70	2	5,00		158
<i>En proceso de inclusión.</i>	5.324	85,4	906	75,10	69	64,50	99	58,20	20	50		6.418
<b>Total general</b>	<b>6.234</b>		<b>1.207</b>		<b>107</b>		<b>170</b>		<b>40</b>			<b>7.758</b>

Fuente: Base de caracterización cuadrantes de severidad – silenciosos. Cálculos propios. Corte agosto 30 de 2020.

## 4. Discusión

Las gestión integral del riesgo en salud, tal y como se propone en la Política de Atención Integral de Salud, (28) muestra que la complementariedad y la interrelación entre las acciones colectivas e individuales, entendiendo las colectivas como las realizadas por las entidades territoriales y las individuales como la “función primordial de la EPS, entrelazado con la gestión

clínica que ejecutan los prestadores, organizados y conformados en la red integral de prestadores de servicios de salud y el cuidado por parte del individuo y su familia” (29) deben ser un factor fundamental para el desarrollo de las RIAS en salud. Sin embargo y pese al gran avance que se tiene, en el 2020 frente a la epidemia se muestra las dificultades de esta implementación, los resultados de este trabajo territorial muestran que, para la clasificación de riesgo

alto y extremadamente alto, esta articulación se ha logrado en tan solo el 50 % de las personas. Lo que implica que, frente a las condiciones crónicas, se deben replantear los escenarios para que favorezcan tal y como se menciona en la normativa nacional la complementariedad de las acciones colectivas e individuales.

Desde la implementación de las acciones colectivas se imponen nuevos retos frente a las acciones de información, educación y comunicación para la salud, si bien los resultados muestran que para las familias donde se encontraron personas con riesgo extremadamente alto, muy alto y alto se logró realizar la actividad al 100 %, esto no es igual a medida que disminuye el riesgo, estando éste entre el 70 % - 98 %. Estas acciones de IEC deberán estar direccionadas a generar procesos de autonomía en las personas para la toma de decisiones informadas tal y como se propone en literatura internacional, la cual propone un cambio en las actitudes y aptitudes de todos los actores involucrados, obligando a los profesionales a disponer de todas y las más actuales evidencias desarrollando habilidades de comunicación que permitan un proceso de interacción más efectivo con la familia, individuo o comunidad permitiendo el involucramiento participativo e informado en la resolución de sus eventos o situaciones de salud. (30–32)

## Conclusiones

» Los datos de caracterización identificados en el presente estudio son coherentes con las altas incidencias y prevalencias para hipertensión y diabetes mellitus, por lo que la estrategia de cuadrantes severidad en el Distrito ha permitido identificar riesgos en el proceso salud–enfermedad más allá de lo establecido para Covid-19, por lo tanto, deberá continuar su implementación de manera simultánea

con lo establecido en cuadrantes de alta transmisibilidad. Teniendo en cuenta la importancia de mantener la población sana se deben fortalecer las acciones complementarias de información, educación y comunicación realizadas de manera consciente con cada una de las familias, sin embargo, esto, es una limitación del presente análisis.

- » La Atención Primaria en Salud permite ser la puerta de entrada a los servicios de salud, es por esto que el trabajo mancomunado con la gestión individual del riesgo, desde la canalización a las RIAS de riesgo específico deben fortalecerse, dado que, según lo identificado en esta caracterización sólo se obtiene respuesta al 45 % de las personas identificadas con un riesgo cardiovascular OMS extremadamente alto. Es válido mencionar que el porcentaje restante se encontraba en proceso de inclusión, sin embargo, dado el riesgo de estas personas los procesos deben ser más efectivos y oportunos.
- » Específicamente en personas con condiciones crónicas, las acciones de complementariedad desde los equipos de APS debe estar enfocado a la autonomía de la toma de decisiones informada, desde un enfoque de curso de vida, que permita hacer un seguimiento familiar desde la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud. Para esto es importante trascender desde el abordaje de factores de riesgo a uno que permita interactuar con los contextos y modos de vida de las personas, llegando a acuerdos mutuos a partir de un diálogo de saberes que dada la epidemia recobra mucho valor en las acciones de cuidado y autocuidado.

Agradecimientos: Comité Interdependencias de condiciones crónicas, equipos territoriales de entornos de vida cotidiana.

## Bibliografía

1. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol.* 2002 Apr;31(Figure 2):285–93.
2. Kunzli N, Perez L, Lurmann F, Hricko A, Penfold B, McConnell R. An attributable risk model for exposures assumed to cause both chronic disease and its exacerbations. *Epidemiology.* 2008 Mar;19(2):179–85.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [Internet]. IHME. 2019 [cited 2020 Feb 29]. p. 1. Available from: <http://www.healthdata.org/research-article/global-regional-and-national-comparative-risk-assessment-188-countries-2013>
4. The Lancet, Imperial College London, NCD Countdown 2030, NCD Alliance, World Health Organization. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet.* 2020 Sep 26;396:1–17.
5. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Heal.* 2020 Aug 1;8(8):e1003–17.
6. Schwalbe N, Lehtimaki S, Gutiérrez JP. COVID-19: rethinking risk. Vol. 8, *The Lancet Global Health.* Elsevier Ltd; 2020. p. e974–5.
7. Han E, Tan MMJ, Turk E, Sridhar D, Leung GM, Shibuya K, et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *Lancet [Internet].* 2020 Sep; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620320079>
8. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet [Internet].* 2020 Sep;396(10255):874. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620320006>
9. Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de epidemiología y demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019. Minsalud [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 28];1–264. Available from: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
10. OMS/OPS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2008. 1–46 p.
11. Organización Panamericana de la Salud. PACTO 30 • 30 • 30 APS PARA LA SALUD UNIVERSAL [Internet]. Ciudad de México ; 2019 Apr [cited 2020 Aug 27]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_ocman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category\\_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_ocman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es)
12. OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de

- Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Vol. 4, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington D. C.; 2010. 92 p.
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 2001. Colombia; 2001 p. 1–69.
  14. Congreso de la república de Colombia. Ley estatutaria No. 1751 Febrero 16. 2015;13. Available from: [http://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley\\_1751\\_de\\_2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
  15. Ministerio de salud y protección social. Resolución No. 2626 de 2019. Bogotá D.C., Colombia; 2019 p. 17.
  16. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion [Internet]. WHO . Geneva: WHO; 1986 [cited 2018 Mar 20]. p. 1–5. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
  17. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? Lancet. 2018;
  18. OMS/ OPS. Atención Primaria en Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud . 2019 [cited 2020 Sep 28]. p. 1–3. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
  19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 3280. Bogotá; Colombia; 2018 p. 1–348.
  20. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección de Epidemiología análisis y gestión de políticas en salud colectiva. Análisis de situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud para el Distrito Capital. MinSalud [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 28];1–253. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bogota-2019.pdf>
  21. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia. Cuenta de Alto Costo (CAC). Bogota D.C; 2019. p. 1–293.
  22. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus [Internet]. 2015. 374 p. Available from: [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situación\\_de\\_la\\_Enfermedad\\_Renal\\_Crónica\\_en\\_Colombia\\_2015.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Situación_de_la_Enfermedad_Renal_Crónica_en_Colombia_2015.pdf)
  23. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Planeación, Secretaría Distrital de Salud. Documento metodológico índice de transmisibilidad y severidad. Bogotá ; 2020 May.
  24. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares : guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular [Internet]. Vol. 1. Organización Mundial de la Salud; 2008 [cited 2020 Sep 28]. 1–38 p. Available from: [https://www.who.int/publications/list/Pocket-GL\\_spanish.pdf](https://www.who.int/publications/list/Pocket-GL_spanish.pdf)
  25. MinSalud. Resultados de riesgo y recomendaciones al utilizar las herramientas de la OMS 2008. Bogotá ; 2008.
  26. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. The Aging Male 2002 p. 1–37.
  27. Shanahan MJ, Porfeli EJ. Chance Events in the Life Course. Adv Life Course Res. 2006;11(06):97–119.

28. Ministerio de salud y Protección Social de Colombia. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Minsalud. 2016 [cited 2016 Oct 15]. p. 6. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/politica-integral-de-atencion-en-salud.aspx>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud Riesgos Laborales y Pensiones. Gestión Integral Del Riesgo en Salud [Internet]. Bogotá D.C., Colombia; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prospectiva-desde-aseguramiento.pdf>
30. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014;2017(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470076/>
31. Am OC, Cl B, Stacey D, Barry M, Nf C, Kb E, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009;(3). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub2/abstract>
32. Mendoza P S, Jofré A V, Valenzuela S S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. Investig Educ en enfermería [Internet]. 2006;24(1):86–92. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a09.pdf>

