

Artículo de investigación

Adherencia al programa de promoción en salud y prevención de la enfermedad en trabajadores universitarios

Adherence to the health promotion and disease prevention program in university workers

Autores:

Manuela
Londoño¹

Juliana
López¹

Alejandra
Martínez¹

Francisco
Palencia-Sánchez^{2*}

Recibido: 28-05-2024

Aceptado: 02-09-2024

Publicado: 20-11-2024

Palabras clave:

pérdida de seguimiento, factores de riesgo cardiovascular, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, trabajadores universitarios.

Key words:

loss of follow-up, cardiovascular risk factors, disease prevention, health promotion, university workers

Forma de citar este artículo:

Londoño M, López J, Martínez A, Palencia-Sánchez F. Adherencia al programa de promoción en salud y prevención de la enfermedad en trabajadores universitarios. Rev. Salud, Trabajo y Sostenibilidad. 2024; 1(1): 64-75. ISSN: 3028-6999(en línea). DOI: <https://doi.org/10.63434/30286999.44>

Resumen

La promoción de la salud y el bienestar en el trabajo es una estrategia que tiene como objetivo favorecer e impulsar hábitos de vida saludable desde el ámbito laboral.

Objetivo: diseñar una estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, enfocada en la enfermedad cardiovascular en una institución de educación superior de Bogotá.

Materiales y métodos: se adelantó un análisis de la base de datos de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de una Institución de Educación Superior (IES). A partir de ello, se creó una cohorte de trabajadores que presentó una mayor adherencia al programa para identificar sus características.

Resultados: la población que presentó mayor adherencia al programa tuvo las siguientes características: mujeres (73 %), índice de masa corporal en niveles de sobrepeso u obesidad (51,5 %), hipercolesterolemia (51 %), hipertrigliceridemia (35 %), riesgo cardiovascular muy bajo o bajo (90 %), fumadores (25,75 %) y desarrollo de actividad física rutinaria (9 %). Dentro de las áreas de trabajo, los participantes del área administrativa de la universidad fueron los que mayor adherencia tuvieron al programa (55 %).

Conclusiones: se identificó la necesidad de formar profesionales en el manejo de estas herramientas de modelamiento físico de tal forma que se garantice su uso responsable en la seguridad contra incendios y explosiones y se reconoció la importancia de realizar investigaciones que aumenten las capacidades de estas herramientas mediante la aplicación de inteligencia artificial.

¹ Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

^{2*} Médico. Ph. D. en Salud Pública. Docente de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8126-7748>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvliac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001511865. Correo: fpalencia@javeriana.edu.co. Autor de correspondencia.

Abstract

Promoting health and well-being at work is a strategy that aims to motivate healthy lifestyle habits in the workplace.

Objective: To design a health promotion and prevention strategy for chronic non-communicable diseases focused on cardiovascular disease in a Higher Education Institution in Bogotá.

Materials and methods: An analysis of the database of the Higher Education Institution's health promotion and disease prevention program was carried out. From this, a cohort of workers with greater adherence to the program was created to identify their characteristics.

Results: The population that presented greater adherence to the program had the following characteristics: women (73 %), body mass index at levels of overweight or obesity (51,5 %), hypercholesterolemia (51 %), hypertriglyceridemia (35 %), very low or low cardiovascular risk (90 %), smokers (25,75 %) and perform routine physical activity (9 %). Within the work areas, participants from the university's administrative area were the ones who had the highest adherence to the program (55 %).

Conclusions: Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in Colombia and the world (approximately 44%), generating the need to establish specific actions in the face of the challenge of maintaining and promoting cardiovascular health. Due to the above, the characteristics of the people who had the most adherence to the program of the higher education institution were established.

Introducción

La promoción de la salud y el bienestar en el trabajo se define como el desarrollo de políticas y actividades, diseñadas para favorecer a los empleadores y trabajadores en todos los niveles. Consiste en realizar un seguimiento y control de sus condiciones de salud para mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países (1). En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo la 'Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) de América Latina y el Caribe' (1), donde se establecen lineamientos adaptados al contexto sociolaboral de esta población para implementar programas de promoción de la salud y el bienestar en el trabajo. En esta iniciativa se destaca el compromiso intersectorial entre el Gobierno y las empresas, con el fin de mejorar la salud de sus empleados.

Esta estrategia busca favorecer e impulsar hábitos de vida saludable, desde el ámbito laboral, como la actividad física y la buena alimentación, incluyendo el control del estrés relacionado con el trabajo, entre otros. El fin último es promover

el autocuidado entre los trabajadores y disminuir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), dentro de las que se destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes mellitus (DM) tipo II y el cáncer.

Lo anterior, es la base para adoptar y generar un estilo de vida saludable, entendiéndose este último como una forma de vida que reduce el riesgo de enfermarse gravemente o morir de manera prematura, promoviendo el bienestar físico, mental y social. Los estilos de vida saludable buscan mejorar los hábitos del individuo y los de su familia (2).

Las estrategias de promoción de la salud son aquellas intervenciones sociales y ambientales que permiten a las personas aumentar el control de su salud y sus determinantes, por medio de acciones multisectoriales que fomenten los hábitos de vida saludables. Estas son diseñadas para beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida de las personas, a partir de acciones que están encaminadas a actuar sobre las fortalezas y oportunidades de los individuos (3,4). Por su parte, las estrategias de prevención de la enfermedad son intervenciones individuales y poblacionales direccionadas a la

prevención primaria y secundaria, que buscan disminuir la carga de la enfermedad y los factores de riesgo asociados (3,4).

Por ello, las estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad de la OMS, como la propuesta del presente proyecto, se fundamentan en intervenir estos factores de riesgo para disminuir la probabilidad de enfermedades crónicas no transmisibles (5,6). En el proceso salud-enfermedad característico de estas patologías, se han identificado tanto factores de riesgo modificables, como factores protectores dependientes de los hábitos de vida.

Según el último reporte de la OMS, las ECV corresponden a un 44 % del total de las causas de muerte a nivel global en 2016, lo que las posiciona como el principal motivo de fatalidades en el mundo. De estas el 85 % se debieron a infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. En el contexto colombiano, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representaban un 75 % del total de la mortalidad del país para el mismo año y dentro de estas, la principal es la ECV que corresponde a un 30 % del total.

Por lo anterior, las intervenciones en salud que buscan disminuir el impacto de las ECNT, como son las ECV, constituyen cambios importantes en el perfil epidemiológico y de salud de la población colombiana. Es de resaltar que, dentro del grupo de las ECV se encuentran enfermedades como la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad vascular periférica, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cardíaca reumática y las cardiomiopatías y cardiopatías congénitas (7). La incidencia de estas enfermedades cardiovasculares a largo plazo aumenta, dado que, durante su vida laboral los indivi-

duos desarrollan hábitos de vida poco saludables (8).

Por esta razón, el estudio realizado tuvo como objetivo el diseño de una estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, enfocada en la enfermedad cardiovascular en una Institución de Educación Superior (IES) de Bogotá. Así, se buscaba aumentar el bienestar laboral y disminuir la incidencia de este tipo de afecciones, a partir de la promoción de hábitos de vida saludables en un determinado grupo de trabajadores (8,9).

El diseño de la estrategia de promoción de salud y prevención de las ECNT tuvo como dato base la identificación de variables sociodemográficas y clínicas de aquellos trabajadores que acudieron al programa de estimación del riesgo cardiovascular durante los tres años de implementación. Para este estudio, el riesgo coronario y/o cardiovascular es definido como la probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo de tiempo determinado, generalmente de cinco o 10 años. Para llegar a esa probabilidad, se han utilizado varias escalas y tablas que, basadas en factores de riesgo, logran clasificar a los pacientes en bajo, moderado y alto riesgo cardiovascular con el fin de realizar intervenciones a tiempo (10).

Una de dichas escalas es la de Framingham, adoptada por la 'Guía colombiana de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años'. Esta guía establece que la escala permite la realización de tamizaje cardiovascular por medio de la escala de Framingham, ajustada a la población colombiana con las siguientes características:

- En todas las personas asintomáticas o sin factores de riesgo, hombres y mujeres, a partir de los 45 años.
- En mujeres de cualquier edad posmenopáusicas.
- En personas de cualquier edad que posean uno o más de los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes Mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedad inflamatoria autoinmune (lupus eritematoso sistémico, psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide), aneurisma de la aorta torácica, engrosamiento de la íntima carotídea o enfermedad renal crónica con depuración menor que 60 ml/min/1,73 m² sc (10, 11).

La guía sugiere el control anual de tamización de perfil lipídico a personas con perfil lipídico normal y que presenten alguno de los factores de riesgo adicionales o, cada dos años, a personas con perfil lipídico normal y sin factores de riesgo adicionales (12).

Esta fue la escala implementada por la Institución de Educación Superior (IES) participante del estudio. Su aplicación consistió en la multiplicación del riesgo calculado por las tablas originales de Framingham y por 0,75. Esto con el fin de prevenir valores sobreestimados por la naturalidad de la prueba.

Lo anterior con el objetivo de realizar una caracterización de los trabajadores que presentaron una

mayor participación en el programa de promoción en salud de hábitos de vida saludable para, así, identificar características sociodemográficas y clínicas comunes que incrementaran su adherencia a un programa de prevención. El fin último del estudio es proponer un protocolo para mejorar la vinculación y la efectividad de la estrategia propuesta por la universidad, comprendiendo la adherencia como el nivel de concordancia entre el comportamiento de un individuo y las recomendaciones médicas del personal de la salud. Es decir, dicha adherencia la define el comportamiento de la persona al seguir una dieta, ejecutar cambios en el estilo de vida o seguir recomendaciones dadas con respecto a medicamentos (13, 14).

Materiales y métodos

Revisión de base de datos del programa de riesgo cardiovascular de la Institución de Educación Superior (IES): se revisaron las bases de datos desde la implementación del programa de determinación del riesgo cardiovascular en 2016, 2017 y 2018 con el objetivo de identificar las características de las personas que habían asistido durante los tres años de manera consecutiva al programa.

La IES, cuenta con 3432 empleados con contrato fijo indefinido, de los cuales el 57 % desempeñan cargos administrativos y el 43 % cargos académicos (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los empleados de la IES

Tipo de contrato	Total	Frecuencia relativa
Contrato personal académico fijo - indefinido	1449	43 %
Contrato personal administrativo fijo - indefinido	1983	57 %
Total	3432	100 %

Con el fin de promover la salud de los trabajadores, durante los años 2016, 2017 y 2018, y en el contexto de la 'Semana de la vida saludable', la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) de la universidad desarrolló una estrategia de promoción de la salud, que ofrecía, mediante invitación vía correo institucional, la estimación opcional de riesgo cardiovascular y el riesgo de diabetes por medio de la realización de las escalas de Framingham y del Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC), a todos los trabajadores de la universidad con un límite de 400 cupos.

Para cumplir tal objetivo se diligenció un cuestionario que agrupó las preguntas de ambas escalas, se estudiaron las variables antropométricas de los individuos, se tomó la presión arterial y se realizaron pruebas sanguíneas de glicemia y perfil lipídico. Adicionalmente, se proporcionaron recomendaciones generales sobre hábitos de vida saludable a los participantes con el fin de disminuir los factores de riesgo para ECV.

A partir de esta base de datos, se creó la cohorte de trabajadores que acudió durante los tres años consecutivos. Posteriormente, se analizó la estratificación de riesgo cardiovascular mediante la aplicación del tamizaje cardiovascular y de Findrisc. Así mismo, se tomaron en cuenta únicamente a aquellos individuos de muy bajo, bajo y moderado riesgo. Los trabajadores con alto riesgo cardiovascular fueron derivados a su Empresa Promotora de Salud (EPS) para la realización de las intervenciones necesarias para disminuir la probabilidad de presentar desenlaces adversos relacionados.

El análisis realizado permitió la caracterización sociodemográfica del grupo cohorte. Las variables identificadas de los sujetos de la cohorte establecida fueron divididas en variables sociodemográficas y variables directamente relacionadas con el riesgo cardiovascular (clínicas) las cuales se pueden apreciar en la tabla 2.

Tabla 2. Tipos de variables analizadas en la caracterización de la población en seguimiento

Variables sociodemográficas	Variables directamente relacionadas con el riesgo cardiovascular
Edad	Edad
Sexo	Sexo
Ocupación	Antecedente de hipertensión arterial
	Presión arterial sistólica ≥ 130
	Presión arterial diastólica ≥ 90
	Índice de Masa Corporal (IMC)
	Fumador
	Realiza actividad física de manera regular
	Niveles séricos de colesterol total
	Niveles séricos de triglicéridos
	Estimación del riesgo cardiovascular

Fuente: elaboración propia.

Resultados

El estudio propuso un protocolo de análisis y depuración de una base de datos de trabajadores dentro de un programa de riesgo cardiovascular. Esto permitió crear una cohorte de seguimiento de trabajadores como estrategia para identificar y establecer la adherencia a un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En general, se encontró que, de los 1025 trabajadores que acudieron a consulta durante los años 2016, 2017 y 2018, tan solo 101 (9,8 %) asistieron de manera consecutiva durante los tres años.

Dentro de las variables establecidas para la caracterización de la población, se encontró que en las variables directas relacionadas con el riesgo cardiovascular (variables clínicas), el grupo poblacional que mostró mayor adherencia fueron las mujeres con un 73 %, mientras que los hombres solo representaron el 27 % de la totalidad de participantes. Seguido de una leve diferencia en la asistencia entre personas mayores y menores de 45 años con un 55,4 % y un 44,6 %, respectivamente. Por otro lado, el 43,5 % refirió haber sido diagnosticado con hipertensión arterial.

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), teniendo en cuenta la clasificación de sobrepeso y obesidad, el 40,5 % y 11 % se encontraba en estos grupos, respectivamente, mientras que el 48,5 % de la población obtuvo un IMC normal. Con respecto a los niveles de triglicéridos y colesterol, factores importantes en la detección del riesgo cardiovascular, se evidenció que en el 65 % de la población los niveles de triglicéridos se encontraban dentro de los valores normales (< 150 miligramos/decilitro - mg/dl), mientras que el 35 % de los individuos tenía valores séricos mayores

al límite superior normal (> 150 mg/dl). Respecto al colesterol el 51 % de la población presentó niveles por encima del límite superior de la normalidad (> 200 mg/dl). Finalmente, el 90 % de los pacientes presentó un riesgo cardiovascular muy bajo o bajo y solo a un 10 % se le estimó un riesgo cardiovascular moderado.

En relación con los hábitos de vida, un 25,7 % de los trabajadores encuestados son o fueron fumadores durante su vida. Respecto a la actividad física, se identificó una diferencia entre quienes cumplen o no esta recomendación: el 9 % de los individuos realiza actividad física de manera rutinaria, mientras que el 91 % restante no cumple con las recomendaciones al respecto.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron: el área de trabajo y el cargo que desempeñan los trabajadores. Los individuos pertenecientes al área administrativa de la universidad corresponden a un 55 % del total de la población, mostrando mayor adherencia que aquellos que pertenecen al área académica (profesores y administrativos de las facultades), quienes representan un 44 % del total. Los trabajadores de las facultades con mayor asistencia al programa pertenecen a la Facultad de Ciencias de la Salud, la Facultad de Ingeniería y a la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, con una prevalencia del 21 %, 6,93 % y 5,94 %, respectivamente. Dentro del área académica y con relación al cargo desempeñado por los trabajadores, siguen siendo los administrativos los más representativos con un 88 %, mientras que los profesores solo mostraron una adherencia del 4 %. Entre tanto, otros cargos solo llegaron al 8 % (tabla 3).

Tabla 3. Características de la cohorte de seguimiento del programa de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de la IES

Variables			
Edad	> 45 años		< 45 años
	(n = 56) 55,4 %		(n = 45) 44,6 %
Sexo	Hombre		Mujer
	(n = 27) 27 %		(n = 74) 73 %
Ocupación	Facultad de Ciencias de la salud	Otras facultades	Administrativos de la IES
	(n = 21) 21 %	(n = 24) 24,8 %	
	Administrativos	Profesores	Otros
	(n = 89) 88 %	(n = 4) 4 %	(n = 8) 8 %
Hipertensión arterial (HTA)	Sí		No
	(n = 44) 43,5 %		(n = 57) 56,5 %
Presión arterial sistólica	> o = 130		< 130
	(n = 2) 2 %		(n = 99) 98 %
Presión arterial diastólica	> o = 90		< 90
	(n = 3) 3 %		(n = 98) 97 %
IMC	< 24,9	25- 29,9	> 30
	(n = 49) 48,5 %	(n = 41) 40,5 %	(n = 11) 11 %
	Sí		No
Fumador	(n = 26) 25,75 %		(n = 75) 74,25 %
	Sí		No
Actividad física rutinaria	(n = 9) 9 %		(n = 92) 91 %
	< 150		> 150
Nivel de triglicéridos	(n = 66) 65 %		(n = 35) 35 %
	< 200		> 200
Nivel colesterol total	(n = 49) 49 %		(n = 52) 51 %
	Riesgo muy bajo o bajo		Riesgo moderado
Resultado del riesgo cardiovascular	(n = 91) 90 %		(n = 10) 10 %

Fuente: elaboración propia.

Discusión

En la literatura se identificó la necesidad de las empresas de generar estrategias de promoción de salud, con el objetivo de incidir en los factores de riesgo modificables como lo son el Índice de Masa Corporal (IMC), la actividad física, el tabaquismo y el perfil lipídico. Para que estos cambios en la conducta se vean reflejados en la salud y el bienestar de las personas, es imprescindible la ad-

herencia de los trabajadores a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ofrecidos por las empresas.

En un documento oficial, la OMS estableció los factores que intervienen en la adherencia terapéutica a largo plazo, dando especial relevancia a la identificación del perfil de la población en la cual se pretende actuar, mediante la identificación de

variables sociodemográficas como el sexo, la ocupación y el rango de edad, entre otras, para diseñar estrategias específicas para cada población (15). Esto también concuerda con varios estudios sobre la adherencia terapéutica en pacientes con patologías como hipertensión arterial (16) o en el diagnóstico temprano de cáncer de pulmón (17), en donde los factores que logran explicar el comportamiento de adherencia al tratamiento fueron de tipo socioeconómico, relacionados con la terapia, asociados al paciente y al nivel de usabilidad de tecnologías de la información y la comunicación.

Con base en ello, y teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la base de datos de los trabajadores que participaron en el programa de riesgo cardiovascular de la IES, se identificó la necesidad de incentivar una mayor adherencia a los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) en los hombres, ya que en la fase uno (análisis de la cohorte de trabajadores del programa de riesgo cardiovascular) se evidenció que solo el 27 % de la población masculina acudió.

Este dato también fue congruente con los hallazgos de la revisión de literatura inicialmente realizada para esta investigación en donde un estudio de U. Montes, et al. (18), realizado en España sobre la adherencia de tamizaje de cáncer pulmonar encontró que los hombres presentan menor adherencia a los programas de tamizaje. Al respecto, el estudio realizado por Gil-Amezquita, et al. (16) también encontró mayor adherencia terapéutica al tratamiento antihipertensivo en las mujeres.

Las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Colombia y en el mundo, tanto para hombres como para mujeres. No obstante, se han identificado diferencias en el impacto que tiene el riesgo cardiovascular de acuerdo con el sexo. En el caso de los hombres, el riesgo de ser diagnosticados con enfermedad cardiovascu-

lar a los 40 años es del 60 % y para las mujeres es del 50 %; sin embargo, esta brecha entre sexos disminuye con la edad. En las mujeres, las enfermedades cardiovasculares suelen presentarse entre siete y diez años más tarde que en los hombres. Esto se debe a que la menopausia induce un déficit del influjo estrogénico que condiciona cambios fisiológicos como el aumento de la presión sistólica, el cambio en la distribución de grasa corporal y el aumento de la concentración sérica de colesterol total, factores que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular de manera significativa.

Por eso, está indicado calcular el riesgo cardiovascular en mujeres posmenopáusicas por medio de la escala de Framingham. Aun así, la literatura muestra que cada vez más mujeres jóvenes presentan enfermedades cardiovasculares debido al aumento de factores de riesgo modificables en su estilo de vida, como el hábito de fumar y la baja actividad física. Por lo tanto, no se deben excluir de la estrategia y/o programa y, por el contrario, se debe hacer énfasis en este grupo poblacional (19,20).

Aunque en la caracterización llevada a cabo en el marco de este análisis la diferencia entre los grupos de trabajadores menores y mayores de 45 años no es marcada, con un 46,6 % y un 55,4 %, respectivamente, se hace necesario implementar un enfoque de riesgo diferencial que permita abordar los grupos etarios teniendo en cuenta sus características, especialmente en las personas menores de 40 años, con factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

Si bien la estrategia planteada por la IES busca abarcar a todo el personal sin discriminación de edad ni sexo, las herramientas utilizadas para promocionar la salud deben ser diferentes si se trata de los trabajadores con mayor riesgo de desenlaces adversos, esto con el fin de aumentar la efectividad de las intervenciones realizadas.

Precisamente, la escala Framingham ajustada es una herramienta diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permite identificar el riesgo de dislipidemias. Esta herramienta es utilizada como tamizaje en personas a partir de los 45 años salvo que los individuos presenten alguna de las características antes expuestas: por lo tanto, no debe ser implementada en pacientes menores. No obstante, este grupo etario (jóvenes) se beneficiaría de un abordaje basado en identificar la presencia de factores de riesgo como el sobrepeso o hábitos de vida no saludables como ser fumadores, aspectos que, a largo plazo, aumentan el riesgo cardiovascular. En el grupo de personas jóvenes no sería necesaria la toma de paraclínicos o la estimación del riesgo cardiovascular (12)

Bajo ese contexto, se observa una oportunidad de mejora frente a la estrategia planteada debido a que la escala Framingham es un predictor de riesgo cardiovascular que logra estimar el riesgo de padecer un evento cardiovascular como la angina estable, el infarto de miocardio (IAM) y la muerte coronaria en los siguientes 10 años. Es decir que se trata de un método de prevención primaria y secundaria que no está recomendado como herramienta de promoción de la salud anual. Su función es la prevención, detección y tratamiento oportuno de la enfermedad coronaria en estadios tempranos. Sin embargo, la escala de Framingham comprende, dentro de sus variables, los principales factores de riesgo cardiovasculares, por lo que resulta útil si se busca identificar la presencia o ausencia de estos factores en un individuo.

Finalmente, se encontró necesario ahondar en estrategias de promoción de la salud que logren cuantificar los cambios en los estilos de vida y su repercusión en una población a la que se le hace seguimiento de manera anual (10,21).

En cuanto a la evidencia relacionada con el conocimiento de la enfermedad y los factores de

riesgo asociados, los estudios son unánimes en identificar que los pacientes que comprenden su enfermedad, conocen su diagnóstico e, incluso, el resultado de sus paraclínicos, presentan mayor sensibilización y adherencia al cuidado de su salud. En el caso del análisis poblacional de este estudio, el 43,5 % de los trabajadores refirió haber sido diagnosticado con hipertensión y el 51,4 % presentó hipercolesterolemia. Otros estudios soportan este hallazgo al identificar que pacientes con comorbilidades acuden con mayor frecuencia a seguimientos médicos, de modo que la ausencia de conocimiento de patologías es una de las principales barreras asociadas al paciente respecto a la adherencia de seguimiento a su condición de salud.

Por otra parte, se encontró que los pacientes con una estimación de riesgo cardiovascular moderado tuvieron una menor adherencia al programa con tan solo un 10 %. Si bien se les indica a los trabajadores su riesgo individual, este no parece ser un factor que sensibilice a los participantes y que aumente su compromiso y cumplimiento del programa, por lo que se propone mejorar las estrategias comunicativas del personal de salud, que ayuden a los pacientes a entender los resultados de las escalas implementadas. Este resultado deberá ser analizado junto con la realización de un futuro estudio de efectividad de la intervención (18, 22).

La información aportada por la base de datos referente al área y al cargo que desempeña el trabajador dentro de la IES no es del todo explícita, por lo que dificulta su interpretación y la caracterización adecuada de los participantes. Por lo anterior, se sugiere tener en cuenta la clasificación del riesgo laboral establecida para cada uno de los cargos y la información del sistema de vigilancia de factores psicosociales en el trabajo con la que cuenta la universidad, lo que facilitará la identificación de los trabajadores en condiciones

de vulnerabilidad y la implementación de intervenciones específicas para aumentar la adherencia de este grupo de participantes a los programas de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT).

Por último, en cuanto a las estrategias que se describen en la literatura para incentivar la adherencia de los pacientes a los seguimientos médicos, el sistema de recordatorios parece ser el más efectivo y el que los pacientes refieren como necesario al momento de cumplir con una cita. L. A. Hark et al. (23) en su estudio sobre las barreras identificadas en el seguimiento de pacientes con patologías oftalmológicas en un hospital en Filadelfia, evidenció que el 34,2 % de los pacientes entrevistados reportó no acudir a sus controles por olvidar la cita. Otros estudios de adherencia muestran que las llamadas telefónicas realizadas por personas en tiempo real incrementan la adherencia de un 36 % a un 51 % si se comparan con usar recordatorios mediante llamadas telefónicas automáticas (24,25).

Propuesta de intervención

El protocolo diseñado se fundamenta en un enfoque de análisis de información de las personas que participaron en el programa de riesgo cardiovascular de la IES, con el objeto de crear una cohorte de seguimiento que permita conocer en

el contexto específico universitario, las características de las personas que se adhieren a un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Conclusiones

La carga de enfermedad atribuible a las enfermedades cardiovasculares y a cada uno de los factores de riesgo relacionados a ellas es elevada y, por lo tanto, es indiscutible el efecto negativo sobre la salud pública y laboral. De ahí, la necesidad de establecer acciones específicas frente al reto de mantener y promover la salud cardiovascular.

De esta manera, es posible decir que, aunque el fin último del programa de promoción de salud planteado por la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo de la IES es identificar el riesgo cardiovascular, es indispensable reconocer aquellos trabajadores que tienen adherencia a los programas y, a partir de ahí, construir, implementar y evaluar continuamente los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Financiación

El proyecto no tuvo ningún tipo de financiación.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Ambiente. Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe. 2000. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Healthy Living. 1999. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Robledo-Martínez R, Agudelo-Calderón CA. Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. Rev. Salud Pública. 2011; 13(6): 1031-1050. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/422/42222537015.pdf>
4. García-Vargas MC. Aproximaciones conceptuales para diferenciar la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad. Rev. Avances en Enfermería. 1998; 16(1): 35-45. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16380/17932>
5. Sánchez-Muñoz AI. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. Rev. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2010; 56 (220). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2010000300004
6. Croyle RT. Psychosocial Effects of Screening for Disease Prevention and Detection. 1ra Ed. New York. Oxford University Press; 1995. Retrieved from <https://search-ebscobhost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=169634&lang=es&site=eds-live>. DOI: 10.1093/oso/9780195075564.001.0001
7. Organización Mundial de la Salud. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021. Retrieved from https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/
8. Organización Mundial de la Salud. Noncommunicable diseases country profiles. 2018. ISBN 978-92-4-151462-0. Ginebra. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
9. Organización Mundial de la Salud. World health statistics 2024 Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. 2024; ISBN 978-92-4-009470-3. Ginebra. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>
10. Cosmea AÁ. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. Rev Medifam. 2001. 11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/revision.pdf>
11. Arboleda-Carvajal MS, García-Yáñez AR. Riesgo cardiovascular: análisis basado en las tablas de Framingham en pacientes asistidos en la unidad ambulatoria 309, IESS - SUCÚA. Rev. Fac Medicina. 2017; 25(1): 20-30. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000100003&lng=en. DOI: 10.18359/rmed.1949
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. 2014. Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Dislipidemi-completa.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Washington, D.C. Documento traducido por la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

14. International Longevity Centre UK. Why adherence is critical to improving health outcomes across the life course. 2022. Retrieved from: <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/ILC-Doctors-Orders.pdf>
15. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm.* 2018; 59(4): 251-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es. Epub 19-Oct-2020. DOI: 10.30827/ars.v59i4.7357.
16. Gil-Amézquita DF, Flórez-Flórez MG, Díaz-Heredia LP. Factores de la adherencia terapéutica y uso de ecnologías de la información en pacientes hipertensos. *Hacia Promoc. Salud.* 2024; 29(1):30-45. DOI: 10.17151/HPSAL.2024.29.1.3
17. Stowell JT, Narayan AK, Wang GX, et al. Factors affecting patient adherence to lung cancer screening: A multisite analysis. *Journal of Medical Screening.* 2021; 28(3):357-364. DOI: 10.1177/0969141320950783
18. Montes U, Seijo LM, Campo A, Alcaide AB, Bastarrika G, Zulueta JJ. Factors determining early adherence to a lung cancer screening protocol. *The European respiratory journal.* 2007; 30(3), 532-537. DOI: 10.1183/09031936.00143206
19. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation.* 2011; 124(19):2145-2154. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.968792
20. García M. Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista Colombiana de Cardiología.* 2018; 25(1): 8-12. DOI: 10.1016/J.RCCAR.2017.11.021
21. Caron RM, Noel K, Reed RN, Sibel J, Smith HJ. Health promotion, health protection, and disease prevention: challenges and opportunities in a dynamic landscape. *AJPM Focus.* 2023; 3(1):100167. DOI: 10.1016/j.focus.2023.100167
22. Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Cervical and breast cancer screening participation for women with chronic conditions in France: results from a national health survey. *BMC Cancer.* 2016; 16(1): 255. DOI: 10.1186/s12885-016-2295-0
23. Hark LA, Radakrishnan A, Madhava M, Anderson-Quñones C, Fudenberg S, Robinson D, Katz LJ. Awareness of ocular diagnosis, transportation means, and barriers to ophthalmology follow-up in the Philadelphia telemedicine glaucoma detection and follow-up study. *Social Work in Health Care.* 2019; 58(7), 651-664. DOI: 10.1080/00981389.2019.1614711
24. Wasser LM, Cassidy J, Cecconi K, et al. Predictors of clinic attendance after community-based vision screening. *Transl Vis Sci Technol.* 2023; 12(11):2. DOI: 10.1167/tvst.12.11.2
25. Green N, Miller F, Khanna D. Barriers to eye care for adults in the United States and solutions for it: a literature review. *Cureus.* 2024; 16(4), e59071. DOI: 10.7759/cureus.59071