

**Intervención comunitaria en
personas con factores de
riesgo y con Diabetes
Mellitus Tipo II e
Hipertensión Arterial en el
distrito de Carabayllo
(SOY QHALIKAY)**

PLAN DE INTERVENCIÓN

Socios En Salud, Sucursal Perú

Diana Huaman Hidalgo

CONTENIDO

RESUMEN DE PLAN DE INTERVENCIÓN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. FINALIDAD	5
3. OBJETIVOS	5
3.1. Objetivo principal	5
3.2. Objetivos específicos.....	5
4. BASE LEGAL.....	6
5. AMBITO DE INTERVENCIÓN	6
6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	6
6.1. POBLACIÓN A: Atención de personas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.	6
6.1.1. TAMIZAJE	6
6.1.2. ENROLAMIENTO	7
6.1.3. SEGUIMIENTO.....	8
6.2. POBLACIÓN B: Atención de personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial ...	8
6.2.1. TAMIZAJE	8
6.2.2. ENROLAMIENTO	9
6.2.3. SEGUIMIENTO.....	9
6.3. POBLACIÓN C: Atención a personas con otras patologías.....	10
6.3.1. CONVOCATORIA COMUNITARIA.....	10
6.3.2. ATENCIONES MÉDICAS.....	10
7. METAS E INDICADORES	11
8. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN.....	12
8.1. COMPONENTE 1: Fortalecer la detección y el control de factores de riesgo, y la evaluación prediagnóstica de DM e HTA mediante una estrategia comunitaria	12
8.2. COMPONENTE 2: Fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas con DM2 e HTA..	13
8.3. COMPONENTE 3: Mejorar el estado de salud mental de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 e HTA.....	14
8.4. COMPONENTE 4: Mitigar los gastos en salud de la atención de DM2, HTA y otras condiciones médicas presentes en la población atendida.....	15
8.5. COMPONENTE 5: Fortalecer la atención de otras condiciones médicas que puedan retrasar la mejora de la salud de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 o HTA.	16
9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	16



9.1.	POBLACIÓN A: Atención de personas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.	16
9.2.	POBLACIÓN B: Atención de personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial .	17
9.3.	POBLACIÓN C: Atención a personas con otras patologías.....	18
10.	ETICA Y PROTECCIÓN DE PARTICIPANTES HUMANOS	18
10.1.	Estándar ético	18
10.2.	Confidencialidad de los participantes	19
10.3.	Tratamiento de los datos y mantenimiento de los registros	19
11.	RESPONSABILIDADES	20
12.	MONITOREO Y EVALUACION	23
13.	PRESUPUESTO	23
14.	CRONOGRAMA	24
15.	BIBLIOGRAFÍA	25
16.	ANEXOS.....	26

RESUMEN DE PLAN DE INTERVENCIÓN

Título:	Intervención comunitaria en personas con factores de riesgo y con Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial en el distrito de Carabayllo.
Institución financiadora:	Partners In Health (PIH)
Institución ejecutora:	Socios En Salud, Surcursal Perú
Población A:	Personas con factores de riesgo de DM y/o HTA
Tamaño de la población A:	120 personas enroladas
Población B:	Personas con Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial
Tamaño de la población B:	80 personas enroladas
Población C:	Personas con otro tipo de patologías
Tamaño de la población C:	700 personas
Duración de la intervención:	8 meses
Justificación:	<p>En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2019, de la población de Lima metropolitana solo un 4.5% fue diagnosticada por un profesional de salud de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y un 11.3%, de Hipertensión Arterial (HTA). El problema del manejo de las enfermedades no transmisibles (ENT) no solo radica en la baja detección de personas con factores de riesgo o personas enfermas, sino también en los bajos porcentajes de tratamiento efectivo de las personas enfermas. Así, en este mismo año solo el 31% de los diagnosticados de DM2 y el 22.2% de HTA no había recibido y/o comprado medicamentos para el control de estas enfermedades.</p> <p>Esta preocupante situación se vio más agudizada en la pandemia, dado que durante el año 2020 fueron registrados solo 6,819 casos de diabetes, en comparación con los 28 433 casos registrados un año antes. Ello supuso una reducción en 67%.</p> <p>Un informe del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades hace énfasis en la importancia de que las atenciones por enfermedades no transmisibles como la diabetes o la hipertensión deben en servicios de salud del nivel primario, aunque también reconocen que la atención del paciente con diabetes debe realizarse la necesidad del manejo de datos confiables y de indicadores de seguimiento de la enfermedad para un mejor monitoreo de pacientes afectados por esta enfermedades.</p>
Objetivos principales:	Brindar atención integral (preventiva y recuperativa) a personas con factores de riesgo o diagnosticadas con DM e HTA del distrito de Carabayllo.
Objetivos específicos:	<p>OE1: Fortalecer la detección y el control de factores de riesgo, y la evaluación prediagnóstica de DM e HTA mediante estrategias comunitarias.</p> <p>OE2: Fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas con DM e HTA.</p>

	<p>OE3: Mejorar el estado de salud mental de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA.</p> <p>OE4: Mitigar los gastos asociados en salud de la atención de DM, HTA y otras condiciones médicas presentes en la población atendida.</p> <p>OE5: Fortalecer la atención de otras condiciones médicas que puedan retrasar la mejora de la salud de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM o HTA.</p>
<p>Actividades:</p>	<p>OE1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar búsqueda activa de personas con factores de riesgo de DM e HTA. • Realizar un prediagnóstico de DM e HTA en las Casas de la Salud. • Promover prácticas saludables en personas adultas con factores de riesgo de DM e HTA. <p>OE2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso al tratamiento farmacológico a personas con DM e HTA. • Aumentar la adherencia al tratamiento de personas con DM e HTA. • Monitorear presión arterial, niveles de hemoglobina glicosilada y niveles de colesterol y triglicéridos en personas con DM y HTA. <p>OE3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un camino de cuidado para la depresión y ansiedad en la población con diagnóstico confirmado de DM e HTA. • Evaluar el impacto de las estrategias de salud mental empleadas para disminuir la depresión y ansiedad en dicha población. <p>OE4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar casos sociales derivados por el equipo del proyecto. • Brindar soporte socioeconómico (nutricional, clínico u otros) a los casos evaluados por PPS que ameriten. <p>OE5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a la atención de otros problemas médicos en las Casas de la Salud.
<p>Descripción de la intervención:</p>	

1. INTRODUCCIÓN

Tanto la diabetes como la hipertensión están consideradas como enfermedades no transmisibles (ENT). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las enfermedades no transmisibles se caracterizan por ser causadas por una infección aguda que trae consecuencias para la salud a largo plazo, además son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (1).

La diabetes es una enfermedad que se clasifica en diferentes tipos. La más común, la diabetes mellitus tipo 2 se produce por un inadecuado uso de la insulina producida por el organismo. Sin embargo, los

factores que las desencadenan son los ambientales como los malos hábitos alimenticios o la falta de actividad física, por ello esta enfermedad requiere de atención médica continua con múltiples estrategias de reducción del riesgo para el control glicémico (2).

Por otro lado, en el 2019 la prevalencia de hipertensión arterial en el Perú ascendió al 20.1% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), observándose un incremento de 2.5 puntos porcentuales desde el 2017 (3). Ese asesino silencioso, denominado así por ser una enfermedad que produce un daño progresivo en diversos órganos del cuerpo sin producir dolor, aunado a otras comorbilidades resulta en una bomba de tiempo que puede acabar con la muerte.

Así, la pandemia agudizó no solo el existente subregistro de casos identificados de estas enfermedades afectando así su vigilancia epidemiológica (4), sino también el incremento de los decesos de personas que padecían estas patologías. Y aunque no existe suficiente evidencia de si las personas con diabetes son más propensas a infectarse de COVID-19 (5), existe cada vez más evidencia de que personas que padecen esta condición crónica pueden tener mayor riesgo de severidad de neumonía y de mortalidad por COVID-19 (4).

Por lo anteriormente mencionado, es importante afianzar la identificación de factores de riesgo de estas enfermedades y el tratamiento oportuno de las personas que las padecen para poder prevenir su padecimiento y la aparición de complicaciones que no solo afectarán el bienestar de las personas sino de toda la comunidad por ser patologías con un alto impacto socioeconómico.

2. FINALIDAD

Contribuir a la reducción de la morbimortalidad causada principalmente por las ENT (DM e HTA) en la población adulta del distrito de Carabayllo.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

- 3.1.1.** Brindar atención integral (preventiva y recuperativa) a personas con factores de riesgo o diagnosticadas con DM e HTA del distrito de Carabayllo.

3.2. Objetivos específicos

- 3.2.1.** Fortalecer la detección y el control de factores de riesgo, y la evaluación prediagnóstica de DM e HTA mediante estrategias comunitarias.
- 3.2.2.** Fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas con DM e HTA.
- 3.2.3.** Mejorar el estado de salud mental de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA.
- 3.2.4.** Mitigar los gastos asociados en salud de la atención de DM, HTA y otras condiciones médicas presentes en la población atendida.
- 3.2.5.** Fortalecer la atención de otras condiciones médicas que puedan retrasar la mejora de la salud de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM o HTA.

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias
- Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29459, Ley de los productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de Servicios de Salud.

5. AMBITO DE INTERVENCIÓN

El ámbito de intervención del presente plan será la jurisdicción de las 4 Casas de Salud ubicada en el distrito de Carabayllo:

- **Casa de Salud Padre Juan Roussin** (P.J. Villa El Polvorín Jirón 2 lote C, altura del Paradero Casa Blanca).
- **Casa de Salud 28 de julio** (AA.HH. 28 de julio Mz. G Lt. 7, altura de la Institución Educativa Ciro Alegría).
- **Casas de Salud Madre Teresa de Calcuta** (Jr. César Vallejo Mz. 111 Lt. 10 - Comité 46, Raúl Porras Barrenechea).
- **Casa de Salud Santa Rosa de Lima** (Pje 17 de enero Mz F1 – Lt. 14 - Comité 40, El Progreso).

6. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

6.1. POBLACIÓN A: Atención de personas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.

6.1.1. TAMIZAJE

El proceso de tamizaje se utilizará para identificar a las personas que tienen factores de riesgo de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial. Para este fin se ha diseñado un chatbot el cual consta de 10 preguntas con puntuaciones que nos ayudará a determinar a las personas que tienen riesgo alto de las que tienen riesgo bajo.



Figura 1. Chatbot SOY QHALI KAY

- **Criterios de inclusión:** Los criterios considerados en el Chatbot son:
 - Antecedentes familiares con diabetes o hipertensión
 - Edad mayor a 45 años
 - Realización de actividad física
 - Auto percepción de imagen corporal, usado a nivel comunitario alternativamente al Índice de Masa Corporal (IMC)
 - Consumo de sal
 - Consumo de tabaco
 - Consumo de alcohol
- **Criterios de exclusión:**
 - Personas que no cumplan con los criterios de inclusión

6.1.2. ENROLAMIENTO

La etapa de enrolamiento consiste en la realización del filtrado de personas que ingresarán a la intervención. En este proceso, las personas tamizadas recibirán una comunicación telefónica por parte de las profesionales del proyecto quienes les brindarán información y les invitarán a participar de la intervención. Si las personas aceptan se les denominarán «enroladas».

- **Criterios de inclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Personas adultas de ambos sexos entre 30 y 65 años
 - Residencia dentro de la jurisdicción de alguna de las Casas de la Salud

- Confirmación para participar de la intervención.
- **Criterio de exclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Indicación expresa de no querer participar en la intervención.
- **Retiro de la intervención:** Se han considerado como una posible razón del retiro de participantes:
 - La mudanza o desplazamiento a zonas fuera del radio de la intervención.
 - Además, siempre que sea posible el participante podrá participar en las actividades programadas.

6.1.3. SEGUIMIENTO

La etapa de seguimiento está pensada para las personas enroladas en la intervención. Ellos podrán ser partícipes de las siguientes actividades:

- a) **Atenciones médicas:** Cada participante enrolado pasará por atenciones médicas de forma mensual. En dicha actividad también se realizará el monitoreo de sus valores de glucosa, triglicéridos, colesterol, hemoglobina glicosilada, valores de presión arterial y registro de parámetros antropométricos (peso, talla y perímetro de cintura).
- b) **Seguimiento comunitario:** Cada participante recibirá seguimiento comunitario mensual por parte de las agentes comunitarias de salud (ACS) quienes les brindarán pautas para la adopción y/o cambio de estilos de vida.
- c) **Citas Clínicas Compartidas (CCC):** Esta actividad consiste en reuniones en pequeños grupos de apoyo donde se discutirán temas relativos a las preocupaciones que afectan la salud de los participantes. Esta actividad recibirá el soporte de profesionales de Enfermería, Nutrición y Psicología quienes dirigirán las sesiones grupales. Cada persona participará de dos reuniones de citas preventivas compartidas que se desarrollarán de forma virtual y presencial quincenalmente.

6.2. POBLACIÓN B: Atención de personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial

6.2.1. TAMIZAJE

Al igual que en el caso de las personas con factores de riesgo, el proceso de tamizaje para esta población se utilizará para identificar a personas, pero quienes padecen de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial. Esto se realizará a través del Chatbot SOY QHALI KAY, el cual ha sido diseñado para identificar a personas que padecen cualquiera de estas enfermedades pero que no se encuentran recibiendo ningún tipo de tratamiento.

- **Criterios de inclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Personas que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.

- Personas que no estén recibiendo ningún tipo de tratamiento para estas enfermedades.
- **Criterios de exclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Personas que no viven dentro de la jurisdicción de cualquiera de las Casas de la Salud.
 - Personas que se encuentren recibiendo tratamiento para el control de cualquiera de estas enfermedades.

6.2.2. ENROLAMIENTO

Del mismo modo que en el caso del grupo de participantes con factores de riesgo, La etapa de enrolamiento consiste en la realización del filtrado de personas que ingresarán a la intervención. En este proceso, las personas tamizadas recibirán una comunicación telefónica por parte de las profesionales del proyecto quienes les brindarán información y les invitarán a participar de la intervención. Si las personas aceptan se les denominarán «enroladas».

- **Criterios de inclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Personas adultas de ambos sexos entre 30 y 65 años.
 - Residencia dentro de la jurisdicción de alguna de las Casas de la Salud.
 - Confirmación para participar de la intervención.
- **Criterio de exclusión:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - Indicación de no querer participar en la intervención.
- **Retiro de la intervención:** Se han considerado los siguientes criterios:
 - La mudanza o desplazamiento a zonas fuera del radio de la intervención.

6.2.3. SEGUIMIENTO

La etapa de seguimiento está pensada para las personas enroladas en la intervención. Ellos podrán ser partícipes de las siguientes actividades:

- a) **Atenciones médicas:** Cada participante enrolado pasará por atenciones médicas de forma mensual. Previa a cada atención el participante será monitoreado en sus valores de glucosa, triglicéridos, colesterol, hemoglobina glicosilada, valores de presión arterial y registro de parámetros antropométricos (peso, talla y perímetro de cintura). Posteriormente, será derivado a un establecimiento de salud para la confirmación de su diagnóstico clínico.
- b) **Seguimiento clínico:** Cada participante enrolado recibirá seguimiento clínico individualizado de forma mensual por parte de un profesional de Enfermería, en el cual se hará el monitoreo de la adherencia del consumo de medicamentos, posibles

efectos adversos y se brindará pautas clínicas para un adecuado manejo de la enfermedad.

- c) **Seguimiento nutricional:** Cada participante entolado recibirá seguimiento nutricional individualizado de forma mensual por parte de un profesional Nutricionista, en el cual se realizará el diagnóstico nutricional y se brindará pautas para cambios en el patrón de alimentación adaptándose a las necesidades de cada persona.
- d) **Seguimiento psicológico:** Cada participante enrolado recibirá seguimiento psicológico individualizado de forma mensual por parte de un profesional Psicólogo, en el cual aplicará diversas estrategias dependiendo del diagnóstico identificado.

Cabe precisar que todas las personas podrán continuar su participación por voluntad expresa. De haber personas que deseen retirarse de la intervención se procederá con el retiro correspondiente, debiendo para ello completarse el CRF RASA (Razones de Salida).

6.3. POBLACIÓN C: Atención a personas con otras patologías.

A diferencia de la población con factores de riesgo y de las que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial, la población C no pasará por un proceso de tamizaje ni enrolamiento, sino que esta población será atendida en las Casas de Salud de acuerdo con la demanda y está enfocada a brindar atención médica a personas de cualquier que acuden por cualquier patología diferente.

6.3.1. CONVOCATORIA COMUNITARIA

Esta actividad se llevará a cabo a través del apoyo de agentes comunitarias de salud (ACS) quienes realizarán un barrido en la comunidad invitando a las personas de la jurisdicción de cada Casa de Salud a acudir a las atenciones médicas en caso de necesitarlo.

6.3.2. ATENCIONES MÉDICAS

Serán llevadas a cabo de forma diaria, en el cual un profesional médico realizará las atenciones médicas itinerantes en cada Casa de Salud de acuerdo con la programación fijada. En las atenciones médicas el profesional realizará la anamnesis, el examen físico general y/o focalizado y la prescripción del tratamiento. Además, como parte del proceso, el médico realizará preguntas de exploración a los pacientes sobre si sufren sintomatología relativa al Covid-19 y si recibieron todas las dosis de la vacuna contra esta enfermedad.

7. METAS E INDICADORES

Los indicadores contemplados en la presente intervención son las siguientes:

N°	INDICADOR	DEFINICIÓN	LÍNEA DE BASE	META
1	Número de visitas domiciliarias realizadas a personas identificadas con riesgo de DM e HTA.	Este indicador mide el número de visitas domiciliarias realizadas por agentes comunitarias de salud (ACS) a personas identificadas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y/o Hipertensión Arterial (HTA)		195
2	Número de personas con factores de riesgo de DM e HTA con un prediagnóstico relacionada a una ENT.	Este indicador mide el número de personas identificadas con factores de riesgo de DM2 y/o HTA.		120
3	Número de personas con DM e HTA con seguimiento clínico para el monitoreo de la adherencia del tratamiento farmacológico.	Este indicador mide el número de personas con DM2 y/o HTA con seguimiento clínico por un profesional de Enfermería respecto a su adherencia al tratamiento farmacológico.		80
4	Número de personas con DM e HTA con seguimiento nutricional (antropometría y plan dietético).	Este indicador mide el número de personas con DM2 y/o HTA con seguimiento nutricional por un nutricionista respecto a sus parámetros antropométricos y plan dietético.		80
5	Número de sesiones de psicoeducación para personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA que no presentan problemas de salud mental	Este indicador mide el número de sesiones de psicoeducación brindadas a personas con factores de riesgo de DM2 y/o HTA que no presenten problemas de salud mental.		40
6	Número de sesiones de Primeros Auxilios Psicológicos a personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA que presentan SDML y/o Ansiedad Leve	Este indicador mide el número de sesiones de Primeros Auxilios Psicológicos a personas con factores de riesgo de DM2 y/o HTA que presentan Síndrome Depresivo Moderado o Leve y/o ansiedad leve.		100
7	Número de sesiones Enfrentando problemas plus a las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA que presentan DML y/o ansiedad moderada.	Este indicador mide el número de sesiones Enfrentando problemas Plus a personas con factores de riesgo de DM2 y/o HTA que presentan depresión moderada o leve y/o ansiedad moderada.		180
8	Número de casos sociales identificados	Este indicador mide el número de casos sociales con factores de riesgo o que padecen de DM2 y/o HTA identificados.		70

9	Número de casos sociales identificados que accedieron a un apoyo social.	Este indicador mide el número de casos sociales identificados que accedieron a un apoyo social.		78
10	Número de personas con atención médica en las Casas de la Salud por otras condiciones médicas	Este indicador mide el número de personas con otras patologías diferentes de DM2 y/o HTA que reciben atención médica en las Casas de la Salud.		700

8. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

8.1. COMPONENTE 1: Fortalecer la detección y el control de factores de riesgo, y la evaluación prediagnóstica de DM e HTA mediante una estrategia comunitaria

8.1.1. Realizar la búsqueda activa de personas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II (DM) y/o Hipertensión Arterial (HTA).

La búsqueda activa de personas es una actividad orientada a la identificación de personas a personas con factores de riesgo y personas que presuntamente puedan padecer de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial para posteriormente realizarles una evaluación prediagnóstica. Esta actividad que será llevada a cabo por agentes comunitarias de salud (ACS) quienes realizarán visitas a las comunidades de la jurisdicción de las Casas de Salud para el tamizaje de personas a través del Chatbot SOY QHALIKAY.

Antes del desarrollo de esta actividad las ACS participarán de una jornada de capacitación donde recibirán sesiones para el fortalecimiento de sus capacidades en relación con el manejo comunitario de enfermedades no transmisibles (ENT).

Posterior al tamizaje, un profesional de salud de la intervención contactará telefónicamente a las personas identificadas con riesgo o con un diagnóstico presuntivo de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial para invitarlos a participar de la intervención.

Se proyecta realizar una cantidad de 83 tamizajes en promedio de forma mensual y en un total de 500 personas a lo largo de toda la intervención. De este total, se enrolará a 120 personas que tengan factores de riesgo de DM2 y/o HTA y a 80 personas con diagnóstico presuntivo de estas enfermedades.

8.1.2. Realizar un prediagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y/o Hipertensión Arterial (HTA).

La realización del prediagnóstico de DM2 y/o HTA se llevará a través de un proceso que consiste en la toma de pruebas bioquímicas (glucosa basal, hemoglobina glicosilada, triglicéridos y colesterol), de la presión arterial y de parámetros antropométricos (peso, talla y perímetro de cintura). Seguidamente, estos resultados servirán para que en la

consulta médica dentro de la Casa de Salud se realice un prediagnóstico del participante en cuestión.

Posteriormente, cada participante será derivado a un establecimiento de salud para la toma de pruebas auxiliares y la recepción de su tratamiento farmacológico.

8.1.3. Promover prácticas saludables en personas adultas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) y/o Hipertensión Arterial (HTA).

En la intervención se ha considerado trabajar en dos niveles. Uno de ellos, el preventivo a nivel comunitario que sigue un enfoque de prevención y promoción de la salud. Este lado preventivo de la intervención ha sido contemplado ser llevado a cabo con personas que tienen factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 y/o Hipertensión Arterial, pero que aún no han desarrollado ninguna de estas enfermedades.

Así, para promover prácticas saludables entre estas personas se ha contemplado brindar soporte a través Citas Preventivas Compartidas (CPC) que son un modelo centrado en el paciente aplicado en entornos vulnerables donde se fomenta la participación y la prestación de una atención integral. Estas actividades serán llevadas a cabo de forma quincenal en las modalidades presencial y virtual.

Adicionalmente, estas mismas personas recibirán visitas domiciliarias de seguimiento por parte de las agentes comunitarias de salud quienes brindarán acompañamiento para la modificación de hábitos no saludables.

8.2. COMPONENTE 2: Fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas con DM2 e HTA

8.2.1. Facilitar el acceso al tratamiento farmacológico a personas con DM2 e HTA

Durante la ejecución del Proyecto Crónicas, antecesor de la presente intervención, se identificó que el adecuado manejo de la enfermedad en algunos casos estaba afectado debido a que especialmente las personas adultas mayores presentaron dificultades para el recojo de medicamentos en los establecimientos de salud. Por ello, para poder facilitar el acceso a un tratamiento farmacológico en las personas identificadas con Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial en estado de vulnerabilidad se realizará el delivery de medicamentos a través de agentes comunitarias de salud. Así, se coordinará previamente dicha actividad con los establecimientos de salud de la jurisdicción de las Casas de Salud para garantizar el cumplimiento de todas las gestiones a favor de la entrega de medicamentos. Se proyecta realizar un total de 80 distribuciones a lo largo de toda la intervención.

Por otro lado, otra forma de poder facilitar el acceso al tratamiento farmacológico en personas con Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial es a través del acceso a los servicios de salud. Por ello, la agente comunitaria de salud brindará acompañamiento a los participantes para que puedan recibir un control médico mensual en los centros de salud u Hospital de Apoyo de Carabayllo (HAC) del MINSA.

8.2.2. Seguimiento farmacológico y nutricional de participantes con DM2 y/o HTA

Existe evidencia de que la multidisciplinariedad en el manejo de la enfermedad (DM2 y/o HTA) marcan el éxito de las intervenciones. En ese sentido, un profesional de Enfermería brindará seguimiento clínico individualizado para la verificación de la adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes con Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial. Paralelamente, un profesional nutricionista brindará seguimiento nutricional de cada participante a través de la realización de la evaluación de estado nutricional según parámetros antropométricos, frecuencia de consumo de alimentos y otras herramientas. Y posterior a la evaluación, brindará consejería nutricional acompañada de un plan dietético individualizado, de acuerdo con las necesidades de cada persona.

8.2.3. Seguimiento laboratorial, de presión arterial y de parámetros antropométricos de participantes con DM2 y/o HTA.

Para favorecer un adecuado manejo de la enfermedad, cada participante identificado de padecer de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial recibirá un control mensual en sus valores de glucosa basal y controles de forma trimestral en sus valores de hemoglobina glicosilada, colesterol y triglicéridos. Asimismo, se realizará controles mensuales en los valores de presión arterial y parámetros antropométricos (Índice de Masa Corporal – IMC y circunferencia de cintura - CC).

8.3. COMPONENTE 3: Mejorar el estado de salud mental de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 e HTA.

8.3.1. Establecer un camino de cuidado para la depresión y ansiedad en las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 e HTA.

Una de las acciones favorables para un cambio conductual es el soporte psicológico, por ello dentro de la intervención se brindará diversas estrategias de apoyo emocional a los participantes tanto de los grupos de factores de riesgo como de los que ya padecen de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.

De esta forma, la profesional Psicóloga de la intervención realizará un tamizaje en depresión y ansiedad a todos los participantes, posterior a ello realizará el enrolamiento de personas que presentan Síntomas Depresivos Mínimos Leves (SDML) y/o Ansiedad Leve, Depresión Mayor Leve (DML) y/o Ansiedad Moderada y aquellos que presenten Depresión Moderada o Severa y/o Ansiedad Severa.

Consecutivamente, se brindará atenciones psicológicas diferenciadas de acuerdos a las siguientes situaciones:

- A aquellos que no presentaron indicadores de depresión ni ansiedad, sesiones de psicoeducación.
- A aquellos que presenten SDML y/o Ansiedad Leve, es decir, a aquellas personas que obtengan un puntaje entre 5 a 9 puntos en el cuestionario PHQ-9, o un

- puntaje entre 5 y 9 en el cuestionario GAD-7, una sesión virtual de la estrategia de Primeros Auxilios Psicológicos.
- A aquellos que presenten DML que obtengan un puntaje entre 10 y 14 en el cuestionario PHQ-9 y/o Ansiedad moderada presentando un puntaje entre 10 y 14 en el cuestionario GAD-7, cinco sesiones remotas de la estrategia más una sesión introductoria de la estrategia Enfrentando Problemas Plus (EP+).
- A aquellos que presenten depresión mayor moderada/Servera y/o Ansiedad severa con un puntaje mayor a 15 en el cuestionario PHQ-9 y GAD-7, una sesión remota de la estrategia de Primeros Auxilios Psicológicos para posteriormente derivarlo a alguna institución pública para su atención.

8.3.2. Acompañamiento del ACS a las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 e HTA que presentan DMM, DMS, ansiedad severa a instituciones públicas especializadas.

Como parte de las acciones integrales para la atención de problemas de salud mental identificados en los participantes de la intervención se ha contemplado realizar el acompañamiento a aquellas personas derivadas a alguna en instituciones públicas por parte de agentes comunitarios de salud.

Adicionalmente, se realizarán reevaluaciones cada 3 meses según sea el caso:

- Para personas que no presentaron problemas de salud mental, se brindará una sesión de Psicoeducación.
- Para personas que presentaron SDML y/o Ansiedad Leve durante la reevaluación, se brindará la estrategia Primeros Auxilios Psicológicos.
- Para personas que presentaron DML y/o Ansiedad moderada durante la reevaluación, se brindará la estrategia Enfrentando Problemas Plus.

8.4. COMPONENTE 4: Mitigar los gastos en salud de la atención de DM2, HTA y otras condiciones médicas presentes en la población atendida.

8.4.1. Implementar un sistema de apoyo socioeconómico a los participantes pertenecientes al proyecto

Al ser las enfermedades no transmisibles (Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial) dolencias de larga data y situándose en entornos vulnerables como el distrito de Carabayllo, algunas personas no pueden llegar a acceder de manera oportuna a un tratamiento efectivo. Por lo que, en pro de brindar apoyo clínico y alimenticio a personas vulnerables identificadas hemos establecido brindar apoyo a casos sociales identificados.

La Unidad de Protección Social será la responsable de verificar la necesidad de las personas identificadas, de corresponder la ayuda esta podrá ser brindada en forma de apoyo nutricional, clínico o de acompañamiento o apoyo en tramites documentarios que ayude a las personas vulnerables a ser insertadas en programas sociales.

8.5. COMPONENTE 5: Fortalecer la atención de otras condiciones médicas que puedan retrasar la mejora de la salud de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM2 o HTA.

8.5.1. Facilitar el acceso a la atención de otros problemas médicos en las Casas de la Salud

Con la finalidad de facilitar el acceso a la atención de otros problemas médicos en las personas de la comunidad se brindará atención médica a todas las personas de todas las edades que acuden a las Casas de Salud. La convocatoria será realizada por la agente comunitaria de salud que a través de salidas a campo realizará la difusión del evento a través del pegado de posters o el perifoneo.

9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se han elaborado instrumentos de recolección de la información para cada una de las poblaciones consideradas en la intervención y para cada etapa del proceso. Así, estos formatos reciben el nombre de CRF, por sus siglas al inglés y que traducidos significan Formatos de Registro de Casos. Estos formatos serán usados tanto en formato físico como virtual.

9.1. POBLACIÓN A: Atención de personas con factores de riesgo de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial.

SIGLAS	NOMBRE DEL CRF	CONCEPTO	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN
TAMIZAJE			
FIBOT	Ficha de Tamizaje de personas con Chatbot Soy Qhalikay	Registra una evaluación de personas para determinar si tienen factores de riesgo y/o diabetes y/o hipertensión por medio del chatbot.	Agente Comunitaria de Salud (ACS) / Personas de la comunidad
ENROLAMIENTO			
FISE-ACL	Ficha de Evaluación Inicial y de Seguimiento Antropométrica, Clínico y Laboratorial	Registra los resultados de valores bioquímicos, presión arterial y pruebas bioquímicas.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
HICM	Historia Clínica Médica	Registra información del paciente en la consulta médica.	Profesional médico
SEGUIMIENTO			
RA-CPC	Registro de asistencia a las Citas Preventivas Compartidas	Registra la asistencia las Citas Preventivas Compartidas	Profesional de SES
CECU-CPC	Cuestionario de evaluación Cualitativa al Participante de la Cita Preventiva Compartida.	Registra las percepciones de las citas preventivas compartidas de los participantes que participaron.	Profesional de SES

RA-CPC	Registro de Asistencia a las Citas Preventivas Compartidas.	Registra información relativa a la asistencia de personas a las CPC.	Profesional de SES
FVAC-COVID 19	Ficha de Vacunación contra COVID 19	Registra información sobre el estado de vacunación de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
FISE-ACS	Ficha de Seguimiento o Acompañamiento por la ACS	Registra información de las visitas domiciliarias realizadas por las ACS a los participantes con DM y/o HTA.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
RASA	Razones de Salida de la Intervención	Registra las razones de salida del participante del componente de salud mental.	Profesional de SES

9.2. POBLACIÓN B: Atención de personas con Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensión Arterial

SIGLAS	NOMBRE DEL CRF	CONCEPTO	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN
TAMIZAJE			
FIBOT	Ficha de Tamizaje de personas con Chatbot Soy Qhalikay	Registra una evaluación de personas para determinar si tienen factores de riesgo y/o diabetes y/o hipertensión por medio del chatbot.	Agente Comunitaria de Salud (ACS) / Personas de la comunidad
ENROLAMIENTO			
FISE-ACL	Ficha de Evaluación Inicial y de Seguimiento Antropométrica, Clínico y Laboratorial	Registra los resultados de valores bioquímicos, presión arterial y pruebas bioquímicas.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
HICM	Historia Clínica Médica	Registra información del paciente en la consulta médica.	Profesional médico
SEGUIMIENTO			
FISE-ACL	Ficha de Evaluación Inicial y de Seguimiento Antropométrica, Clínico y Laboratorial	Registra los resultados de valores bioquímicos, presión arterial y pruebas bioquímicas.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
FVAC-COVID 19	Ficha de Vacunación contra COVID 19	Registra información sobre el estado de vacunación de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
EMED	Ficha de reporte de entrega de medicamentos.	Registra los medicamentos que son entregados por las ACS en el	Profesional de SES

		acompañamiento y/o seguimiento a los participantes con diabetes y/o hipertensión.	
FISE-AD	Ficha de Seguimiento de la Adherencia de los Medicamentos	Registra información concerniente a la adherencia de medicamentos y el reporte de efectos adversos en las personas con DM y/o HTA.	Profesional de SES
FISE-NDH	Ficha de Seguimiento Nutricional del Participantes con DM y/o HTA	Registra información concerniente a los hábitos alimentarios de algunos alimentos y la práctica de hábitos saludables en las personas con DM y/o HTA.	Profesional de SES
FISE-ACS	Ficha de Seguimiento o Acompañamiento por la ACS	Registra información de las visitas domiciliarias realizadas por las ACS a los participantes con DM y/o HTA.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
RASA	Razones de Salida de la Intervención	Registra las razones de salida del participante del componente de salud mental.	Profesional de SES

9.3. POBLACIÓN C: Atención a personas con otras patologías.

SIGLAS	NOMBRE DEL CRF	CONCEPTO	RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN
ENROLAMIENTO			
HICM	Historia Clínica Médica	Registra información del paciente en la consulta médica.	Profesional médico
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria (ACS)	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
FVAC-COVID 19	Ficha de Vacunación contra COVID 19 (ACS)	Registra información sobre el estado de vacunación de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
SEGUIMIENTO			
HICM	Historia Clínica Médica	Registra información del paciente en la consulta médica.	Profesional médico
SINRE	Ficha de Sintomatología Respiratoria	Registra información sobre síntomas relacionadas al Covid-19 de los participantes.	Agente Comunitaria de Salud (ACS)
RASA	Razones de Salida de la Intervención	Registra las razones de salida del participante del componente de salud mental.	Profesional de SES

10. ETICA Y PROTECCIÓN DE PARTICIPANTES HUMANOS

10.1. Estándar ético

Todas las personas involucradas con el registro de la información recibirán entrenamiento en:
a) recolección de datos y correcto llenado de CRF, b) protección de sujetos humanos y c)

buenas practicas clínicas. Todas estas actividades estarán a cargo de la coordinadora de la intervención.

10.2. Confidencialidad de los participantes

La intervención garantiza la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. En ese sentido, todo el personal involucrado en la recolección de datos recibirá entrenamiento sobre la importancia de la confidencialidad de datos. Adicionalmente a ello firmarán un formato de compromiso de confidencialidad donde se comprometen a guardar estricta reserva de la información manejada de los participantes y de su no divulgación por cualquier medio sea oral, físico y/o electrónico. (Anexo N°).

Al ser este un proyecto de intervención no se solicitarán consentimientos informados a los participantes. Sin embargo, se han considerado otros recursos para mantener la confidencialidad de la información recabada. Así, cada participante enrolado tendrá un formato de participante (FIPA), único documento que contendrá los datos personales de las personas que será recabado por única vez tras la confirmación de querer participar en la intervención. Posteriormente, todos los formatos a completarse serán identificados con un código de participante (PTID) que mantendrá la reserva de la identificación de los participantes. Este código también servirá para la informatización de la información recabada en los formatos CRF de cada participante. La base de datos electrónica para la intervención contendrá información personal de salud de los participantes y su acceso solo será restringida al personal autorizado según las áreas que les corresponde de acuerdo con sus funciones. La coordinadora de la intervención tendrá acceso a secciones de la base de datos para la administración y supervisión de las tareas del proyecto.

En tanto, los formatos físicos CRF se mantendrán almacenados en archivadores de acceso restringido en la Oficina de Socios En Salud Sucursal Perú siendo la coordinadora del proyecto y el encargado del centro de manejo de datos y carpetas regulatorias quienes tendrán acceso.

10.3. Tratamiento de los datos y mantenimiento de los registros

El ingreso de la información en los formatos físicos CRF será llevado a cabo por los profesionales o ACS. Cada formato físico solo podrá ser completado con bolígrafo tinta negra. De registrarse errores, no se usarán correctores líquidos y se procederá a tachar la información errada, posterior a ello se registrará la información correcta que deberá estar acompañada de la fecha y las iniciales de la persona que realiza la corrección.

Algunos puntos que se consideran para el ingreso de información son:

- No realizar borrones
- No realizar sobreescrituras
- No usar correctores (líquidos o de otro tipo)

Posteriormente, estos formatos serán remitidos al equipo de Manejo de Datos para que sean ingresados al sistema informático SEIS posterior a la aplicación de medidas de buenas prácticas clínicas (BPC) para asegurar la fidelidad de la información.

Cabe precisar que el coordinador del estudio es responsable de la custodia del almacenamiento de la documentación ya procesada. Además, juntamente con el equipo de Manejo de Datos y Estadística son responsables de asegurar la fidelidad de la información ingresada y de los datos reportados.

10.3.2. Responsabilidades del administrador de datos

La exactitud de los datos recopilados, documentos y reportes serán asegurados a través de la revisión por el equipo de profesionales de la intervención, quienes realizarán las sesiones de buenas practicas clínicas (BPC) para poder identificar que la información sea exacta y no presente errores. En caso de identificarse errores, el personal de ingreso y manejo de datos informará al equipo de la intervención para las respectivas correcciones en pro de la fidelización de los datos recopilados.

10.3.3. Método de captura de datos

Los datos clínicos serán recolectados de forma física y/o electrónica. Los datos recolectados de forma física serán aquellos ingresados en los formatos físicos CRF, mientras que la información del tamizaje de personas con factores de riesgo o que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II y/o Hipertensión Arterial serán recabados por medio del uso del Chatbot SOY QHALIKAY a través de dispositivos móviles, cuya información será directamente almacenada en la base de datos del proyecto.

Además, la informatización de los datos será realizada en el sistema SEIS que para su acceso requiere del uso de una contraseña. Cabe destacar que este sistema cuenta con procesos de calidad interna como chequeos automáticos e identificación de datos aparentemente inconsistentes, incompletos o inexactos.

11. RESPONSABILIDADES

Para ejecutar las actividades del plan de trabajo de SOY QHALIKAY, se necesitan diferentes tipos de recursos humanos. Cada recurso posee características propias y cumplirá diferentes funciones los cuales se detallan a continuación:

Tabla N° 1. Responsabilidades y funciones de los Recursos Humanos del Py. Soy Qhalikay

RECURSOS NECESARIOS	
RECURSOS HUMANOS	CARACTERÍSTICAS/FUNCIONES
Jefe del Programa de Salud Comunitaria	Responsable del Proyecto en General
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento de la gestión del Proyecto. - Realizar reuniones para ver el avance del cumplimiento de metas con el coordinador del Proyecto. - Realizar aprobaciones de documentación correspondiente al Proyecto. - Coordinaciones para el logro de alianzas estratégicas interinstitucionales.

<p>Coordinadora del Proyecto (Nutricionista - SACO)</p>	<p>Responsable del Proyecto en General</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar coordinaciones para el logro de alianzas estratégicas interinstitucionales. - Realizar coordinaciones y trabajo articulado con establecimientos de salud de la jurisdicción de las Casas de Salud y Hospital de Apoyo de Carabayllo (HAC). - Realizar las gestiones propias del proyecto. - Realizar seguimiento de actividades del proyecto en todos los componentes. - Elaborar protocolos e informes relativos al Proyecto. - Realizar seguimiento de las actividades designadas a los profesionales y personal del Proyecto. - Realizar solicitudes y aprobaciones de compra. - Realizar la solicitud de contratación de profesionales. - Realizar coordinaciones con las diferentes unidades de Socios En Salud. - Brindar capacitación al personal del Proyecto. - Realizar seguimiento del cumplimiento de metas de las actividades desarrolladas. - Realizar actualización de la base de datos propia del Proyecto.
<p>Profesional de proyecto (Enfermera - SACO)</p>	<p>Responsable del Componente Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar llamadas telefónicas a las personas tamizadas en el Chatbot SOY QHALIKAY para confirmar su participación en la intervención. - Brindar orientación sobre los cuidados para la prevención de complicaciones a los participantes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HTA) identificados en las atenciones en las Casas de la Salud. - Realizar el monitoreo del registro de hemoglobina glicosilada, glucosa basal, triglicéridos, colesterol y presión arterial realizado por las agentes comunitarias de salud (ACS). - Brindar seguimiento mensual para la verificación de la adherencia al tratamiento farmacológico de los participantes con DM2 y HTA. - Realizar el monitoreo y brindar soporte a las agentes comunitarias de salud en el acompañamiento para el acceso a control médico mensual en MINSA de los participantes con DM2 y HTA derivados. - Elaborar material comunicacional para el soporte a consejerías para la adherencia al tratamiento a pacientes con DM2 y HTA. - Brindar reportes del avance de actividades a la coordinadora del proyecto. - Realizar el llenado de información en los formatos CRF de seguimiento del componente clínico.
<p>Profesional de proyecto (Nutricionista - SACO)</p>	<p>Responsable del desarrollo del Componente Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar la conformación de grupos para las Citas Preventivas Compartidas (CPC). - Brindar consultoría nutricional a los participantes con DM2 y HTA identificados en las atenciones en las Casas de la Salud. - Realizar seguimiento mensual a participantes con DM2 y HTA identificados en las atenciones en las Casas de la Salud.

	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar capacitación a agentes comunitarias de salud para el trabajo de seguimiento a participantes con DM2 y HTA en el registro de medidas antropométricas y pautas de alimentación. - Elaborar material comunicacional para el soporte a consejerías nutricionales a pacientes con DM2 y HTA. - Coordinar con el profesional de Enfermería y/o Psicología para la referencia de pacientes a otros proyectos afines a la intervención o los establecimientos de salud u hospital de la jurisdicción, según sea el caso. - Brindar reportes del avance de actividades a la coordinadora del proyecto. - Realizar el llenado de información en los formatos CRF de seguimiento del componente nutricional.
Profesional de proyecto (Psicóloga - SAME)	<p>Responsable del desarrollo del Componente de Salud Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar el enrolamiento de participantes con problemas de depresión y ansiedad. - Realizar la aplicación de instrumentos de enrolamiento y visita final. - Derivar a participantes con problemas de salud mental complejos a instituciones públicas. - Aplicar estrategias de salud mental de acuerdo a las diferentes patologías identificadas en los participantes. - Actualizar la base de datos propia de la intervención.
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar atenciones médicas itinerantes de calidad, de acuerdo con el cronograma previamente establecido. - Realizar Anamnesis y/o evolución médica, examen físico general y/o focalizado y prescripción del tratamiento a las personas que acuden a las Casas de Salud. - Realizar consejería de signos y síntomas de ENT (DM2 e HTA) y otras afecciones de acuerdo con la necesidad del paciente - Coordinar con el profesional de Enfermería para la referencia de pacientes a los establecimientos de salud u hospital de la jurisdicción, según sea el caso. - Cumplir con las pautas de Buenas Prácticas Clínicas y Protección de Sujetos Humanos. - Realizar capacitaciones en tópicos relacionados con las atenciones realizadas en las Casas de la Salud.
Profesional de proyecto (Asistente Social - PPS)	<p>Responsable del Componente Socioeconómico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar evaluaciones de casos sociales derivados a la Unidad de Protección Social. - Brindar apoyo clínico, nutricional o de acompañamiento en la realización de trámites o gestiones a las personas vulnerables identificadas para su acceso a programas sociales. - Aplicar formatos CRF para la validación de casos sociales.
OTROS ACTORES	
Agentes Comunitarios de Salud (10)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar convocatoria comunitaria para las atenciones medicas en las Casas de Salud.

	<ul style="list-style-type: none">- Participar en el triaje de participantes (toma de pruebas bioquímicas, de presión arterial y parámetros antropométricos) que acuden a las Casas de Salud para la atención médica.- Realizar seguimiento por medio de visitas domiciliarias a participantes con factores de riesgo de DM2 y HTA.- Realizar delivery de medicamentos a personas focalizadas que no puedan acceder a tratamiento farmacológico.- Brindar acompañamiento a personas para su atención en los establecimientos de salud o Hospital de Apoyo de Carabayllo.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12. MONITOREO Y EVALUACION

El monitoreo del avance en el cumplimiento de metas se realizará de forma interna a través de reuniones semanales los que servirán para ver los avances de la ejecución de actividades. En cada reunión se registrará una minuta donde se anotarán las actividades pendientes.

Por otro lado, el monitoreo programático será realizado de forma mensual por la Unidad de Monitoreo a través de la emisión de reportes para el análisis de los hallazgos y la toma de medidas preventivas y correctivas según sea el caso por la coordinadora del Proyecto.

La evaluación se realizará una vez culminada la ejecución de la intervención a través del cumplimiento de las metas programadas.

13. PRESUPUESTO

Las actividades previstas en el presente plan serán ejecutadas con financiamiento de Recursos Ordinarios y donaciones y transferencias asignadas. También se cuenta con financiamiento de Partners In Health (PIH). En total se tiene asignado un presupuesto de \$ 118,104.07 para la ejecución de actividades desde octubre de 2021 a mayo de 2022.

14. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA							
	OCT-21	NOV-21	DIC-21	ENE-22	FEB-22	MAR-22	ABR-22	MAY-22
OBJETIVO 1: Fortalecer la detección y el control de factores de riesgo, y la evaluación prediagnóstica de DM e HTA mediante una estrategia comunitaria								
1.1. Realizar búsqueda activa de personas con factores de riesgo de DM e HTA	X	X	X	X	X	X		
1.2. Realizar un prediagnóstico de DM e HTA en las Casas de la Salud	X	X	X	X	X	X	X	
1.3. Promover prácticas saludables en personas adultas con factores de riesgo de DM e HTA.	X	X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO 2: Fortalecer la adherencia al tratamiento de las personas con DM e HTA								
2.1. Facilitar el acceso al tratamiento farmacológico a personas con DM e HTA		X	X	X	X	X	X	X
2.2. Seguimiento farmacológico y nutricional de participantes con DM y/o HTA		X	X	X	X	X	X	X
2.3. Seguimiento laboratorial, de presión arterial y de parámetros antropométricos de participantes con DM y/o HTA.		X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO 3: Mejorar el estado de salud mental de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA								
3.1. Establecer un camino de cuidado para la depresión y ansiedad en las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA.	X	X	X	X	X	X		
3.2. Acompañamiento del ACS a las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM e HTA que presentan DMM, DMS, ansiedad severa a instituciones públicas especializadas.			X	X	X	X	X	X
OBJETIVO 4: Mitigar los gastos en salud de la atención de DM, HTA y otras condiciones médicas presentes en la población atendida.								
4.1. Implementar un sistema de apoyo socioeconómico a los participantes pertenecientes al proyecto Soy Qhalikay.	X	X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO 5: Fortalecer la atención de otras condiciones médicas que puedan retrasar la mejora de la salud de las personas con factores de riesgo o con diagnóstico de DM o HTA.								
5.1. Facilitar el acceso a la atención de otros problemas médicos en las Casas de la Salud	X	X	X	X	X	X	X	X

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades no transmisibles (Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>).
2. Introduction: Standards of Medical Care In Diabetes – 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S1–S2 (Disponible en: [Standards of Care 2020.pdf \(diabetesjournals.org\)](#))
3. INEI: Prevalencia de Hipertensión aumentó en los últimos cuatro años (Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1474075-inei-prevalencia-hipertension-aumento-ultimos-4-anos/>)
4. Boletín epidemiológico del Perú 2021. Vol 30-SE14. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades.
5. How COVID-19 Impacts people with Diabetes (Disponible en: <https://www.diabetes.org/coronavirus-covid-19/how-coronavirus-impacts-people-with-diabetes>).

16. ANEXOS

16.1. Flujograma de las actividades consideradas en la intervención (Py. SOY QHALIKAY)

