



Duazary

ISSN: 1794-5992

revistaduazary@unimagdalena.edu.co

Universidad del Magdalena

Colombia

Pérez Quintero, Celenny; González Ruiz, Gisela; Carrasquilla Baza, Deibys; García Patiño, Esnirly; Guarín Bedoya, Evelin; Luna Semacaritt, Luisa; Sirtori de la Cruz, Lorena  
Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad

vigente en Colombia

Duazary, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 14-21

Universidad del Magdalena

Santa Marta, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156303003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA

## EVALUATION OF AN ARTERIAL HYPERTENSION PROGRAM ACCORDING TO CURRENT REGULATIONS

**TÍTULO CORTO: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**Celenny Pérez Quintero<sup>1</sup>, Gisela González Ruiz<sup>2</sup>, Deibys Carrasquilla Baza<sup>3</sup>, Esnirly García Patiño<sup>4</sup>, Evelin Guarín Bedoya<sup>4</sup>, Luisa Luna Semacaritt<sup>4</sup> y Lorena Sirtori de la Cruz<sup>4</sup>**

Recibido en septiembre 27 de 2013  
Aprobado en marzo 11 de 2014

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el programa de atención de la hipertensión arterial de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Santa Marta, de acuerdo con el Anexo Técnico N° 1 de la resolución 1043/2006 y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial establecida por el Ministerio de la Protección Social. **Materiales y métodos:** Estudio evaluativo, transversal cuya unidad de análisis fue constituida por una institución prestadora de servicios de salud e historias clínicas pertenecientes a 204 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con un año o más de evolución; información recolectada mediante la aplicación de una lista de verificación validada a través de expertos. **Resultados:** cumplimiento de los indicadores del programa, distribuido de la siguiente manera: recurso humano (100 %), infraestructura física (50 %), dotación (83 %), proceso de atención (50 %), referencia y contrarreferencia (100 %), historia clínica (89 %), diagnóstico (52.5 %), tratamiento (75 %), seguimiento al paciente (100 %), seguimiento a riesgo (0 %). **Conclusiones:** El programa, cumple con los Indicadores establecidos en un 69,95 %, que según la escala de cumplimiento estipulada, se encuentra en el nivel 2: Satisfactorio.

**Palabras clave:** Programa prevención, hipertensión, evaluación (*fuentes: DeCS BIREME*)

### Abstract

**Objective:** The objective was to identify the compliance of the indicators for the arterial hypertension program of an institution health services provider in the city of Santa Marta, in accordance with the

1. Enfermera. Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia. Autor de correspondencia: Correo electrónico: celenny.perezq@campusucc.edu.co
2. Enfermera. Magíster en Ciencias Básicas Biomédicas. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: gisela.1060@gmail.com
3. Magíster en Estudios del Caribe. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: dcarrasquilla@gmail.com
4. Enfermera. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correos electrónicos: esnir19@hotmail.com; evelita\_1124@hotmail.com; lumalu-2008@hotmail.com y lorenasd78@hotmail.com



Technical Annex No. 1 of Resolution 1043 / 2006 and The Guide Attention of the Arterial Hypertension established by the Ministry of Social Protection. **Materials and methods:** The evaluative and cross investigation; the analysis unit constituted for a institution health services provider and medical history belonging to 204 patients with a diagnosis of arterial hypertension, with a one year or more time of evolution; information collected through the use of a checklist validated for experts. **Results:** Compliance of the indicators of the program distributed as follows: human resource (100%), infrastructure (50%), staffing (83%), process of care (50%), referral and counterreferral (100%), medical history (89%), diagnosis (52.5%), treatment (75%), monitoring the patient (100%), risk monitoring (0%). **Conclusions:** The program comply the indicators in a 69.95%, according to the compliance scale is in level 3: satisfactory.

**Keywords:** Prevention program, hypertension, evaluation (source: DeCS, BIREME)

## Introducción

La hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades cerebrovascular, coronaria, arterioesclerótica y renal. Controlarla significa reducir el riesgo de padecerlas, y mejorar la expectativa y calidad de vida en la edad adulta<sup>1</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS- (2009)<sup>2</sup>, la prevalencia de la enfermedad se ubica entre 14 % y 40 % en adultos entre 35 y 64 años; casi la mitad de estas personas no son conscientes de su estado y solo el 27 % de esta población controla su presión arterial.

Según la Revista Colombiana de Cardiología (2007)<sup>3</sup>, “la mortalidad coronaria por presión arterial sistólica ajustada para la edad es de 11,6 % en presiones arteriales sistólicas menores de 120 mm Hg, y aumenta a 82,6 % si la presión sistólica es mayor a 210 mm Hg”<sup>3</sup>.

La construcción de conceptos a partir de investigaciones derivadas de la evaluación de los programas de prevención y control de la hipertensión arterial, es un instrumento utilizado para poner de manifiesto las fortalezas y debilidades en su desarrollo, y que permite ajustarlos a las indicaciones del contexto y de las necesidades del mismo. En un estudio realizado en Cuba, fue evaluado el programa de prevención, diagnóstico y control de la hipertensión arterial en el municipio de Santa Clara, encontrando deficiencias importantes relacionadas con una estructura insuficiente, recursos materiales inadecuados para la sostenibilidad del programa, y control del paciente con resultados insatisfactorios, así como dificultades en la capacitación del personal de salud<sup>4</sup>.

Régulo<sup>5</sup> en Perú, determinó en 26 ciudades la prevalencia de la hipertensión en una población de ambos géneros mayor de 18 años; los resultados arrojaron una prevalencia en la población general de 23,7 % (varones 13,4 % y mujeres 10,3 %).

Mejía *et al.* en México, en una investigación buscó evaluar las características de la atención al paciente hipertenso y su relación con el descontrol de la presión arterial en una unidad de medicina familiar. Los resultados arrojaron como factores asociados la edad, índice de masa corporal, tomar tres o más fármacos antihipertensivos, ser atendido por un médico con más de 20 años de antigüedad sin especialidad, y ser atendido en el turno matutino<sup>6</sup>.

Herrera *et al.*, en un estudio determinó los factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos a un programa, encontrando que la prevalencia de pacientes no controlados fue de 30,1 %, la adherencia al tratamiento farmacológico de 56,2 %; los factores asociados fueron tipo de entidad prestadora, género masculino y uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensinas, e interacción del medicamento con antecedentes de dislipidemias<sup>7</sup>.

Coomeva EPS, en las sucursales del país (Colombia) evaluó el programa de prevención y control de hipertensión y diabetes mellitus de las regionales de la empresa; obtuvo como resultado un cumplimiento de indicadores de control de 41 %<sup>8</sup>.

Acero *et al.*,<sup>9</sup> en Bucaramanga (Colombia) en un artículo titulado “Sistematización del cuidado de enfermería en las prácticas clínicas de la Universidad Cooperativa de Colombia dentro del periodo 2007 y

2010 implementación y evaluación”, que tuvo como finalidad evaluar la eficacia y diseñar e implementar el modelo innovador para la atención de enfermería en pacientes hipertensos, basado en la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup>, evidenció que la aplicación del modelo innovador produjo cambios favorables en los pacientes pertenecientes al grupo de control de riesgo cardiovascular, reflejados en el cambio de conducta de los factores de riesgo modificables, reduciendo las complicaciones de la hipertensión. De igual manera, encontró dificultades en el sistema de seguridad social en cuanto a la solicitud oportuna de exámenes.

A nivel regional se expone la investigación realizada por Aroca *et al.*<sup>10</sup> titulada “Factores de riesgo para hipertensión arterial en una población colombiana”, cuyo objetivo fue medir los factores de riesgo para hipertensión arterial en los habitantes de “Remolino” (Magdalena). En los resultados plantean como factores prevalentes relacionados con la hipertensión el IMC, antecedentes familiares, y antecedentes de muerte por hipertensión arterial; sólo el IMC se conserva asociado con la hipertensión.

En el ámbito local, López, *et al.*<sup>11</sup> realizaron el estudio denominado “Nivel de conocimiento que poseen sobre su enfermedad los pacientes incluidos en el programa de hipertensión arterial de los centros de salud La Paz y Juan XXIII de la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend”. El objetivo fue determinar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad en una institución de salud de la ciudad de Santa Marta, dando como resultado un nivel de conocimiento medio por parte de los pacientes, pues conocieron los cuidados que deben tener día a día para el manejo de su enfermedad. Además, concluyen que el trabajo de brindarle la educación a este tipo de pacientes es labor del profesional de enfermería.

La revisión de la ejecución del programa de prevención y control de hipertensión arterial en las entidades de salud de Santa Marta, dan cuenta de las pocas intervenciones en auditoría y evaluación de estos programas, ofreciendo la oportunidad de indagar el nivel de cumplimiento que posee la entidad objeto de estudio, sobre el cumplimiento de los estándares en el programa.

La atención a los pacientes detectados e inscritos en los programas de prevención y control de hipertensión arterial, debe estar en concordancia con lo establecido en la reglamentación nacional, especialmente en las dispuestas en el Anexo Técnico N° 1 de la resolución 1043 de 2006<sup>12</sup>, que define los indicadores a cumplir

por las instituciones prestadoras de servicios de salud para habilitar la oferta e implementación de los mismos, relacionados con estándares de recurso humano, instalaciones físicas, dotación y gestión de medicamentos y dispositivos. De igual forma, la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup> establece el protocolo para la atención de personas hipertensas en Colombia.

La Constitución Política de Colombia consagró por primera vez en el país el derecho irrenunciable a la seguridad social, definida como un “servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.” El artículo 49 establece que la atención de la salud y del medio ambiente son servicios públicos a cargo del Estado, para lograrlo debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud<sup>13</sup>.

Para dar cumplimiento al espíritu constitucional en salud, se expidió la ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo fue “regular el servicio público esencial de salud y facilitar las condiciones de acceso de toda la población a servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud POS, y en el Plan de Atención Básica PAB”, ley que fue modificada mediante la ley 1438 de 2011<sup>14,15</sup>.

El acuerdo 117 de 1998<sup>16</sup> y la resolución 412 de 2000<sup>17</sup>, “establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, adoptando las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. Igualmente, prescribe los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas.

El Anexo Técnico N° 1 de la Resolución N° 1043 de 2006, “Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”<sup>12</sup>. Por otra parte, la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial de 2007<sup>1</sup> fija el objetivo de

“Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica, brindar tratamiento y atender los factores de riesgos asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad”; además, define la hipertensión arterial como “un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino, los factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables”.

La Guía de Atención de la Hipertensión Arterial presenta el protocolo que establece las condiciones de toma de la presión arterial y evaluación clínica del paciente hipertenso; documentada por medio de la historia clínica, incluyendo aspectos fundamentales como la anamnesis, indagación y registro de factores de riesgos asociados (tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, ingesta excesiva de sal y grasas saturadas, sedentarismo y manejo inadecuado del estrés y uso de drogas sicoactivas); revisión por sistemas para identificar clínicamente lesiones de órganos blancos relacionados con estados hipertensivos, signos y síntomas clásicos de hipertensión, y estilos de vida del paciente; además, establece el protocolo de solicitudes de pruebas y laboratorio clínico de acuerdo con resultados del interrogatorio y exámenes clínicos entre los que se cuentan hemograma, hematocrito, parcial de orina, potasio, glicemia, creatinina sérica, perfil lipídico, potasio sérico, electrocardiograma, ecocardiograma y microalbuminuria<sup>1</sup>.

De acuerdo con lo anterior, se plantean dos tipos de tratamiento: Primero, el no farmacológico que se basa en brindar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular, aplicable a todo paciente como tratamiento único o como complemento de la terapia farmacológica, que permite obtener mejores efectos con dosis relativamente menores de medicamentos; y segundo, el tratamiento farmacológico, que no debe limitarse solo al control de los niveles de presión arterial, sino también enfocarse en el logro de una adecuada protección de órganos blancos y control de los factores de riesgo cardiovascular. Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta durante la atención a pacientes inscritos en los programas de prevención y control de hipertensión arterial<sup>1</sup>.

Ahora bien, el cumplimiento a cabalidad de los indicadores que constituyen un programa de prevención y control para la hipertensión arterial, daría sin lugar a dudas un adecuado manejo y una reducción ostensible del problema de las patologías hipertensivas y de las

enfermedades asociadas a dicha alteración. Para verificar su cumplimiento es necesario hacer una permanente y continua evaluación a dichos programas, que conduzcan a determinar el grado de efectividad, las condiciones de ejecución, y la asignación de recursos en el desarrollo de los mismos.

Al desarrollar el concepto de evaluación es importante revisar algunas definiciones existentes en la literatura que trata el tema. Montero<sup>18</sup> la define como una herramienta para la toma de decisiones; además plantea que sin ella no es posible identificar el aprovechamiento apropiado de recursos, si las acciones se realizan de acuerdo con lo planeado y si provocan los cambios deseados en las dimensiones de calidad de vida.

La Secretaría de Salud de México considera que “la evaluación constituye un poderoso instrumento para la toma de decisiones en todo el ciclo gerencial y es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas de la administración pública”<sup>19</sup>. Un programa de salud puede definirse como una serie sistematizada de procedimientos para llevar a cabo una actividad<sup>20</sup>, por ejemplo, el programa de hipertensión arterial en una institución de atención primaria en salud.

En concordancia con lo anterior, se desarrolló durante el año 2012 la presente investigación, que tuvo como objetivo evaluar el cumplimiento de la normatividad vigente en una entidad de salud de la ciudad de Santa Marta.

## Materiales y Métodos

Investigación evaluativa de corte transversal con enfoque cualicuantitativo, basada en la evaluación de los indicadores del programa de hipertensión arterial en una entidad de salud de la ciudad de Santa Marta. La población estuvo conformada por un total de 204 pacientes inscritos en el programa.

Los datos fueron obtenidos mediante un instrumento, titulado “*Cumplimiento de los indicadores del programa de Hipertensión Arterial*”, elaborado de acuerdo con la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup> y la resolución 1043 del 2006<sup>4</sup>, que contiene diez indicadores. La naturaleza estadística de los indicadores fueron variables dicotómicas, con frecuencia absoluta simple y frecuencia absoluta relativa, concordante con los niveles de cumplimiento diseñados para la valoración.



Los indicadores se distribuyeron de la siguiente forma: Indicador No. 1, Recurso Humano (cuatro requisitos); No. 2, Infraestructura Física (dos requisitos); No. 3, Dotación (seis requisitos); No. 4, Proceso de Atención (dos requisitos); No. 5, Referencia y Contrarreferencia (dos requisitos); No. 6, Historia Clínica (siete requisitos); No. 7, Diagnóstico (tres requisitos); No. 8, Tratamiento (tres requisitos); No. 9, Seguimiento al Paciente (dos requisitos); No. 10, Seguimiento a Riesgo en la Prestación del Servicio (tres requisitos).

Se empleó como método de recolección de información la observación directa que permitió evaluar el cumplimiento de los requisitos de habilitación relacionados con los indicadores uno al cuatro. Se hizo uso de análisis documental de registros clínicos consignados en las historias clínicas, que permitieron evaluar el cumplimiento de los indicadores de atención suministrada y consignada a cada paciente, pertenecientes a los ítems seis al diez. El procesamiento de la información se efectuó mediante la herramienta Microsoft Excel.

Para la calificación general del instrumento, se asignaron los siguientes valores según los niveles de cumplimiento del programa. Nivel 1: **No Satisfactorio**, que oscila entre el 0 % y el 50 % de cumplimiento. Nivel 2: **Satisfactorio**, entre el 51 % y el 80 %. Nivel 3: **Sobresaliente**, entre el 81 % y el 90 %. Y Nivel 4: **Destacado**, entre el 91 % y el 100 % de cumplimiento.

Para la realización de la investigación, además de los lineamientos legales mencionados, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas para la investigación en ciencias de la salud según la normatividad establecida <sup>21</sup>.

## Resultados

Para la evaluación, de los indicadores se contó con la aprobación de la Institución que participó en el estudio; los indicadores propuestos fueron de fácil evaluación y los resultados de los mismos pudieron ser obtenidos sin dificultades. Cabe anotar que el equipo interdisciplinario institucional estuvo dispuesto a atender todas las necesidades del grupo investigador, permitiendo el acceso a la información del programa. A continuación se presentan los hallazgos de la presente investigación:

**Recurso humano:** La Institución cuenta con el equipo interdisciplinario establecido por la norma para el desarrollo adecuado del programa, médico, psicólogo,

enfermera y nutricionista, obteniendo un nivel de **valoración destacado**.

**Infraestructura física:** El programa no cuenta con consultorio exclusivo para la atención, los pacientes son atendidos en un consultorio de consulta externa con un horario establecido para el programa. A pesar de ser un lugar ventilado e iluminado, no cuenta con los dos ambientes que establece la normatividad, lo que puede repercutir en el nivel de comodidad, privacidad y confianza del paciente; al cumplir el 50 % de los requisitos obtuvo un nivel de **valoración no satisfactorio**.

**Dotación:** Cuenta con la mayor parte de los elementos básicos para el funcionamiento del programa (83 %) **nivel sobresaliente**, faltando el glucómetro, dispositivo médico indispensable para el programa, ya que permite identificar factores de riesgo en la población objeto de estudio, considerando el riesgo de diabetes en los pacientes con hipertensión arterial.

**Proceso de atención:** Aunque el personal a cargo del programa de hipertensión arterial refiere la evaluación periódica del mismo, no se evidenciaron registros de dicha actividad, cuenta con una guía impresa de la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial, obteniéndose un valor de 50 % o nivel de evaluación **no satisfactorio**.

**Referencia y contrarreferencia:** Cuenta con mecanismos de referencia y contrarreferencia cumpliendo en un 100 % el indicador con un nivel de evaluación **destacado**. Es esta una fortaleza para el programa ya que el desplazamiento de pacientes a otras instituciones de salud de mayor nivel de atención es indicador de calidad, accesibilidad y eficiencia.

**Diseño historia clínica:** Este indicador cumple en un 100 %, correspondiendo a un nivel **destacado** ya que cuenta con historia clínica sistematizada, garantiza la confidencialidad de la misma y en el proceso de inducción al personal es incluida la capacitación sobre su manejo; además dispone de protocolo de seguridad de la información (*Backup*).

**Registro historia clínica:** La consignación de datos en la historia clínica evidenció un cumplimiento de 89 %, nivel de evaluación **sobresaliente**, con relación a datos de valoración del paciente (examen físico completo, manejo clínico y educación brindada y consignada), información completa sobre evolución de la enfermedad, índice de masa corporal, consignación

de factores de riesgos asociados (tabaquismo, alcohol, antecedentes familiares, obesidad entre otros). A pesar de que el diseño de la historias clínica es completo, no se consignan totalmente los datos que solicita, alterando la calidad del los registros.

**Diagnóstico médico:** Para el diagnóstico de la enfermedad, a pesar de que la prescripción de exámenes de laboratorio requeridos y las recomendaciones de seguimiento en casa se cumplen a cabalidad, no se clasifica la hipertensión de acuerdo con su complejidad, lo que se traduce en que todos los pacientes sean tratados con la misma prioridad obteniendo un cumplimiento de 52,5 %, nivel de evaluación *satisfactorio*.

**Tratamiento:** Este indicador obtuvo un nivel *satisfactorio* (66,66 %); cumple con requisitos de información sobre tratamiento por parte del médico al paciente y prescripciones de tratamiento farmacológico, pero no evidencia prescripción de tratamiento no farmacológico (educación sobre estilos de vida saludables, dieta y ejercicio, manejo de estrés).

**Seguimiento al paciente:** Un nivel *no satisfactorio* (50 %), aunque se cumple con la periodicidad de las consultas con médico general o enfermera, como lo establece la Guía de Atención evaluada; no se encontró evidencia del seguimiento a riesgos establecida por la educación brindada durante las consultas, situación inquietante ya que si no se intervienen los estilos de vida podrán presentarse complicaciones derivadas del manejo inadecuado de su cuadro clínico, repercutiendo en la calidad de vida, relaciones familiares, vida laboral y por ende aumento de la morbilidad; a esto se suma que el programa no tiene organizado un cronograma educativo a pacientes en actividades que fortalezcan e incentiven estilos de vida saludables.

## Discusión

Haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación y cumplimiento de la norma, no se encontraron hallazgos de que el programa hubiese sido sometido a un proceso de evaluación previo. Cabe resaltar que la evaluación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permiten identificar debilidades y fortalezas para la implementación de sus planes de mejoramiento continuo.

Montero<sup>18</sup> define la evaluación como una herramienta para la toma de decisiones; además, plantea que sin ella

no es posible identificar el aprovechamiento apropiado de recursos, si las acciones se realizan de acuerdo con lo planeado y si provocan los cambios deseados en las dimensiones de calidad de vida.

Por otro lado, la OMS<sup>2</sup> aconseja que para prevenir la hipertensión arterial hay que ejecutar estrategias poblacionales basadas en medidas de educación, y promover el aumento de la actividad física, ya que este no es solo un problema individual, sino que debe hacer parte de las instituciones prestadoras de salud. De la misma manera, la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup> establece que el tratamiento no farmacológico debe estar enfocado en la educación sobre estilos de vida y comportamientos saludables, e intervención de los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial y de la enfermedad cardiovascular.

Esta investigación revela que las estrategias planteadas por la OMS<sup>2</sup> y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup> en la IPS objeto de estudio, aunque tienen fortalezas, aún presentan debilidades tales como que no se evidencian las recomendaciones y tratamientos no farmacológicos sugeridos a la población hipertensa, como tampoco se contó con un cronograma de actividades educativas en temas prioritarios enfocados a la prevención de factores de riesgos asociados y estilos de vida saludables que contribuyan de manera significativa a la promoción de la salud disminuyendo así los factores de riesgo cardiovasculares. Esta situación es preocupante, pues si no se intervienen los estilos de vida de los pacientes que padecen hipertensión, estos presentarán complicaciones que pueden derivarse del manejo inadecuado de su cuadro clínico, repercutiendo en su calidad de vida, relaciones familiares, vida laboral y por ende en el aumento de los costos personales, familiares, sociales y económicos de los sistemas de salud.

Estas afirmaciones deben orientar la labor de la profesión de enfermería, coincidiendo con los aportes de López et al.<sup>11</sup>, quienes concluyen en su investigación que el trabajo de brindarle la educación a este tipo de pacientes es labor del profesional de enfermería.

Es de vital importancia resaltar dentro de esta investigación, que el programa de Hipertensión Arterial de la IPS objeto de estudio cuenta con un sistema de referencia y contrarreferencia con un 100 % de cumplimiento, permitiendo así el desplazamiento del paciente complicado a establecimientos con mayor capacidad de respuesta a las necesidades del paciente

y una atención de calidad y accesibilidad, garantizando eficiencia, oportunidad y eficacia.

A partir del reconocimiento de la hipertensión arterial como la condición patológica frecuente hoy en día, y según lo estipulado en la ley colombiana, toda entidad prestadora de salud debe ofrecer programas de promoción y prevención, con el fin de prevenir futuras complicaciones. Así mismo, las empresas prestadoras de salud deben garantizar la vigilancia y evaluación periódica de su adecuado desarrollo.

Por otra parte, es necesario modificar los procesos administrativos para ajustarlos a los requisitos de atención primaria, promoción y prevención, dentro de estos el programa de hipertensión arterial. Se recomienda garantizar la confidencialidad e intimidad del paciente durante la consulta, adecuando el espacio físico del consultorio donde se presta este servicio de acuerdo con la resolución 1043/2006<sup>12</sup>, garantizar a los pacientes la adecuada identificación de riesgo por medio de la clasificación de la presión arterial durante los controles, y diseñar un cronograma de actividades educativas, lúdicas, deportivas y recreativas para los pacientes inscritos en el programa.

También se recomienda repetir la evaluación del programa por medio de los indicadores aquí planteados, para realizar un estudio comparativo que permita observar el mejoramiento del programa; fortalecer los procesos administrativos de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las empresas promotoras de salud que deban cumplir con los requisitos de atención primaria, dentro de estos el programa hipertensión Arterial; garantizar el control y la aplicación de la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup> establecida por el Ministerio de salud, mejorando así la calidad de la atención a los pacientes asistentes al programa.

Se debe garantizar el control y la aplicación de los estándares de habilitación de la resolución 1043 del 2006<sup>12</sup> establecida por el Ministerio de la Protección Social y la demás normatividad que surja respecto al tema, mejorando así la calidad de la atención.

Igualmente, diseñar y desarrollar acciones, planes y programas de sensibilización conjuntos que permitan mejorar los aspectos preventivos en los programas a partir de la reglamentación vigente; continuar apoyando este tipo de investigaciones importantes para la gestión

del conocimiento en temas de interés en salud pública, permitiendo así la toma de decisiones acertadas y servir como material bibliográfico para futuros estudios que se desarrollen en este tema.

El programa de prevención diagnóstico y control de la hipertensión arterial, según el Anexo Técnico N° 1 de la resolución 1043 del 2006<sup>12</sup> y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial<sup>1</sup>, obtuvo un nivel de cumplimiento ponderado de 74,1 %, ubicándolo en un nivel de evaluación **satisfactorio**.

La evaluación realizada el programa de atención de la hipertensión arterial de acuerdo con el cumplimiento de la normatividad vigente en Colombia, permitió concluir que los indicadores que obtuvieron nivel de evaluación **destacado** (100 %) fueron Recurso Humano, Referencia y Contrarreferencia, y Diseño de Historia Clínica. Los que obtuvieron evaluación **sobresaliente** fueron Dotación (83 %), Registro de Historia Clínica (89 %). Por su parte, puntaje **satisfactorio** obtuvieron Diagnóstico (52.5 %) y Tratamiento (66.6 %). Finalmente, los que obtuvieron puntaje **no satisfactorio** fueron Infraestructura Física (50 %), Proceso de Atención del Programa (50 %) y Seguimiento al Paciente (50 %).

## Referencias Bibliográficas

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2007. Guía XIII de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en la Salud Pública. Atención de la Hipertensión Arterial. Tomo II. p. 163 [En línea]. [Consultado 10 julio 2012]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>
2. OMS. Enfermedades no transmisibles, Una carga económica y de salud para la Región. 2009. [En línea]. [Consultado 5 julio 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature49.htm>
3. Báez L, Blanco M, Bohórquez R, Botero L, Cuenca G, Roa N. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Colombiana de Cardiología. 2007;13(S1):195-206. [En línea]. [Consultado 23 julio 2012]. Disponible en: [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS\\_HIPERTENSION\\_ARTERIAL-2007.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL-2007.pdf)
4. Vázquez A, Macías I, Cordés L, Landrove o, Pérez D, Guerra J, et al. Evaluación del programa de prevención, diagnóstico y control de la hipertensión arterial. 1998. [En línea]. [Consultado 15 septiembre 2012]. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_1\\_99/mgi09199.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi09199.pdf)



5. Régulo C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. 2006. [En línea]. [Consultado 5 octubre 2012]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005)
6. Mejía R, Paniagua S, Valencia O, Ruiz G, Figueroa N, Roa S. Factores relacionados con el descontrol de la presión arterial. 2009. [En línea]. [Consultado 20 octubre 2012]. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2009/Julio%20Agosto/3arterial.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2009/Julio%20Agosto/3arterial.pdf)
7. Herrera R, Badiel M, Zapata H. Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004. *Rev. Colom. Cardiol.* [En línea]. 2009;16(4):143-152. [Consultado 28 octubre 2012]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-56332009000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332009000400002)
8. Coomeva EPS. Evaluación del programa de HTA y DM, Bogotá, Colombia. 2008. [En línea]. [Consultado 20 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.coomeva.com.co/disenno/elearning/SitePerfilEpidemiologicoEPSFinal/7.18.html>
9. Acero JR, Céspedes Y, Suarez LC. Sistematización del cuidado de enfermería en las prácticas clínicas de la Universidad Cooperativa de Colombia dentro del periodo 2007-2010, Implementación y evaluación. 2007. [En línea]. [Consultado 13 octubre 2012]. Disponible en: <http://bucaramanga.ucc.edu.co/biblioteca/archivos/ENFERMERIA/ENF%20090.pdf>
10. Aroca G, Podlesky E, Ortiz J, De la Hoz F, Fald E, Iglesias A, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en una población colombiana. Remolino, Colombia. Salud Norte [Revista en la Internet]. 1996;11(1):9-13. [Citado 12 octubre 2012] Disponible en: [http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Frcientificas.uninorte.edu.co%2Findex.php%2Fsalud%2Farticle%2Fdownload%2F4234%2F2606&ei=\\_E\\_wUfLVMoem9ASI3oGYCA&usg=AFQjCNH4S2aO4FkSnR5J\\_jp-SX1c5pk0yA&sig2=suw\\_TY0LKOgH6dVFwiFX3w&bvm=bv.49641647,d.eWU](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Frcientificas.uninorte.edu.co%2Findex.php%2Fsalud%2Farticle%2Fdownload%2F4234%2F2606&ei=_E_wUfLVMoem9ASI3oGYCA&usg=AFQjCNH4S2aO4FkSnR5J_jp-SX1c5pk0yA&sig2=suw_TY0LKOgH6dVFwiFX3w&bvm=bv.49641647,d.eWU)
11. López I, Arévalo L, Hernández Y. Nivel de conocimiento que poseen sobre su enfermedad los pacientes incluidos en el programa de hipertensión arterial de los centros de salud la Paz y Juan XXIII de la E.S.E Alejandro Prospero Reverend. 2011. (trabajo de grado). Santa Marta, Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Enfermería.
12. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006. [En línea]. [Consultado 23 julio 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
13. República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991. Artículos 48 y 49. [En línea]. [Consultado 28 julio 2012]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=96>
14. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1993. [En línea]. [Consultado 28 julio 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
15. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011. [En línea]. [Consultado 1 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
16. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 117 de 1998. [En línea]. [Consultado 1 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>
17. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0412 del 2000. [En línea]. [Consultado 23 julio 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/55409162/resolucion-412-de-2000>
18. Montero Rojas E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Rev. Población y salud en Mesoamérica* [En línea]. 2004;1(2): 1-16. [Consultado 5 agosto 2012]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>
19. México. Secretaría de Salud. Evaluación en el campo de la salud. [En línea]. [Consultado 10 octubre 2012]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco\\_campo.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/marco/marco_campo.htm)
20. Mézcua S, Salinero M (Coordinadores). Enfermería Comunitaria, organización funcional y modalidades de atención, cartera de servicios. Manual CTO Oposiciones de Enfermería. 2011. Madrid: CTO. Editorial. [En línea]. [Consultado 1 septiembre 2012]. Disponible en: [http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPN/Tema\\_20\\_OPE\\_NAVARRA.pdf](http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPN/Tema_20_OPE_NAVARRA.pdf)
21. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. [Consultado 10 diciembre 2012]. Disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

Para citar este artículo:

Pérez C, González G, Carrasquilla D, García E, Guarín E, Luna L, et al. Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. *Duazary*. 2014 Jun; 11(1): 14 - 21

