

# ACCESO AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 2008

*Cecilia Realpe Delgado\**  
*María Cecilia González Robledo\*\**  
*Consuelo Vélez Álvarez\*\*\**  
*María del Pilar Cerezo Correa\*\*\*\**  
*Alba Lucía Paz Delgado\*\*\*\*\**  
*Liliana Patricia Muñoz Sánchez\*\*\*\*\**  
*Liliana Quintero Álvarez\*\*\*\*\**  
*Silvia Clemencia Vélez Baena\*\*\*\*\**

Recibido en julio 31 de 2008, aceptado en noviembre 12 de 2008

## Resumen

Con esta investigación se evaluó el acceso de los usuarios con hipertensión arterial a las actividades de promoción y prevención del programa, para lo cual se realizó un estudio evaluativo, con una entrevista aplicada a una muestra de 403 hipertensos seleccionados aleatoriamente de las bases de datos de tres Empresas Promotoras de Salud (EPS), cuatro Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS) y la Secretaría de Salud, y a responsables de programas y profesionales de estas instituciones. Se realizó análisis univariado y multivariado que permitió la conformación de tres tipologías de pacientes. Se encontró que en Manizales los hipertensos se caracterizan por tener una edad promedio de 69,7 años, y ser el 55,6% del sexo masculino. El acceso al programa de hipertensión se caracteriza porque se tiene implementado el programa acorde con la guía con algunas diferencias entre instituciones, como existencia de clubes y estrategias de educación. Los hipertensos tienen garantizado el acceso potencial, evidenciándose una falencia en el suministro de medicamentos y en la oportunidad de la cita con el especialista, los pacientes asisten de manera oportuna a los controles, sin embargo la integralidad del programa se ve afectada por la inasistencia de la mayoría de éstos a las actividades grupales justificadas en razones como la oferta del programa, falta de tiempo y recursos económicos. La mayoría de los usuarios se encuentran satisfechos con la atención que reciben en los controles.

## Palabras clave

Acceso, hipertensión, promoción de la salud y prevención.

\* Enfermera, Especialista en Servicios de Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: cecilia.realpe@ucaldas.edu.co

\*\* Odontóloga, Magíster en Desarrollo con énfasis en Gerencia para el Desarrollo. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: mariacgrobledo@yahoo.com.mx

\*\*\* Enfermera, Doctora en Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. Secretaría de Salud Pública de Manizales. Miembro Comunidad Académica Cuerpo Movimiento. Manizales, Colombia. E-mail: cva@autonoma.edu.co

\*\*\*\* Odontóloga, Especialista en Salud Pública. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: mapice@autonoma.edu.co

\*\*\*\*\* Odontóloga, Especialista en Auditoría en Salud. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: balupa@autonoma.edu.co

\*\*\*\*\* Médica, Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia. E-mail: pato3720@gmail.com

\*\*\*\*\* Médica, Epidemióloga. Secretaría de Salud de Armenia. Armenia, Colombia. E-mail: lilianaquintero@hotmail.com

\*\*\*\*\* Gerontóloga. Secretaría de Salud de Armenia. Armenia, Colombia. E-mail: silviaclemenciavelez@hotmail.com

## ACCESS TO THE HYPERTENSION PROGRAM IN THE GENERAL SOCIAL WELFARE HEALTH SYSTEM, 2008

### Abstract

This paper presents the results of a research to evaluate the access of hypertensive users to the activities of the Promotion and Prevention Programs. This evaluative study was carried out through interviews applied to a population of 403 hypertensive patients selected at random out of three Health Promotion Entities (EPS by its initials in Spanish), four Institutions of Social Protection Health Promotion Centers (EPSS), the Health Secretary, and the people responsible for the programs and professionals from these institutions. Univariate and multivariate analyses were carried out, in order to construct three sets of patients. In Manizales, hypertensive patients have an average age of 69.7 years and 55.6% are male. Access to the hypertension program was characterized by the fact that the program is based on the norm, with some differences among institutions, such as the existence of clubs and educational strategies. Potential access to hypertensive patients is guaranteed, but the provision of medications and the opportunity to have appointments with specialists were found to be deficient. Hypertensive patients attend their individual check-ups, but their absence in group activities affects the integrality of the program. They justify their absence with lack of offers of the program, lack of time, and economic problems. Most users find the control session attention satisfactory.

### Key words

Access, hypertension, health promotion, prevention.

## ACESSO AO PROGRAMA DE HIPERTENSÃO NO SISTEMA GERAL DE SEGURIDADE SOCIAL EM SAÚDE, 2008

### Resumo

Com esta pesquisa se avaliou o acesso dos usuários com hipertensão arterial às atividades de promoção e prevenção do programa, para o qual se realizou uma pesquisa avaliativa, com uma entrevista aplicada a uma amostra de 403 hipertensos selecionados aleatoriamente das bases de dados de três Empresas Promotoras de Saúde (EPS), quatro Empresas Promotoras de Saúde do Regime Subsidiado (EPSS) e a Secretaria de Saúde, e responsáveis de programas e profissionais destas instituições. Realizou-se análise uni-variado e multivariado que permitiu a conformação de três tipologias de pacientes. Encontrou-se que em Manizales os hipertensos se caracterizam por ter uma idade média de 69,7 anos, e ser o 55,6% do sexo masculino. O acesso ao programa de hipertensão se caracteriza por que se tem implementado o programa acorde com a guia com algumas diferenças entre instituições, como existência de clubes e estratégias de educação. Os hipertensos têm garantido o acesso potencial, evidenciando se uma falência no subministro de medicamentos e na oportunidade do encontro com o especialista, os pacientes assistem de maneira oportuna aos controles, sem embargo a integralidade do programa se vê afetado por a não assistência da maioria destes às atividades grupais justificadas em razões como a oferta do programa, falta de tempo e recursos econômicos. As maiorias dos usuários se encontram satisfeitos com a atenção que recebem nos controles.

### Palavras chave

Acesso, hipertensão, promoção da saúde e prevenção.

## INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud engloba las condiciones que determinan el grado de uso de los servicios en el momento en que la población los necesita y durante el cual se requiere se den las condiciones para que la población acceda y reciba la atención solicitada. Es algo adicional a la mera disponibilidad o presencia del recurso en un cierto lugar y en un momento dado; comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales, (1). Según Frenk (2) es la presencia de los recursos para la atención en salud y su capacidad para producir servicios, más el conjunto de las características de la población que le permiten buscar y obtener la atención. Los autores coinciden en que se trata de un ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. Para Aday, Anderson y Fleming (3), el acceso puede ser definido como aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo de población al sistema de salud; describen tres niveles para el acceso: la política que incluye los lineamientos del sistema, objetivos y mecanismos para su logro; el acceso potencial que hace relación a las características del sistema y de la población en riesgo; y el acceso real referido a la utilización y satisfacción del usuario.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reglamentó los Artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, y estableció entre sus objetivos el de 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. También determinó que todo colombiano participará del servicio público esencial de salud en su condición de afiliado al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán

en forma temporal como participantes vinculados (4).

Para la implementación y desarrollo de la Ley 100 se originan Decretos, Acuerdos y Resoluciones que la reglamentan. Algunos de los relacionados con el acceso, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son: el Decreto 1011 (5), el Acuerdo 117 (6) y la Resolución 412 (7).

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la prestación de servicios de salud, define la calidad de la atención como la provisión de servicios accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y continuos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios (5).

El Acuerdo 117 (6), establece y define las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y la atención de las enfermedades de interés en salud pública. Define estas enfermedades, como aquellas que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial, tales como, las enfermedades infecciosas, las enfermedades de alta transmisibilidad y poder endémico, y las enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura, en este último grupo se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Además, hace énfasis en la responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) [hoy Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPSS) (7)] y Entidades Adaptadas, de administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, promover la utilización de los servicios descritos, así como facilitar el acceso a programas permanentes de atención de las enfermedades de interés en salud

pública; garantizar la prestación de los servicios de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención contenidos en las normas técnicas y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Por su parte, la Resolución 412 (7), adopta 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, establece los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las mismas. La guía de atención de hipertensión arterial tiene como objetivo, detectar tempranamente esta enfermedad, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte.

El acceso a los medicamentos y la disponibilidad de ellos en las IPS y ESE son parte esencial para el tratamiento y la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial. El acceso a medicamentos debe abordarse desde dos ángulos, la cobertura de la población y el listado de medicamentos del plan obligatorio de salud. Es sin duda, la afiliación al sistema el primer paso de acceso a medicamentos y, en un segundo momento, la disponibilidad de los medicamentos en las dosis apropiadas y durante el período de tiempo requerido (8).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen hoy en día el principal problema de salud en el contexto mundial. Según estimaciones de la OMS, aproximadamente el 60% de todas las muertes y el 43% del costo de las enfermedades son causados por ellas y se espera que aumenten al 73% de todas las muertes y al 60% de los costos totales de enfermedades para el año 2020 (9).

Las ECNT, de importancia capital para la región de América Latina, son en su orden: las enfermedades

cardiovasculares; el cáncer cervicouterino y de mama en mujeres, y de estómago y pulmón entre hombres; la diabetes, que afecta a 35 millones de personas y las lesiones que son la principal causa de muerte entre los varones, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes, representan la causa del 44,1% de las muertes masculinas y del 44,7% de las femeninas. Estudios referenciados por la OMS revelan que la prevalencia de la hipertensión oscila entre 14% y 40% en las personas de entre 35 y 64 años, pero casi la mitad de ellas no son conscientes de ello y, en promedio, sólo el 27% se controla la presión arterial (10).

En Colombia, las ECNT, por la morbilidad, la mortalidad, frecuencia, complicaciones que generan y los costos que ocasionan, ocupan un lugar preponderante en el perfil epidemiológico del país. La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 años y más es del 22,8% (11). Entre las primeras causas de mortalidad se encuentran las enfermedades del aparato circulatorio y la diabetes (12).

Estudios realizados en el país sobre acceso a servicios de salud, como el de Martínez, Rodríguez y Agudelo (13), muestran que los problemas de acceso y utilización de los servicios de salud tienen relación con los factores sociodemográficos y estructurales de la sociedad, pero también se relacionan con los factores inherentes a la estructura, organización y control del actual sistema de salud; el de Ramírez y cols. en Medellín (14), muestra que la información que reciben los afiliados de las ARS, hoy EPSS, respecto al plan de beneficios, deberes y derechos está por debajo del 60%.

En esta perspectiva, es evidente que la hipertensión arterial no sólo es un problema de salud pública en Colombia, sino que a pesar de que existen las políticas y herramientas para su prevención y control, sigue ocupando los principales lugares en el perfil de morbimortalidad, por lo tanto es necesario evidenciar qué es lo que está sucediendo para proponer acciones concretas para su manejo integral.

En el contexto anterior, la pregunta base para el desarrollo de esta investigación fue: ¿Cómo es el acceso de las personas con hipertensión arterial a las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Manizales? Evidencia recolectada durante los años 2007 y 2008.

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

Se realizó una investigación de tipo evaluativo.

### Marco muestral

#### *Pacientes*

El marco muestral estuvo constituido por todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, registrados en las bases de datos proporcionadas por cuatro EPSS y tres EPS con mayor número de usuarios y que aceptaron participar en el estudio, y por la Secretaría de Salud de la ciudad de Manizales.

### Muestra

#### *Pacientes*

El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y un valor de  $p=0,5$  (proporción de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial). La muestra fue de 403 pacientes. Se distribuyó proporcionalmente de acuerdo al tipo de régimen: contributivo, subsidiado y pobres no afiliados, y a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

La selección de los pacientes se realizó a través de un proceso de generación de números aleatorios con el programa Excel de cada una de las bases de datos.

#### *Responsables de los programas de promoción y prevención*

Se entrevistó al responsable del programa de promoción y prevención en cada institución seleccionada.

#### *Personas que realizan los controles*

Se entrevistaron 12 personas, entre médicos y enfermeras, que realizan los controles de hipertensión en las instituciones seleccionadas.

### Instrumentos

Se diseñaron tres cuestionarios para recoger la información: para los usuarios, para responsables de los programas y para las personas que realizan los controles. Todos fueron sometidos a una prueba piloto para ser ajustados.

### Consideraciones éticas

La investigación cumplió con lo estipulado en la Resolución 8430 del Ministerio de Salud, solicitando el consentimiento informado. Además se mantuvo la reserva de los nombres de las instituciones participantes y de las bases de datos.

### Procedimiento

Se realizó presentación del proyecto a los encargados de los programas de promoción y prevención de las IPS, EPSS y EPS, y a la Secretaría de Salud de Manizales, y solicitud de las bases de datos. Estandarización de las bases de datos en el programa Excel; eliminación de los registros incompletos y de las duplicidades. Selección aleatoria de los usuarios.

Posteriormente, se hizo selección y capacitación de los encuestadores, todos profesionales de la salud, a través de una sesión de discusión teórica para garantizar la calibración en la captura de los datos. El cuestionario de usuarios fue aplicado en el domicilio de cada persona. Las entrevistas a responsables de los programas y a las personas que realizan los controles fueron realizadas por los investigadores en cada institución.

## Procesamiento y análisis de información

Se realizó análisis univariado, utilizando el programa estadístico SPSS versión 12.

Para obtener una tipología o grupo de los hipertensos encuestados con respuestas comunes en las variables que fueron objeto de estudio e identificar las características y las diferencias entre los grupos, se utilizó el análisis de clasificación jerárquico que emplea el Método de Ward (método de varianza mínima), habitual cuando se realiza la clasificación sobre factores, permitiendo unir en cada paso los dos grupos cuya fusión suponga el menor incremento de la varianza, es decir, que garantiza la máxima homogeneidad.

## RESULTADOS

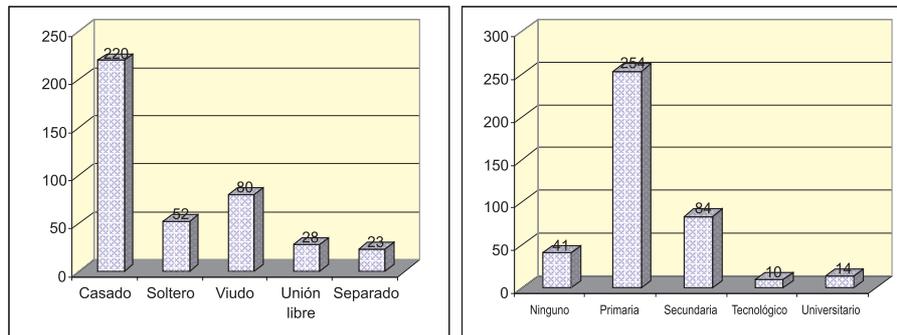
### Usuarios

#### Características sociodemográficas

La edad promedio de los usuarios es 69,7 años, con una desviación de 14 años.

El 44,4% de los usuarios pertenece al sexo femenino. El mayor porcentaje (54,6%) se encuentra casado, y el 63% ha realizado estudios de primaria (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución de los usuarios hipertensos según el estado civil y el grado de escolaridad, Manizales 2008**



El 34,8% pertenece a los estratos 1 y 2, el 47,6% al estrato 3, el 10,9% al estrato 4, el 7% al estrato 5 y el 4% al estrato 6. El 82% recibe un salario mínimo o menos.

De acuerdo con el tipo de afiliación al SGSSS, el 29,8% pertenece al régimen subsidiado (EPSS) y el 67,5% al régimen contributivo (EPS).

#### *Servicios de actividad física en el sector donde vive*

Al preguntar a los usuarios si en el sector donde viven existe algún sitio para hacer ejercicio, el 48% responde que sí. El 39% reconoce la existencia de parques, el 30% de canchas deportivas y, los demás, de salones comunales y zonas verdes.

De acuerdo con la información de los usuarios, el 12,9% conoce de programas existentes para realizar ejercicio en el sector de residencia, financiados en su mayoría por la alcaldía o el departamento (32,7%). Únicamente 15 usuarios dicen asistir a estas actividades.

#### Servicios en la institución de salud

##### *Clubes de salud o hipertensión*

Al preguntar a los usuarios si conocen de la existencia de club de la salud o club de hipertensos en la institución de salud a la cual asisten, el 22,1% responde afirmativamente, el 39% no sabe. De los 89 usuarios que conocen de la existencia

del club, solo 17 asisten y 6 refieren que el club se reúne semanalmente, 5 quincenalmente y 5 mensualmente. Entre las actividades que realizan mencionan: ejercicio, yoga, charlas, educación y control de los signos vitales. En su mayoría 14 están satisfechos con las actividades que realizan porque aprenden, se entretienen y no cobran, hacen gimnasia, son muy buenos, se distraen, hay compañerismo, es dinámico y divertido.

Los que no asisten argumentan razones como: falta de tiempo, pereza, falta de recursos económicos, no lo han invitado, queda lejos, enfermedad, no le gusta y porque se acabó.

### **Programa de Hipertensión**

El 21,8% de los usuarios responde que asiste a actividades programadas de educación sobre la enfermedad, actividad física y recreación, entre otras; los beneficios que reconocen por ello son: acceso a medicamentos y exámenes de laboratorio; las razones de quienes no asisten a este tipo de actividades son: 9,9% dice que no hay programa en la institución, 62,1% no lo han invitado, 5,4% falta de tiempo, y el porcentaje restante razones como: queda lejos, problemas de salud y falta de recursos económicos.

Pero, un alto porcentaje (91,8%) asiste a todos los controles de la hipertensión a que es citado en la institución de salud y, de ellos, el 86,8% ha quedado satisfecho con la atención. Los que no han quedado satisfechos mencionan razones como: “acelere de los médicos”, “cuando reclamo los medicamentos no los hay”, “difícil comunicarse y pedir la cita”, “el doctor no me habla de nada”, “la atención es mala y no mandan los exámenes”, “le toca comparar los medicamentos”, “la atención es muy rápida”, “me toca esperar mucho”, “no encuentran las historias” y “solo formulan y yá”. Los que no asisten a todos los controles argumentan razones como: “altos costos”, “dificultad para la cita”, “le dio rabia porque los exámenes salieron mal”, “mantiene muy enfermo y no puede moverse”, “me sale muy caro”, “no consigo cita”, “no me

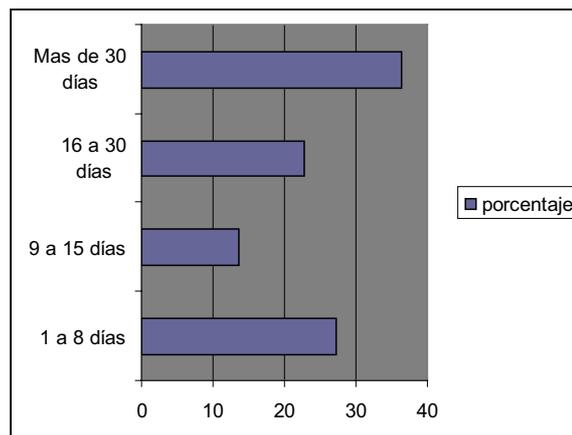
llaman”, “en urgencias le toman la presión”, “el servicio es malo, no dan ni la droga”, “por el trabajo”, “sólo asiste a las citas médicas por los medicamentos”, “sólo va cuando se siente mal” y “va al médico particular”.

Acerca de la persona que realiza los controles, el 92,3% refiere que lo hace el médico, el 5,2% la enfermera, y el 0,5 el médico y la enfermera. De los usuarios que asisten a controles, entre el 88% y el 95% reciben información de los factores de riesgo relacionados con su enfermedad.

### **Atención de especialista**

Al 27,3% de los usuarios lo han remitido al especialista. La mayoría de ellos (41,8%) al cardiólogo, y al internista 36,4%. Los otros especialistas a los que han sido remitidos son: oftalmólogo, nefrólogo, urólogo, cirujano, vascular y psicólogo. En relación con el número de días que debieron esperar los usuarios para la atención, se encontró que el 27,2% esperará entre 1 y 8 días, y el 36,3% más de un mes (Gráfica 2).

**Gráfica 2. Distribución de los usuarios hipertensos según el número de días que se demoró la cita con el especialista al que ha sido remitido, Manizales 2008**



Entre los que han sido remitidos, el 52,7% considera que la cita no fue oportuna. Las razones que les dieron en la institución de salud fueron: “no hay esa especialidad”, “el médico está en vacaciones”, “muchas gente esperando para la cita”, “no hay contrato con especialista”, entre otras. Se resalta que 25 de los usuarios aun después de que su cita se demoró más de 8 días la consideran oportuna.

### **Accesibilidad a la IPS o EPS**

El 40% de los usuarios se desplaza en bus hasta el centro de atención para asistir al control, el 21% en taxi y el 33% caminando. El 56,6% se demora entre 5 y 15 minutos (Tabla 1).

**Tabla 1. Distribución de los usuarios hipertensos según el tiempo se demora desde su casa al sitio de atención para el control Manizales 2008**

Tiempo para llegar al centro de atención	número	porcentaje
1 a 15 minutos	227	56,6
16 a 30 minutos	126	31,4
31 a 60 minutos	47	11,7
Más de 60 minutos	1	0,24
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100</b>

Al 35,7% de los usuarios le asignan la cita una vez sale del control, el 47,1% llama por teléfono y los demás van a la institución de salud o los llaman.

### **Conocimientos del paciente frente a su enfermedad**

Al preguntar a los usuarios si conoce el tipo de hipertensión que tienen, 57% responde afirmativamente. De esta proporción el 45,6% menciona que tiene hipertensión leve, el 27,1% moderada y el 26,3% severa. Tres de cada 10 usuarios refieren conocer qué les causó la enfermedad: dieta, herencia, hábitos y estilo de vida, y factores biológicos, entre otros.

Al preguntar si la enfermedad se puede curar o controlar, el 80,6% refiere que se controla, el 3,5%

que se cura y los demás no saben. De los usuarios que refieren que la enfermedad se controla, la mayoría lo atribuye a los medicamentos, la dieta y el seguimiento a las recomendaciones terapéuticas.

El 21,8% de los usuarios refiere saber qué órganos tiene afectados por la enfermedad y el 20% lo desconoce. Los más mencionados son: el corazón (59%), el cerebro (13,6%), la retina (10,2%) y el riñón (4,5%).

En relación con las fuentes a través de las cuales reciben información acerca de la enfermedad, la mayoría (86,4%) identifica a la institución de salud, seguido por la televisión (21%). Algunos usuarios mencionan otras fuentes como: radio, familiar, vecino, periódicos, Internet y revistas. Los cuidados que los usuarios practican de los recomendados por el personal de salud son: el ejercicio, la dieta y toma de los medicamentos; de los recibidos por otras fuentes son: el uso de bebidas caseras, el ejercicio y la dieta.

Los pacientes reconocen estar tomando medicamentos para la hipertensión como: verapamilo, enalapril, captopril y metoprolol, entre otros; sin embargo, varios mencionan medicamentos que no son específicos para esta enfermedad, y otros no recuerdan los nombres, simplemente mencionan las pastas por su tamaño o por el color.

El 45,4% de los usuarios responde que siempre le han entregado los medicamentos y el 6,7% refiere que nunca le fueron entregados los medicamentos inmediatamente salió del control, los otros mencionaron que algunas veces. Entre los medicamentos que no fueron entregados a tiempo mencionan todos los indicados para la hipertensión. La razón más frecuente para no entregarlo fue: “porque no había”, o “porque no es del POS”.

El tiempo que debieron esperar para recibir el medicamento fue: entre 1 y 8 días el 17,7%, entre 9 y 15 días el 14,5%, entre 16 días y un mes el

36,8%, los demás usuarios debieron esperar más tiempo o no volvieron a reclamarlos.

De los usuarios a quienes no les entregan a tiempo los medicamentos, el 90,7% los compra, el 6% los deja de tomar y el 2,3% espera. El 4,2% de los usuarios refirió haber tenido complicaciones por falta del medicamento.

Respecto a los exámenes de laboratorio, el 90% respondió que le fueron ordenados. Los exámenes ordenados con mayor frecuencia fueron: parcial de orina, glicemia, perfil lipídico, cuadro hemático, creatinina y electrocardiograma. Aproximadamente la tercera parte de los pacientes respondió examen de sangre. La frecuencia para formular los exámenes ha sido 6 meses (28,8%) y 12 meses (34%). El 98,3% se ha realizado todos los exámenes ordenados, estos han sido cubiertos por el régimen de seguridad social en salud al que pertenece, sólo el 6% de los usuarios afirmó haberlos cancelado con recursos propios.

### ***Existencia del programa***

Se indagó por la existencia del programa y se identificó que en una de las instituciones con mayor número de usuarios no se cuenta con él, los pacientes son atendidos a través de los controles con el médico.

Todas las EPS y EPSS cuentan con registro de los pacientes y prestan la atención a través de instituciones habilitadas, propias y contratadas. Realizan seguimiento al programa utilizando diferentes estrategias, entre éstas se encuentran: visitas de campo, interventorías, revisiones de historias clínicas, seguimiento a usuarios, solicitud de informes mensuales, seguimiento de metas, verificación de adherencia a normas y guías y encuestas de satisfacción; es de anotar que no existe unificación en las estrategias utilizadas, éstas se usan acorde con la disponibilidad que existe en cada EPS y EPSS y a la organización interna de cada proceso.

Cada una de las EPS y EPSS informa que le exigen a las IPS el cumplimiento y compromiso con normas y guías en la ejecución del programa; sin embargo, se evidencia en las respuestas que tampoco existe unicidad en estos procesos. Con relación a la contratación de profesionales para el desarrollo específico del programa de hipertensión, las diferentes aseguradoras cuentan con personal específico para el desarrollo del programa; se resalta cómo una de las EPSS cuenta con promotoras que realizan seguimiento directo a los pacientes.

### ***Profesionales que realizan los controles***

Los profesionales que realizan la actividad tienen diferentes tipos de contratación. Todos los entrevistados refieren seguir las guías de atención para hipertensión, algunas diseñadas por la misma institución, así como indagar sobre factores de riesgo, enseñanza de estilos de vida saludables, diagnóstico de la hipertensión a través de lesión de órgano blanco y cifras tensionales, además de formular los exámenes de la guía, existiendo diferencias en los exámenes de laboratorio ordenados; llama la atención que los exámenes no comunes son: cuadro hemático, potasio sérico y electrolitos, entre las razones expresadas están el primero no es propio para hipertensión y los otros dos no son de primer nivel; existen diferencias relevantes respecto a la frecuencia con que realizan los controles comparado con lo establecido en la guía.

Los profesionales orientan a los pacientes que diagnostican para que éstos se inscriban en el programa, dado que reconocen las bondades del seguimiento que se realiza en éste. Los profesionales califican el compromiso de las EPS y EPSS con el programa entre bueno y regular, resaltan que se cuenta con los recursos para el desarrollo del mismo, pero que las aseguradoras hacen la contratación, y algunas veces no realizan el seguimiento en la ejecución de éste.

Los profesionales evidencian que el compromiso de los pacientes con el programa está entre bueno y regular, pero que existe diferencia entre la evolución que hay en el paciente que asiste al programa y el que no lo hace. Esta información coincide con lo expresado por los usuarios.

### Análisis de clasificación

Se procedió a construir el árbol de clasificación jerárquico para el conjunto de variables seleccionadas. Sobre él se realizaron dos particiones proporcionando 3 y 4 clases respectivamente. La longitud de las ramas nos indicó que una buena idea sería obtener tres clases.

### Obtención de una partición

Una vez elegido el número de clases se obtuvo la partición y los indicadores de la homogeneidad de las clases obtenidas.

La partición del árbol en tres clases proporcionó unas clases compuestas por 260, 40 y 103 personas respectivamente. En la Tabla 4 se recogen las inercias de cada una de ellas y sus distancias al centro de gravedad de la muestra.

La clase más homogénea y pequeña es la segunda (inercia 0,0527), y la primera, la más heterogénea y grande de todas (inercia 0,3517). Sin embargo, la tercera clase es la que está más próxima a la inercia promedio.

**Tabla 2. Descomposición de la inercia**

Inercias	Inercias	Efectivos	Distancias
Ínter-clases	0,2107		
Intra-clases			
Clase 1	0,3517	260	0,0595
Clase 2	0,0527	40	0,8581
Clase 3	0,1888	103	0,3411
<b>Total</b>	<b>0,8039</b>		

Las tres clases obtenidas se proyectaron (como elementos ilustrativos) sobre el plano factorial representándolas por los puntos: clase 1, clase 2 y clase 3, lo que permite observar sus posiciones relativas.

En la Tabla 3 se pueden observar las coordenadas de las clases sobre los ejes factoriales y sus valores-test. Todas las clases tienen coordenadas significativas sobre los dos primeros factores, lo cual indica que se puede interpretar la posición de los individuos sobre el primer plano factorial.

**Tabla 3. Coordenadas y valores-test sobre los ejes factoriales**

Clases	Valores-test		Coordenadas	
	Eje 1	Eje 2	Eje 1	Eje 2
Clase 1	14,9*	-4,7	0,21	-0,06
Clase 2	-0,4	16,8	-0,02	0,84
Clase 3	-16,1	-6,4	0,53	-0,18

\* Valores-test > 2,00

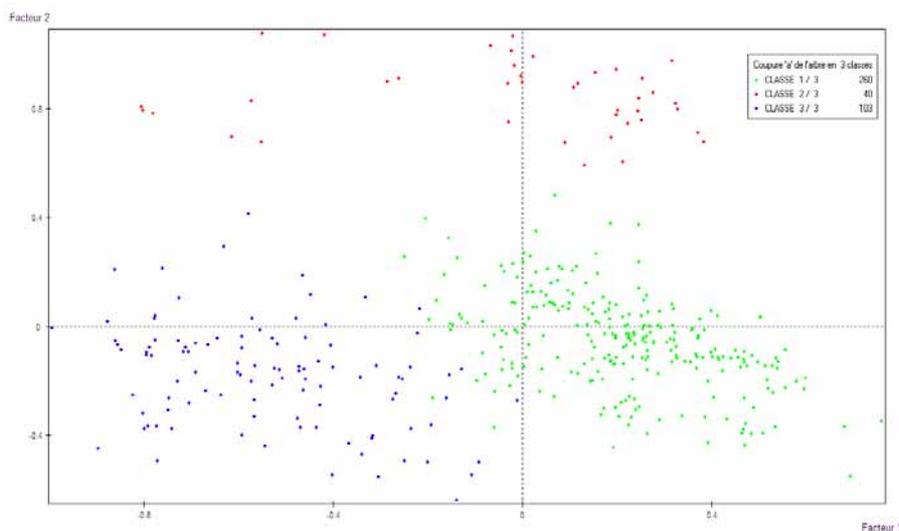
### Descripción de las clases

La descripción se basó en las categorías y en las variables más características de las clases. Una categoría es característica de la clase si abunda más en esta que en el resto de la muestra, y una variable es característica si la media en la clase es superior a la media en la muestra (Gráfica 3).

#### La clase 1

Es la clase más numerosa, contiene el 64,5% de la muestra. Se sitúa en el cuarto cuadrante. Es un grupo en donde predominan las mujeres, con edades entre los 45 y 59 años; son de estrato 2. Son separadas o en unión libre. Están afiliadas a una EPSS. Les han mandado y se han realizado todos los exámenes ordenados en el control.

**Gráfica 3. Plano de los individuos según las clases obtenidas**



A la pregunta de “cada cuanto le mandan exámenes para el control de la hipertensión” estarían en el grupo “entre 6 y 12 meses”. Una enfermera les hace los controles. No son remitidas donde el especialista. Se desplazan caminando hasta el sitio donde les hacen los exámenes. Desconocen la parte del cuerpo que tienen afectada por la enfermedad. En el último año siempre les han entregado los medicamentos y no han tenido complicaciones por la falta de ellos. Se demoran en promedio entre 1 y 15 minutos desde su casa al sitio de atención para control.

#### *La clase 2*

Contiene al 9,9% de la muestra. Son personas entre los 80 y 89 años de edad, con salarios inferiores a un mínimo. No les mandan exámenes cuando asisten a control; esperan más de un año para que les manden exámenes para el control de la enfermedad. No han quedado satisfechos con los controles realizados. Refieren que la enfermedad se puede curar. En el último año nunca les entregaron todos los medicamentos, y debieron esperar entre

1 y 4 días para que se los entregaran. Desconocen la parte del cuerpo que tienen afectada por la enfermedad.

#### *La clase 3*

Contiene el 25,6% de la muestra. Se sitúan en el tercer cuadrante del plano factorial. El perfil de los individuos de esta clase se caracteriza por ser de estratos 4 y 5, de edades entre los 70 y 74 años. Consideran que las citas se asignan oportunamente y las citas son solicitadas por vía telefónica. Usan el taxi como medio de transporte al sitio donde los atienden. Asisten a especialistas como internistas y cardiólogos; saben de la parte del cuerpo que está afectada; les mandan exámenes cuando asisten a control; son las EPS las que cubren los costos. Asisten mensualmente a citas médicas; son conocedores del tipo de hipertensión que tienen; y 7 de cada 10 personas de este grupo manifiestan que han tenido complicaciones por falta del medicamento. Saben qué les causó la enfermedad. Conocen del tipo de hipertensión que tienen y admiten que es severa.

## DISCUSIÓN

Al revisar los resultados a la luz del referente conceptual planteado por Donabedian (1), Frenk (2) y Aday y Anderson (3) se pudo corroborar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene claramente definida la política, los objetivos y las normas y guías para la atención de los pacientes hipertensos. Respecto al acceso potencial, éste se evidencia en que la mayoría de las EPS y EPSS tienen establecido y ejecutan el programa con algunas limitaciones en lo referente a la entrega de medicamentos y en la oportunidad de la atención por especialista.

La mayoría de los usuarios resalta la importancia de los controles, ligada a la entrega de medicamentos y orden de laboratorio manifestando además satisfacción con éste, sin embargo, no le da la misma relevancia a las actividades encaminadas a fortalecer los hábitos saludables.

Con relación a las características sociodemográficas de los usuarios con hipertensión en la ENDS del 2007 (11), el porcentaje de hipertensión arterial se incrementa con la edad, siendo mayor en el grupo de 60 a 69 años; según el sexo en todos los grupos de edad es mayor la proporción de hipertensión en los hombres, llama la atención que esta diferencia se disminuye a medida que aumenta la edad; en el presente estudio se encontró que el 54% de los hipertensos se encuentra entre los 70 y los 84 años de edad, con lo cual se podría decir que la cifra de hipertensos reportada en la ENDS podría ser más alta, ya que únicamente se determinó hasta los 69 años.

Respecto al sexo, la ENDS (11) encontró que el porcentaje general de hipertensión arterial es mayor en los hombres; en el presente estudio se encontró que es mayor en las mujeres hasta los 69 años, y en los hombres a partir de los 70 años.

Se observó una marcada diferencia según régimen de afiliación de los pacientes hipertensos entre

el nivel nacional y Manizales, ciudad en la cual el 67,5% es del contributivo. De acuerdo con la ENDS, a nivel nacional los hipertensos del régimen contributivo son 22,8%, del subsidiado 24,6%, de régimen especial 24,1% y no afiliado 18,6%.

En este estudio los niveles educativos predominantes (84,6%) fueron primaria y secundaria, lo que coincide con los resultados del ENFREC II (Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) del Ministerio de Salud de Colombia, 1999, el cual reportó la prevalencia más alta en personas con menor nivel educativo, y en los grupos socioeconómicos bajos (15).

Los estilos de vida saludables contrarrestan los factores de riesgo, son una estrategia para mejorar la calidad de vida de la población (16, 17), sin embargo, la evidencia sobre programas efectivos y culturalmente apropiados para fomentar la disminución de estos factores de riesgo es limitada (18). En este estudio se encontró que solo 4 de cada 10 hipertensos refieren disponer en el lugar donde viven de sitios para realizar ejercicio, y únicamente el 3,7% utiliza estos lugares, lo que podría poner de manifiesto que no se dispone de la infraestructura suficiente en los barrios, la cual facilitaría la práctica de actividad física y ésta a su vez, practicada de manera regular sería de beneficio para la salud de las personas, pues disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (19); por otra parte, hace falta más conocimiento e interés de los usuarios acerca de la importancia de practicar estilos de vida saludables para controlar la enfermedad.

Con base en el Acuerdo 117 (6) y la Resolución 412(7), es responsabilidad de las EPS y EPSS garantizar la prestación de servicios y proporcionar la información necesaria acerca de las actividades de promoción y prevención, por lo tanto, llama la atención que únicamente el 21,8% de los hipertensos asiste a algunas actividades del programa tales como: educación en salud,

ejercicio físico y recreación, entre otros, la mayoría de ellos desconocen la existencia de tales actividades; al contrario, el 91,8% asiste a todos los controles. Las razones de quienes no asisten a las actividades grupales del programa son de índole económico (20), de tiempo y de la no existencia de estas actividades en una institución; el aspecto económico podría estar relacionado con los costos de desplazamiento ya que las actividades del programa son completamente gratuitas. Un poco más de la mitad de los pacientes, tiene conocimiento acerca de la enfermedad y desconoce los derechos, deberes y funcionamiento del programa, lo que podría repercutir negativamente en el auto cuidado, en posibles complicaciones y hasta en la deserción de los pacientes (21).

El factor más preocupante respecto al acceso, es el de los medicamentos ya que el 54,6% de los pacientes no los recibe oportunamente, situación persistente en el tiempo según otro estudio realizado en Manizales (22), y el tiempo que debe esperar supera en algunos casos los 30 días, lo que podría generar posibles complicaciones, ya que la falta de continuidad del tratamiento farmacológico puede desencadenar lesión a órganos blanco (23, 24). Esta situación también es reconocida por las personas encargadas de realizar los controles en dos de las instituciones prestadoras del servicio.

En alguna medida, los resultados evidencian la falta de unificación en el proceso de planeación o gestión de las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud en lo relacionado con el cumplimiento de la normatividad existente de promoción y prevención en la ENDS 2007 (11); se evidenció falta del conocimiento de la guía de hipertensión arterial.

### Limitaciones del estudio

- Se partió de la población con diagnóstico de hipertensión arterial, lo cual tiene implicaciones en el análisis del acceso potencial ya que el usuario una vez diagnosticado ya puede acceder al programa.

- La generalización de los resultados con respecto a la variable régimen de afiliación a la seguridad social debe ser analizada teniendo en cuenta el origen y la calidad de las bases de datos.

## CONCLUSIONES

- En su gran mayoría, las instituciones de salud tienen implementado el programa acorde con la guía, existiendo algunas diferencias respecto a aspectos como: frecuencia de controles, persona que realiza el control y constitución del programa de manera integral y con equipo de Salud.
- El SGSS del municipio de Manizales tiene garantizado el acceso potencial al programa de hipertensión en los aspectos esenciales como: profesionales que realizan los controles, exámenes de laboratorio, educación sobre factores de riesgo, evidenciándose una falencia en el suministro de medicamentos.
- En cuanto al acceso real, los pacientes asisten de manera oportuna a los controles individuales, sin embargo la integralidad del programa se ve afectada por la inasistencia de la mayoría de éstos a las actividades grupales encaminadas básicamente a fortalecer los hábitos saludables.

## RECOMENDACIONES

Las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben garantizar el suministro oportuno de los medicamentos para favorecer la continuidad del tratamiento y la prevención de complicaciones de la enfermedad.

## AGRADECIMIENTOS

Los investigadores agradecen a la Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de Caldas, Fundación Universitaria del Área Andina, Secretaría de Salud de Armenia, Secretaría de Salud de Manizales y a Colciencias, por el apoyo que hizo posible la realización de este proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. Aspects of Medical Care. Administration. Cambridge, Harvard University Press; 1973.
2. Frenk J. “El concepto y medición de la accesibilidad”. *Salud Pública de Mexico*.1985;27(5):438-453.
3. Aday, LA, Andersen R, Fleming GV. *Health Care in the U.S.: Equitable for Whom?* Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1980 25-45.
4. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Art. 151.
5. República de Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1011 de 2006.
6. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1997.
7. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000.
8. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 228 de 2002. Bogotá.
9. OPS. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano. Cien años de historia 1902-2002*. [http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/opsestado100\\_print.htm](http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/opsestado100_print.htm)
10. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles una carga económica y de salud para la región*. <http://www.paho.org/spanish/DPI/100/feature49.htm>
11. Colciencias-Ministerio de la Protección Social. Unión Temporal SEI s.a. - Pontificia Universidad Javeriana, Observatorio de Salud Pública de Santander. *Encuesta Nacional de Salud-ENDS; 2007*.
12. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2006*.
13. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. *Equidad en la política de la reforma del sistema de salud*. *Rev Salud Publ*; 2001; 3:19-39.
14. Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. *Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín*. *Colomb Med*; 2001; 32: 10-13. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol32No1/cobertura.html>
15. Ministerio de Salud. Colombia. *II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas ENFREC II. Tomo III: Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y prácticas en hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal; 1999*.
16. Presidencia de la República. Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública; 2007.
17. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia Instituto de Investigaciones Públicas. *Guía de Atención de Hipertensión arterial; 2007*.
18. Ortega J. *Intervenciones Preventivas para el Manejo de la Hipertensión Arterial en Colombia 1998-2005*. *Rev. Salud Pública*; 2008; 10(2).
19. Robledo R. *Características socioculturales de la actividad física en tres regiones de Colombia*. *Rev. de Salud Pública*. 2006; 8(sup.2): 13-27.
20. Ramírez MC, López MV, Gaviria DL. *Diagnóstico participativo de salud en usuarios de un Programa de hipertensión arterial*. *Invest. educ. enferm*; 2006; 24(1): 16-25.
21. Soto V, Zavaleta S, Bernilla J. *Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial*. Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” EsSalud, Chiclayo 2000. Oficina de Epidemiología y Programas de Salud HNAAA, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

22. Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y en las Administradoras del régimen subsidiado. Manizales, Colombia. 2001- 2002. Colombia Médica; 2002; 33(3): 102-107.
23. Cediel RA, Casasbuenas J, Cediel J, Cifuentes C. Medicina Interna. Del síntoma a la enfermedad. Guías para estudio y manejo de pacientes. Colombia: 6ª ed; 2005. ISBN: 958-9327-22-2. 263.
24. Harrison. Principios de medicina Interna. México DF: 16ª ed, Mc. Graw Hill; 2006; ISBN: 970-10-5167-X. 1627.