

EVALUACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO A INDICADORES DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CLÍNICA ASSBASALUD LA ENEA (ESE) 2004-2007

ÁNGELA MARCELA ARIZA LEÓN*, JOSÉ JAIME CASTAÑO CASTRILLÓN FIS M.Sc.**,
DIANA MARIA GARCÍA GONZÁLES*, JOSÉ FERNANDO GIRALDO M.D.***, JUAN DAVID HOYOS RESTREPO*,
NÉSTOR MAURICIO LEZAMA VELÁSQUEZ*, JORGE ALEJANDRO MENDOZA ALVARÁN*,
TATIANA MURILLO MOLINA*, LUÍS FELIPE OSORIO MEJÍA*, ROSA MARÍA PEDROZO CASTILLO*.

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad de la historia clínica del programa de hipertensión arterial en los pacientes inscritos en la clínica la ENEA de ASSBASALUD ESE (Centros urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, Empresa Social del Estado, Manizales, Colombia) entre los años 2005-2007.

Materiales y métodos: El estudio aplicado fue de corte transversal y se ejecutó revisando las historias clínicas de los pacientes hipertensos que asisten al programa de seguimiento de la hipertensión arterial en la clínica mencionada. Se estudiaron variables como: edad, escolaridad, seguridad social, sexo, tarjetas elaboradas, asistencia al programa, asistencia al control, historia clínica, órgano blanco, guías de atención.

Resultados: En las historias clínicas no aparece registrado el dato de escolaridad (94,5%), en la revisión del órgano blanco, se encontró solo en 177 (77%), valorado el órgano blanco riñón, el corazón en 116 (53,5%) pacientes, y la retina en 64 (29,5%). Además 92,6% de los pacientes tenían diligenciadas sus tarjetas de control, solo el 39,6% asisten a los controles. Conclusiones: La mayor falencia en la evaluación del paciente hipertenso es cómo se enfocan a estos pacientes en los niveles de atención básica que lleva a un seguimiento erróneo.

Palabras claves: historia clínica del paciente, hipertensión, calidad de la atención de salud, salud pública, evaluación de procesos y resultados (atención de salud).

Arch. Med. (Manizales) 2009; 9(1): 35-42

* Estudiante X semestre, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Caldas, Colombia.

** Profesor Titular, director Centro de Investigaciones Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Caldas, Colombia, Cra 9 # 19-03. Correo : jcast@umanizales.edu.co,

*** Docente Semiología, Facultad de Medicina, Universidad de Manizales, Caldas, gerente Clínica ASSBASALUD ESE, La Enea, Carrera 36 No 98-05.

Remitido para publicación: 16-02-2009. Aprobado para publicación: 02-03-2009

Medical records evaluation of hypertensive patients according to indicators of quality of the hypertension program, ASSBASALUD Enea (ESE) clinic 2004-2007

Summary

Objective: To assess the quality of the medical records of the program of hypertension in patients enrolled in the clinical ENEA ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia) between the years 2005-2007.

Materials and methods: A cross-sectional study was carried out in the medical records of patients with hypertension attending the monitoring program for hypertension in the ASSBASALUD ESE Enea clinic. Variables such as age, education, social security, gender, drawn up cards, program assistance, assistance to control, medical history, target organ, attention guides were considered.

Results: The data of schooling is not reported in the medical records (94,5%). The target organ kidney are found only in 177 (77%), the target organ heart in 116 (53,5%) patients, the retina in 64(29,5%) patients. 92,6% of patients had conducted their control cards, only 39,6% are attending the controls. **Conclusions:** The greatest failure in the assessment of hypertensive patients is how to focus these patients in the levels of basic care that leads to a wrong track.

Keywords: medical records, hypertension, quality of health care, public health, outcome and process assessment (health care).

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es considerada un problema de salud pública mundial que afecta alrededor del 20% de la población adulta de la mayoría de los países ⁽¹⁾. Framingham sugiere que individuos normotensos a los 55 años tienen un riesgo de 90% de desarrollar HTA.

De otra parte, el Dr. Gabriel Robledo K, en su artículo Control efectivo de la HTA: ¿Cómo lograr las metas?, sostiene que menos del 20% de los hipertensos con enfermedad cardiaca asociada cumple los objetivos de control de los valores de la presión arterial ⁽²⁾.

El séptimo Joint define que la presión arterial normal en adultos debe ser menor o igual a 120/80 ⁽³⁾ mmHg considerando los valores su-

periores a estas cifras el principal factor para los eventos cerebro – cardiovasculares⁽¹⁾.

Patologías como la HTA se pueden considerar a la vez factores de riesgo y en el caso específico de la presión arterial alta como el principal factor de riesgo para eventos cardiocerebrovasculares ⁽⁴⁾ por esta razón los países hacen esfuerzos conjuntos para controlarla con acciones globales dirigidas a poblaciones de riesgo.

Ya desde la década del 70 Colombia había incluido a la hipertensión arterial como objeto de vigilancia permanente con estrategias derivadas de programas de salud pública ⁽¹⁾. Las estrategias de salud pública fundamentadas en la atención primaria han sido reglamentadas por la Organización Panamericana de la Salud en diferentes cartas de compromiso de las naciones como: programa de promoción de la salud

fundamentado en la declaración de ALMA-ATHA ⁽⁵⁾ promoción de la salud y equidad (declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud; OPS ⁽⁶⁾ declaración de Liverpool sobre el derecho a la salud ⁽⁷⁾ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, entre otras.⁽⁸⁾

Los programas de salud pública como estrategia tienen componentes de acción colectiva protocolos de intervención individual y documentos accesorios a la historia clínica para la recolección de datos a partir de los cuales se elaboran los indicadores que permiten evaluar el impacto del programa, ⁽⁹⁾. Son varios los indicadores que permiten evaluar la calidad de un programa de salud pública, ejemplo: adherencia al tratamiento, modificación de manera permanente de los factores de riesgo, calidad de la historia clínica (HC), uso adecuado de laboratorio, que en la evaluación del impacto de cualquier programa de salud pública deben tenerse en cuenta al momento de medir su eficacia ⁽¹⁰⁾.

Winslow elaboró una definición amplia del concepto de salud pública como el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad ⁽¹¹⁾. Para los años 70 se empieza a ejecutar para América Latina y Canadá la estrategia de promoción de la salud como política de desarrollo, todo enmarcado dentro de las propuestas de la OMS y de la OPS de promoción de la salud como estrategia completa para modificar los perfiles epidemiológicos. Su marco de acción es la carta de Ottawa 1986 ⁽¹¹⁾

La ley 100 de diciembre 23 de 1993 que creó para Colombia el Sistema General de Seguridad Social, establece estrategias individuales y colectivas para ser desarrolladas en las IPS sean estas públicas o privadas. Además, la misma ley establece los sistemas de garantía de la calidad como el soporte principal que permite la aplicación correcta de los planes de salud ⁽¹²⁾

La legislación colombiana en su resolución 412⁽¹³⁾ Guía de atención de la HTA; define el sistema de información para calidad y se adop-

tan los indicadores de monitoría del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud, el decreto 1011 ⁽¹⁴⁾ y la resolución 1995⁽¹⁵⁾ establecen parámetros para el manejo de la HC; han normalizado la calidad de la atención no solamente para la HTA sino también para los demás programas de Salud pública. Condición que de ser aplicada correctamente contribuiría de forma positiva a la disminución de muertes evitables como consecuencia de la HTA; ya que esta es considerada como un factor de riesgo vasculo-cerebral evitable.

De otra parte el estado colombiano⁽¹⁶⁾, al igual que un grupo multidisciplinario de la sociedad española de hipertensión arterial, ⁽¹⁷⁾ ha establecido un sistema de control de la calidad que se evalúa a través de indicadores de seguimiento, calidad y control. Así pues, los servicios de salud deben desarrollar protocolos de estructura, procesos y resultados, encaminados al logro de calidad de la atención. De ahí que la historia clínica se convierta en un instrumento que permite la evaluación de la calidad de la atención en general y de los servicios en particular.

Por todo lo dicho es que el presente estudio está encaminado a evaluar la calidad de la historia clínica y sus correspondientes registros en la clínica Assbasalud La Enea (Ese) Manizales, entendiéndose ésta como el documento principal de registro de la información que permite evaluar la calidad de un componente del programa y así construir indicadores de evaluación, vigilancia, seguimiento y control.

Materiales y métodos

El presente estudio corresponde a una investigación de corte transversal. La unidad de análisis correspondió al 100% (217) de las historias clínicas de los pacientes hipertensos que asisten al programa de seguimiento y control de la hipertensión arterial de la Clínica

ASSBASALUD ESE La Enea (Centros urbanos de Atención en Seguridad Social, Bienestar y Salud, empresa social del estado, Manizales, Colombia), procedentes del área urbana del Municipio de Manizales, en los años 2004, 2005, 2006 y 2007.

La investigación se realizó por medio de la aplicación de un instrumento de recolección de datos, diligenciado en el primer trimestre de 2008 entre los meses de marzo y abril, los datos fueron obtenidos de las historias clínicas archivadas en la sección de estadística de la clínica La Enea de ASSBASALUD ESE.

Las variables consideradas en este estudio fueron las siguientes: Edad (en años, <50, 50-60, >60), escolaridad (primario, secundario, universitario), seguridad social (contributivo, subsidiado, vinculado), sexo (masculino, femenino), tarjetas elaboradas (existentes, no existentes), asistencia al programa (sí o no), asistencia al control (sí o no), historia clínica (completa o incompleta), órgano blanco (valorado o no valorado), inscripción al programa (fecha de inscripción), clasificación según cifras tensionales (grado I, II, III) ⁽³⁾.

Las variables razón fueron descritas mediante medidas de tendencia central (promedios) y medidas de dispersión (desviación estándar); las variables proporción mediante tablas de frecuencia. Las relaciones entre variables fueron analizadas mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2), con una significancia del 0,05. La base de datos se elaboró empleando el programa Excel 2003 (Microsoft Corporation), los análisis estadísticos se efectuaron empleando el programa SPSS V. 16 (SPSS Inc.).

La información obtenida en este estudio fue utilizada únicamente con fines investigativos y educativos sólo se divulgará en escenarios académicos y de retroalimentación en ASSBASALUD ESE. No se recolectó información que permitiera identificar los pacientes incluidos en el estudio. Los resultados del presente trabajo de investigación ceñidos a los hechos, fueron

dirigidos al mejoramiento del programa de seguimiento y control de la hipertensión arterial de la Clínica ASSBASALUD ESE La Enea. El trabajo fue sometido y aprobado por las directivas ASSBASALUD ESE.

Resultados

Se revisaron un total de 217 historias clínicas y en cuanto a la distribución por edades se encontró lo siguiente: 22,1 % fueron menores de 50 años, 27,7% estaban entre los 50 a 60 años y 109 pacientes que equivalen al 50,2 % son mayores de 60 años (Figura 1 y Tabla 1).

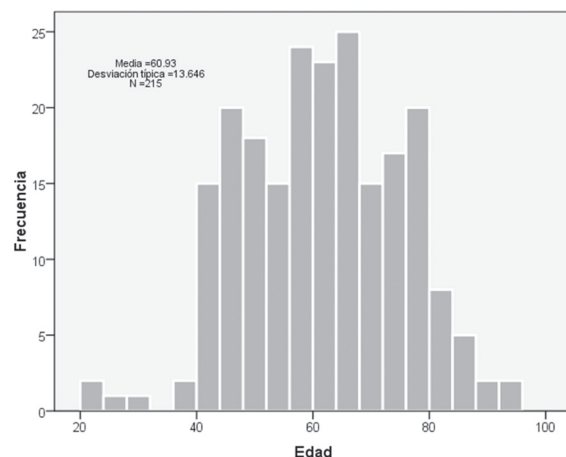


Figura 1. Histograma de Edad de los pacientes hipertensos controlados en ASSBASALUD ESE. Período 2004-2007

En la mayoría de las historias clínicas revisadas, no aparece registrado el dato de escolaridad (94,5%). 4,6% han cursado la educación básica primaria y el 0,9% han cursado educación secundaria. En el periodo estudiado los pacientes que asisten al programa de seguimiento y control de la hipertensión arterial de la Clínica ASSBASALUD ESE La Enea, 166 (76,5%) pacientes inscritas en el programa corresponde a mujeres y 51 (23,5%) pacientes son hombres (Tabla 1).

En la clínica La Enea se atienden solo pacientes del régimen subsidiado sean estos afiliados a una EPS (entidad promotora de salud del régimen subsidiado); no obstante, se encontraron 7 paciente que asisten al programa pertenecientes al régimen contributivo. El 79,3% están afiliados a una EPS y el 17,5% corresponden a los antes llamados vinculados y que en la actualidad se denomina “Pobres no afiliados” (Tabla 1).

La clasificación del paciente hipertenso tanto por sus cifras como por la afectación o no de sus órganos blancos es indispensable para establecer las metas de manejo, la valoración de la eficacia de los tratamientos y para la evaluación y seguimiento en el tiempo. Llama la atención que de las 217 historias clínicas revisadas solo en 177 se encontró descrita la clasificación del órgano blanco riñón, equivalente al 77%, pero es necesario analizar que la valoración básica de un paciente hipertenso debe incluir la cuantificación de ácido úrico, creatinina y un parcial de orina; en este orden de ideas, se encontró que de ese 77% al que se le clasificó el órgano blanco riñón solo se cuantificó el ácido úrico a 64 y la creatinina a 143 pacientes respectivamente. Es necesario anotar que si un paciente al momento de inscribirlo en el programa está tomando diuréticos tipo tiazidas no se le cuantifica el ácido úrico. Con respecto al estudio cardíaco a 116 pacientes se le tomó el electrocardiograma (ECG), valorándose solo un 53,5% (Tabla 1).

Por otro lado 92,6% de los pacientes tenían diligenciadas sus tarjetas de control, de estos solo el 39,6% asisten regularmente a los controles, mientras que el 60,4% faltan frecuentemente. Lo más significativo es que ninguna de las historias clínicas analizadas cumplió con los indicadores de calidad propuestos (Figura 2, Tabla 1).

En cuanto a las relaciones existentes entre variables se intentó probar la relación entre la existencia de tarjetas y variables como sexo, escolaridad, seguridad social, asistencia a controles, órgano blanco, y clasificación según cifras de tensión arterial encontrándose relación significativa con

Tabla 1. Variables analizadas de la población de hipertensos de Manizales considerada en el estudio sobre evaluación de la Historia Clínica en ASSBASALUD ESE. Período 2004-2007.

Variable	Valor	%
Edad (años)		
Promedio	60.93	
Desviación Estándar	13.65	
Mínimo	23	
Máximo	93	
Menores de 50	48	22.1
De 50 a 60	60	37.7
Mayores de 60	107	50.2
Total	217	100
Año de inscripción al Programa		
2002	1	0.5
2003	4	1.9
2004	59	27.3
2005	53	24.5
2006	32	14.8
2007	67	31
TOTAL	216	100
Faltantes	1	
Escolaridad		
Primaria	10	83.3
Secundaria	2	16.1
TOTAL	12	100
Faltantes	205	94.5
Sexo		
Masculino	51	23.5
Femenino	166	76.5
TOTAL	217	100
Seguridad Social		
Contributivo	7	3.2
Subsidiado	172	79.3
Pobre No afiliado	138	17.5
TOTAL	217	100
Tarjetas de Control y Seguimiento		
Existentes	201	92.6
Faltantes	16	7.4
TOTAL	217	100
Asistencia al Control		
Sí	52	24.0
No	131	60.3
Ocasionalmente	34	15.7
TOTAL	217	100
Diligenciamiento de la Historia Clínica		
Completa	0	0.0
Incompleta	217	100.0
TOTAL	217	100
Valoración Órgano Blanco (Riñón)		
Sí	167	77.0
No	50	23.0
TOTAL	217	100
Valoración Órgano Blanco (Corazón)		
Sí	116	53.5
No	101	46.5
TOTAL	217	100
Valoración Órgano Blanco (Retina)		
Sí	64	29.5
No	153	70.5
TOTAL	217	100

asistencia a controles ($p=0.017$) en el sentido de que los pacientes que asisten regularmente tienen más tendencia a presentar tarjetas, y clasificación según cifras de tensión arterial ($p=0.041$).

Igualmente se intentó probar dicha relación entre la variable tarjeta elaborada completa y escolaridad, sexo, seguridad social, asistencia a controles, y órgano blanco (riñón, corazón, retina), y clasificación según cifras tensionales, encontrándose relación con órgano blanco riñón ($p=0.000$) corazón ($p=0.000$) y retina ($p=0.000$) en el sentido de que los pacientes hipertensos que presentan daño a órgano blanco tienen mayor tendencia a mostrar sus tarjetas completas, como era de esperarse y clasificación según cifras de tensión arterial ($p=0.000$) en el sentido de que las pacientes hipertensas que presentan sus tarjetas completas presentan clasificación de sus cifras tensionales.

Discusión

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la

atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tiene en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes.

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar. ⁽¹⁹⁾

Las enfermedades no transmisibles (asma bronquial, hipertensión arterial y diabetes mellitus) actualmente son causa del 60% de la mortalidad y la discapacidad en el mundo. La mayoría de las personas afectadas (cerca del 70%) tienen menos de 45 años y el 30% menos de 15 años de edad. Todos los países desarrollados muestran esta tendencia, donde

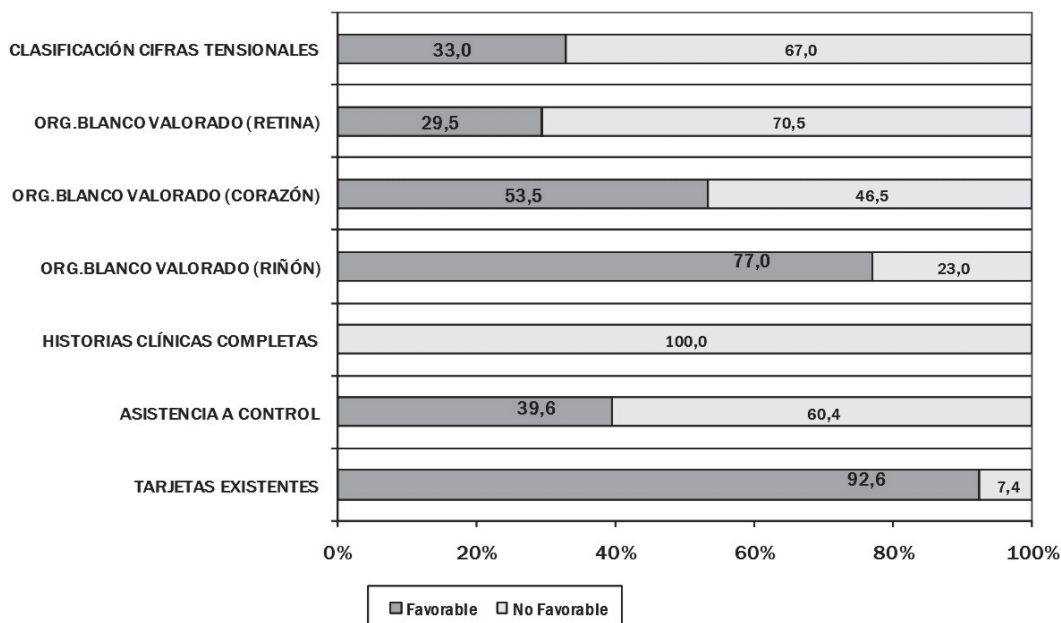


Figura 2
Porcentaje
Favorable/No
Favorable
Según variable
Analizada,
Hipertensos,
Assbasalud
Clínica La Enea,
Período 2004-
2007.

3 de cada 4 muertes que ocurren son atribuidas a las enfermedades no transmisibles, se destaca el hecho de que éstas constituyen 9 de las 10 primeras causas de muerte. En América Latina y el Caribe, en los próximos 2 decenios, las enfermedades no transmisibles sobrepasarán a las enfermedades transmisibles en una proporción de 7 a 1.⁽²¹⁾

Los autores del estudio son conocedores de las limitantes que trae consigo la realización de un estudio de revisión de historias clínicas de manera retrospectiva, ya que puede traer inconvenientes como pueden ser los errores en la toma de datos, revisión del paciente sin una adecuada consignación en la historia clínica, pérdida de la información, entre otros; trayendo consigo gran variabilidad de los resultados obtenidos. Teniendo en cuenta la escasa información obtenida en este estudio se convierte en un valioso referente para futuros estudios en el área.

No fue posible encontrar trabajos similares en Colombia de evaluación de historia clínica hasta la fecha; por esta razón resulta de gran importancia partiendo de esta investigación motivar a otros grupos para que se evalúen los componentes de la historia clínica de programas como el control prenatal, crecimiento y desarrollo, vigilancia y control de la diabetes, vigilancia y control de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); en aras de contrastar la presente investigación de tal forma que se tuviera una evaluación total de la calidad de la historia clínica en cuanto a suficiencia y oportunidad.

En lo referente a los resultados obtenidos en este estudio, resulta preocupante el hecho de encontrar por ejemplo que la mayoría de las historias clínicas revisadas no aparece registrado el dato de escolaridad (94,5%) y no llenan los requisitos mínimos establecidos por la norma técnica de hipertensión arterial del Ministerio de Salud⁽¹⁾. También es importante establecer una revisión más específica de cada órgano blanco según se consigna en el séptimo Joint ⁽³⁾ ; con el fin de mejorar la atención y los servicios para

el control de estos pacientes, debido a que de las 217 historias clínicas revisadas solo en 177 (77%) se encontró descrita la clasificación del órgano blanco riñón. Con respecto al estudio cardiaco a 116 (53,5%) pacientes se les tomó el electrocardiograma (ECG), lo que resulta preocupante en el seguimiento de esta patología. También es importante que 92,6% de los pacientes tenían diligenciadas sus tarjetas de control, pero solo el 39,6% asisten regularmente a los controles, que demuestra una despreocupación de la población o falta de información acerca del adecuado control.

Lo más relevante en este estudio es que ninguna de las historias clínicas analizadas cumplió con los indicadores de calidad propuestos, y que esta situación no solo se vive en Colombia y en la institución estudiada. Por otra parte se dice que de cada 100 pacientes hipertensos solo un 25% sabe que es hipertenso y asiste a tratamiento y de estos más o menos un 20% no recibe la atención integral adecuada.⁽¹⁸⁾

Según Rodríguez y Cols. (2005) tan sólo 3 de cada 10 hipertensos españoles mayores o iguales a 65 años tienen la presión arterial bien controlada según los datos encontrados en su historia clínica ⁽²⁰⁾.

Es posible que los pacientes sean bien atendidos y manejados desde su patología pero que no se tiene la cultura del correcto diligenciamiento de los instrumentos como documentos útiles y validos en la evaluación del programa en forma integral y en el desarrollo de modelos de investigación operativa. Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial es una patología con alta incidencia en Colombia, y que en sus primeras etapas es asintomática, se debe establecer un diagnóstico precoz mediante un examen clínico completo a los pacientes en edad de riesgo y establecer un primer abordaje enfocado a la eliminación de los factores de riesgo precipitantes en el estilo de vida del paciente.

La falencia más relevante en la evaluación del paciente hipertenso es la forma como se enfoca a este tipo de pacientes en los niveles de atención básica, que conlleva a un seguimiento erróneo y a una mala consignación de datos en la historia clínica; aparte del adecuado control médico, se debe tener en cuenta que el componente educativo tanto del paciente como de su familia es una pieza clave en la evolución exitosa del paciente hipertenso. Es importante crear conciencia en el paciente de que esta patología requiere de su compromiso con la adherencia al tratamiento y al nuevo estilo de vida que debe ser adoptado. Recordar que para realizar un adecuado manejo clínico ini-

cial se debe tener en cuenta que la evaluación de estos pacientes debe realizarse desde un enfoque multidisciplinario para lograr de esta forma una evolución integral del paciente.

Agradecimientos

Los autores desean expresar sus agradecimientos al personal de archivo de la clínica La Enea de ASSB ASALUD ESE, por su colaboración en la realización de la presente investigación. Al Dr. Gustavo Betancurth, gerente de ASSB-ASALUD ESE, por haber permitido la realización del presente trabajo en esa institución.

Literatura citada

1. Ministerio de la Protección Social. **Resolución 412, Guías modificadas de la atención de la HTA.** Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social; 2000.
2. Robledo KG. **Control efectivo de la Hipertensión: ¿Cómo lograr las metas?**. Postgraduate medicine 2007; 14 (4):12 -14.
3. Comité conjunto (JNC). **Séptimo reporte del comité nacional conjunto sobre prevención detección, evaluación y tratamiento de la HTA.** Rev Colomb Cardiol 2007; 13 (01): 197-199.
4. Cabrera-Murqueito GD. **Métodos diagnósticos en medicina clínica enfoque práctico.** Bogotá: Editorial Médica Celsus; 2007.
5. O.P.S. **Programa de promoción de la salud.** Washington : O.P.S ; 1986.
6. O.P.S. **Promoción de la salud y equidad.** Bogotá: OPS; 1992
7. OMS. **Declaración de Liverpool sobre el derecho a la salud.** Liverpool: OMS; 1988.
8. OMS. **Carta de Ottawa.** Ottawa: OMS; 1986.
9. Ministerio de la Protección Social. **Resolución 1443, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoria del sistema obligatorio de calidad en atención en salud.** Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
10. Romeo-Escobar M, Sabina- Molina D, Sabina-Romero B. **Evolución del paciente Hipertenso: experiencia de la consulta especializada de Hipertensión Arterial.** Rev Colomb Cardiol. 2005; 3 (2): 8-29.
11. Álvarez-Alba R. **Salud pública y Medicina preventiva.** Ciudad de México: editorial panamericana; 1999.
12. Ministerio de Salud. **Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.** Bogotá: Ministerio de la salud; 1993.
13. Ministerio de la Protección Social. **Resolución 412, guía de atención de la HTA.** Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de promoción y prevención; 2000.
14. Ministerio de la Protección Social. **Decreto 1001 de 1999, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.** Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
15. Ministerio de Salud. **Resolución 1999, por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.** Bogotá: Ministerio de salud; 1999.
16. Coca A, Davins J, Felip Á, Poch E. **Indicadores de Calidad en la asistencia al paciente hipertenso.** Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid: Aula Médica, ediciones; 2003.
17. Thomas H. **Hypertension, British Hypertension Society.** N Engl J Med 2004; 43 (1):10-7.
18. Weir RM, Lawrence MB. **Curso de Cardiología Enfermedad Cardiovascular y Factores.** Bogotá: Universidad Johns Hopkins, Universidad de la Sabana; 2005.
19. Jiménez RE. **Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.** Rev Cubana Salud Pública 2004; 30 (1): 1-25.
20. Rodríguez G, Rodenas L, Listerri J. **Control de la HTA en la población española mayor de 65 años asistida en atención primaria.** Rev Esp Cardiol 2005; 58: 359 – 366.
21. Ramírez M, Rodríguez D, Landrove O, Santín M, Valdivia C, Serrano C. **Sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención médica en las enfermedades no transmisibles.** Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(3):157-63.