



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS
DE SALUD

ECNT: identificación de las Estrategias, Programas y/o Planes implementados para el abordaje de la Hipertensión Arterial con base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, aspectos favorecedores y limitantes; una mirada a la experiencia de Colombia y Argentina, 2009 – 2019.

Maestrando

Lic. Juliana Marcela Cifuentes Cifuentes

Directora

Mgr. Alejandra María Soto Morales

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Junio - 2021

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente las cardiovasculares cuyo principal factor de riesgo - la Hipertensión Arterial - han cobrado mayor importancia en las naciones dado entre otros aspectos al incremento en la morbilidad por las mismas. Es por esto que el desarrollo de medidas normativas e intervenciones multisectoriales es pertinente para abordar este tema de interés de Salud Pública.

Objetivo: Identificar las Estrategias, Programas y/o Planes implementados en cuanto al abordaje de la *Hipertensión Arterial* como una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con base en la Atención Primaria en Salud, en los países de Colombia y Argentina, 2009 - 2019.

Método: La investigación fue de tipo exploratorio con un enfoque transversal – retrospectivo y utilizó como metodología de análisis cualitativo: el análisis de contenido estructurado y latente, por medio del cual se identificaron normativas y/o intervenciones a través de fuentes secundarias caracterizadas por fecha de creación, alcance territorial, modalidad de acción normativa y no normativa, sectores vinculados y población objeto.

Resultados: Se identificaron un total de 19 normativas tanto nacionales como internacionales, así como, 30 acciones, las cuales principalmente estuvieron lideradas por el ente superior en salud respectivo enfocados al abordaje integral de las ECNT, siendo la Hipertensión Arterial el principal factor de riesgo a intervenir.

Conclusiones: La Atención Primaria de la Salud (APS) es la estrategia que traza la ruta sobre la cual las naciones deben basarse y así lograr los objetivos en salud pública, Colombia y Argentina, son dos de las principales naciones que han mostrado compromiso en el diseño e implementación de normativas e intervenciones que propendan por la prevención y control estas patologías.

Palabras clave: Hipertensión arterial, atención primaria de la salud, enfermedades crónicas no transmisibles, salud pública, programas de salud, estrategias en salud, normatividad, Colombia, Argentina.

ABSTRACT

Over the years arterial hypertension has been associated to the principal risk factor to development a cardiovascular disease in the group of chronic non-communicable diseases (NCDs), and acquire greater importance in the countries, due to the increase in morbidity and mortality. That's the reason to development and implementation of normative measures and multisectoral interventions is pertinent to address this issue of Public Health interest.

Objective: Identify the strategies, programs and/or plans implemented regarding the approach to Arterial Hypertension as one of the NCDs based on Primary Health Care, in the countries of Colombia and Argentina, 2009 - 2019.

Method: The investigation was an explorative type with a transversal-retrospective approach and the qualitative analysis methodology used: structured and latent content analysis, the regulations and interventions were identified through secondary sources characterized by: date of creation, territorial scope, modality of normative and non-normative action, linked sectors and target population.

Results: A total of 19 national and international regulations, 30 actions and/or interventions were identified, being Arterial Hypertension the principal risk factor to attend, led by the respective superior health entity focused on a comprehensive approach to NCDs.

Conclusions: Primary health care is the strategy that indicates the route to the countries should base themselves and thus achieve public health objectives, Colombia and Argentina are two of the principal countries that have compromise in the design and implementation of regulations and interventions that promote the prevention and control of these pathologies.

Keywords: Hypertension, primary health care, chronic non-communicable diseases, public health, health programs, health strategies, regulations, Colombia, Argentina.

TABLA DE CONTENIDO

1.	MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1	Planteamiento del Problema.....	1
1.2	Pregunta de investigación	10
2.	JUSTIFICACIÓN	11
3.	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo general.....	15
3.2	Objetivos específicos	15
4.	MARCO TEÓRICO	16
4.1	Sistemas de Salud.....	16
4.1.1	Sistema de Salud Colombiano.....	16
4.1.2	Sistema de Salud Argentino	20
4.2	Atención Primaria de Salud.....	21
4.3	Marco Legislativo - Rector de la APS a Nivel Internacional	25
4.4	Marco legislativo - rector de la APS a nivel Nacional	28
4.4.1	Colombia.....	28
4.4.2	Argentina.....	41
4.5	Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Panorama Internacional.....	45
4.6	Hipertensión Arterial.....	55

4.6.1 Hipertensión Arterial en Argentina – Planes, Programas y/o Estrategias.....	59
4.6.2 Hipertensión Arterial en Colombia – Planes, Programas y/o Estrategias.....	65
5. METODOLOGÍA.....	77
5.1 Tipo de estudio.....	77
5.2 Población - universo.....	77
5.3 Recolección de información.....	78
5.3.1 Fuentes de información.....	78
5.3.2 Recolección de información.....	79
5.3.3 Criterios de selección.....	83
5.3.4 Criterios de exclusión:.....	83
5.4 Procesamiento y análisis de la información.....	84
5.4.1 Operacionalización de categorías.....	84
6. RESULTADOS.....	87
7. DISCUSIÓN.....	108
8. CONCLUSIONES.....	112
9. RECOMENDACIONES.....	115
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Planteamiento del Problema

Con el paso del tiempo se ha comprobado que el desarrollo de la sociedad no sólo es medido en términos económicos y/o financieros, sino que cada vez más cobran importancia las dimensiones: *social, cultural, científica y de salud* (Alcántara G, 2008); siendo este último un tema tan amplio, entonces, *¿Qué se entiende por salud?*, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la constitución de 1948 se define como: “... *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia*”, el cual a su vez se ha constituido en un “*derecho humano fundamental*” que como tal debe permitir el acceso a todas las personas a los recursos básicos (Organización Mundial de la Salud (OMS), n.d.)

En cuanto a la salud para la población la manera de alcanzarla en cada país es diferente pues está determinada por distintos aspectos como las características sociales, económicas, perfil poblacional, grado de desarrollo de su sistema de salud, entre otros (OMS, n.d.) con relación a este último es importante resaltar que la *Declaración de Alma Ata* en 1978, dispone los componentes, reformas y/o adaptaciones que las naciones deberían implementar como base en sus Sistemas de Salud con el fin de garantizar la *atención primaria* para la población permitiéndole participar de ella, dicha

atención está compuesta por componente como la equidad, participación comunitaria, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles (OMS, n.d.).

La atención primaria de la salud como estrategia tiene unas actividades esenciales a tener en cuenta ellas son: suministro de Alimentos y atención adecuada, agua potable, asistencia Materno – Infantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales, suministro de medicamentos esenciales y, finalmente tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes (Vignolo J *et al.*, 2011) de gran relevancia las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) hacen parte de esta última actividad, afectando según la OMS (Organización Mundial de la Salud) desproporcionadamente a países con ingresos bajos y medianos atribuyéndoseles más del 71% de las muertes al año, lo que equivale aproximadamente a 41 millones, es importante señalar que este fenómeno afecta a personas entre 30 y 69 años ocasionando el 85% de las muertes prematuras (OMS, 2018).

Con base en lo anterior es importante señalar que es fundamental e ineludible desde los diversos niveles y actores que intervienen en la gestión de los sistemas y servicios de salud, diseñar, proponer, promover e implementar acciones que prioricen el papel que representan las (ECNT) en la salud física de las personas ya que estas no solo generan un alto costo económico debido al impacto que tienen en la morbilidad y mortalidad de la

población laboralmente activa, aspecto que de no abordarse de manera temprana y adecuada podría conllevar a afectaciones de diversa índole, como por ejemplo variaciones en los presupuestos de las organizaciones, alteraciones en la capacidad de resolutive ante el incremento de las personas diagnosticadas o aquellas que por diversos factores se perciban con mayor nivel de complejidad demandando más asistencia y recursos por parte del sistema; por otro lado también a nivel está el impacto en lo social y emocional en las naciones y colectividades, lo cual podría limitar el adecuado desarrollo y desenvolvimiento potencial de las mismas, por ende y debido a su gran representatividad con el tiempo llevó a que hoy por hoy sean catalogadas como un problema gestión en la Salud Pública (Gallardo Solarte, K. Benavides Acosta, FP y Rosales Jiménez, R., 2016).

Desde el año 2009 se estima que más del sesenta por ciento (60%) de las muertes a nivel mundial son atribuidas a las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles dentro de las que se resaltan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad entre otras (Ministerio de Salud (MSal), 2009), en cuanto al primer grupo las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares son las más recurrentes, aportando 17,9 millones de muertes cada año; siendo de especial relevancia para estas últimas la Hipertensión Arterial como factor de riesgo principal (OMS, 2018), (Robledo R. y Escobar F., 2010); con base en lo anterior es importante comprender que para intervenirlas es preciso conocer la historia natural de la enfermedad, ya que transitan un proceso de evolución prolongada el cual no resuelve de

manera espontánea y rara vez se curan, abordando en cada caso actividades de prevención que permita darles manejo.

Si se tiene en cuenta la anterior cifra de mortalidad por las ECNT (60%) y el efecto en cuanto a la mortalidad prematura, cobra importancia resaltar el llamado que tienen las naciones del mundo a dar cumplimiento el Objetivo del Desarrollo Sostenible (ODS) número 3 *Salud y Bienestar que propone* garantizar una vida sana y promover el bienestar para todo en todas las edades; en él se incluye una meta para el año 2030 y es: *“reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”* (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2015), por consiguiente se espera que los países y regiones inicien, modifiquen o continúen acciones que vayan en camino hacia ello.

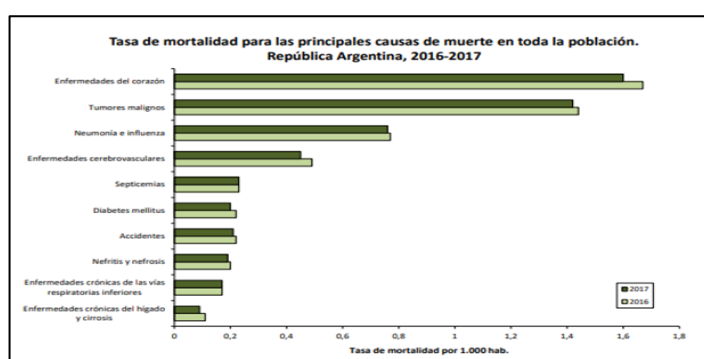
Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el año 2015, en la región de las Américas considera que la Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular ya que afecta entre el 20 – 40% de la población adulta de la región, cifra equivalente a aproximadamente a 250 millones de personas lo que llama aún más la atención es que cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares potencialmente evitables (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2015).

En cuanto a la región y considerando esta problemática la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración con la Liga Mundial de la Hipertensión (LMH) en el año 2018, estableció directrices que describen el marco de evaluación y monitoreo para programas de control de hipertensión, dicha iniciativa recibe el nombre de HEARTS y compila lo que se denominan “las buenas prácticas” mundiales para el control de enfermedades cardiovasculares; además, propone las bases para que los países de acuerdo con sus condiciones, recursos y prioridades realicen una mejor monitorización de sus programas, teniendo como base cinco indicadores básicos del paquete técnico y posteriormente unos opcionales (OPS, 2018).

Desde la parte regulatoria a nivel nacional respectivamente, en la Argentina, la Hipertensión ha sido incluida dentro lo que se ha definido y contemplado en la Resolución 1083/2009, incorporando la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable que pretende hacer un abordaje más integral de la situación contemplando factores condicionantes, determinantes estructurales y determinantes sociales (MSal, 2009), Por otro lado, con respecto a Colombia, fue con la resolución 4003/2008 que se adoptaron actividades para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades (Ministerio de la Protección Social (MinSalud), 2008).

En la Argentina y Colombia los datos muestran que las ECNT tienen un comportamiento similar a lo descrito en el mundo afectando a la población en cuanto a mortalidad y morbilidad, para el caso de Argentina se les considera como la principal causa de muerte y discapacidad siendo las enfermedades cardiovasculares las principales a las que se les atribuye esta aseveración, esto evidenciado por las cifras de defunción acaecidas en el año 2017 según los datos de la síntesis estadística del en ese entonces *Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación*, donde estas enfermedades del corazón y los tumores malignos se les asocia la ocurrencia de más del 40% de las muertes como se observa en la siguiente **figura 1** (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Estadísticas e información en Salud y Secretaría de Gobierno de Salud., 2017):

Figura 1. Tasa de mortalidad para las principales causas de muerte en toda la población. República Argentina, 2016 – 2017.

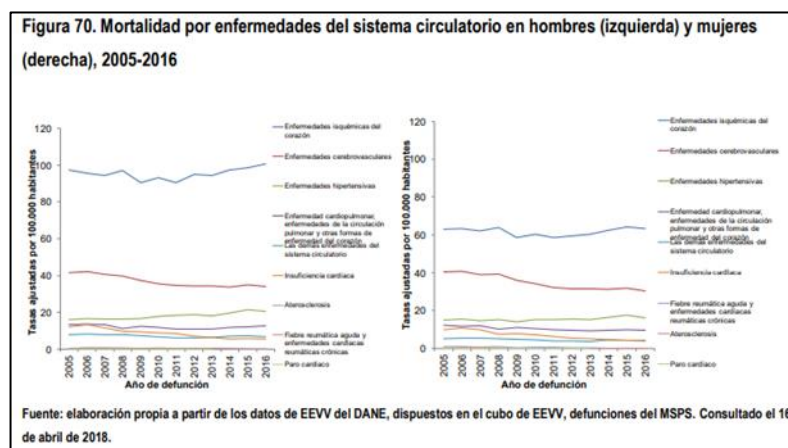


Fuente. Tomada de la síntesis estadística No. 5 de Natalidad y Mortalidad, 2017.

Al realizar un análisis de las enfermedades cardiovasculares es importante no perder de vista que la Hipertensión Arterial como principal factor de riesgo tal como lo señala el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, es “una enfermedad de etiología multifactorial, controlable, que disminuye la calidad y expectativa de vida” (Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), 2018); que aporta el 17% de las muertes totales, el 62% de las enfermedades cerebrovasculares y el 49% de la enfermedad coronaria (MSal, 2009); lo que la constituye en un aspecto álgido a tener en cuenta en todos los niveles y escenarios propios de la gestión, donde no sólo aquellos agentes decisores y rectores del sistema de salud intervengan, sino también la población en general participe a través del empoderamiento.

Por su parte, en Colombia el fenómeno no es distinto con relación a los datos de la mortalidad a causa de esta enfermedad según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia – 2017- entre los años 2005 y 2016 las *enfermedades del sistema circulatorio* fueron la principal causa de mortalidad en Colombia, clasificadas según su ocurrencia estuvieron: 1. Las enfermedades isquémicas del corazón 53.0% (37.452) muertes, 2. Las enfermedades cerebrovasculares 21.2% (14.994) muertes y 3. Las enfermedades hipertensivas 11.9% (8.430) muertes, la cual presentó una tendencia similar entre ambos sexos, como se evidencia en la **figura 2** (MinSalud, 2017).

Figura 2. Mortalidad en Colombia por enfermedades del sistema circulatorio en hombres (izquierda) y mujeres (derecha), 2005 – 2016.



Fuente. *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia – 2017.*

En la actualidad se tiene amplio conocimiento acerca de la evitabilidad y mitigación de la ocurrencia de estas enfermedades y sus correspondientes efectos no deseados por medio de la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2018); con un abordaje integral de factores de riesgo *modificables - conductuales*: (dieta, actividad física, tabaco, alcohol), *biológicos*: (dislipidemia, hipertensión y sobrepeso) y *sociales*: (aspecto socioeconómico y cultural) (Ferrante, D. y Virgolini, M, 2005). Además, como beneficio adicional de estas actividades está el hecho de que no sólo van dirigidas a la población objeto (personas diagnosticadas o identificadas como población de riesgo), sino a toda la población en general.

Sin embargo, es necesario también mencionar que aspectos como: el acceso irregular en cuanto a la atención, distribución y acceso a fármacos antihipertensivos de calidad podrían ser algunas de las posibles causas de la prevalencia de esta enfermedad (Observatorio Nacional de Salud (ONS), 2015), lo cual amplía las áreas de intervención, sin embargo, en la presente investigación no se ahondará en estos ítems.

Bajo el contexto anterior y entendiendo la Hipertensión Arterial como una enfermedad evitable que continúa en agenda en las naciones del mundo con el fin de disminuir sus efectos y carga de la enfermedad se pretende identificar a través de este trabajo ¿Cuáles son las estrategias y/o intervenciones diseñadas para prevenir, detectar y controlar la *Hipertensión Arterial* como una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con base en la Atención Primaria en Salud, aspectos favorecedores y limitantes en los países de Colombia y Argentina, 2009 – 2019?.

El estudio se enfocará específicamente en los países de Colombia y Argentina, elegidos de manera intencional teniendo en cuenta la adopción de la estrategia HEARTS en cada uno, se considera como una oportunidad realizar un análisis con un país no limítrofe como lo es Colombia quien a su vez fue una de las naciones que integraron el primer grupo de implementación de esta iniciativa, contrastado con Argentina quien tiempo después formó parte del segundo grupo de demás naciones en adoptar su implementación; de esta forma se pretende identificar los posibles diferentes abordajes frente

al tema y de los cuales se pudieran obtener retroalimentaciones y aprendizajes interesantes para los dos países en mención en cuanto a sus avances en salud y alcance de metas u objetivos establecidos para cada uno.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias y/o intervenciones diseñadas para prevenir, detectar y controlar la *Hipertensión Arterial* como una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con base en la Atención Primaria en Salud, aspectos favorecedores y limitantes en los países de Colombia y Argentina, 2009 – 2019?

2. JUSTIFICACIÓN

Las Repúblicas de Colombia y Argentina, si bien a pesar de tener dos formas distintas de conformación política, la primera *unitaria* con separación de poderes administrativos y la segunda *federal* con un alto grado de segmentación, entendido este término como: “*la presencia de diversos subsistemas responsables por la protección y atención de diferentes grupos poblacionales y la ausencia de coordinación entre los sistemas institucionales*” y fragmentación de su sistema de salud y gobernanza (Giraldo A. y Vélez C, 2013); tienen en común varios aspectos, como la capacidad de reinventarse y replantear sus estrategias en pro del logro de objetivos claros para sus habitantes, además, el compromiso a nivel estado en la elaboración e implementación de acciones que logren ejercer un control adecuado sobre las problemáticas existentes.

Pero más allá de lo anterior, Colombia y Argentina; países seleccionados como objeto de análisis de la presente investigación, también tienen en común que están llamados a dar cumplimiento a la estrategia de *Atención Primaria en Salud (APS)*, sin embargo, en su proceso de implementación estos no han sido ajenos a un sin número de factores que han obstaculizado el logro de la misma particularmente en América Latina al momento de su inclusión en los sistemas de salud respectivos y su puesta en marcha tal y como lo requería la OPS y OMS (Weisbrot, M, 2014).

Por otro lado, uno de los aspectos en común que llama la atención entre dichos países, es que la APS ha estado por decirlo de alguna manera a la “sombra” de unos sistemas de salud “hospitalocéntricos”, que, si bien han dado esbozos de implementación de la estrategia, su funcionamiento central se basa en el aspecto curativo, más no de prevención y detección temprana, incluso aun teniendo el presupuesto destinado para ello (Weisbrot, M, 2014), (Suarez, R *et al.*, 2011).

La Atención Primaria de la Salud tiene unas funciones claramente definidas, dentro de las principales se encuentran: el primer contacto, la continuidad, la coordinación y la integralidad o globalidad, aspectos que visiblemente permiten y a la vez demandan acciones de gestión en los diferentes niveles en que se aborde (Weisbrot, M, 2014); aunque esta atención no es exclusiva del primer nivel de atención de un sistema de salud, sino que se ejerce en todos los escenarios y niveles, es necesario indagar, identificar y describir cuál es la situación expresa en cuanto a la implementación de esta estrategia con relación a una de las ECNT más prevalentes en los países en cuestión, la *Hipertensión Arterial*.

Al revisar varios documentos donde se identifica lo que ha sido en los últimos años la APS tanto en Colombia como en Argentina, se ha encontrado aseveraciones como: “ la APS no es primer nivel de atención, no es asistencia de baja calidad, no es un proyecto para pobres, es para todos”, dicho por una funcionaria de la Alcaldía de Medellín (Suarez, R *et al.*, 2011), sumado a que

la Atención Primaria en Argentina está reducida a un denominado “paquete mínimo de intervenciones focalizadas”, que va acompañado de un desinterés por parte de los profesionales que intervienen en la atención, esto posiblemente atribuido a tema de baja jerarquización en temas salariales, de prestigio y/o de crecimiento laboral (Weisbrot, M, 2014), llama la atención sobre la importancia de enfocar el análisis de este tema en cuanto a resultados de la implementación de la APS, o a la identificación de factores positivos y/o limitantes que influyen en ello desde el ámbito de la gestión institucional integral.

Por lo anterior, la realización de una investigación de este tipo se considera pertinente e importante ya que al lograr el fortalecimiento de la APS en las naciones permitirá obtener mejores resultados, posiblemente a costos más bajos, tener un sistema de salud más fuerte, menos dificultades de acceso a los servicios por parte de la población, mayor equidad y satisfacción dentro de un sistema de salud (Pineda – Restrepo, B., y Jerez – Trujillo, AC, 2014).

La investigación se realizará bajo como un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo que identifica a través de fuentes secundarias las estrategias y/o intervenciones para prevenir, detectar y controlar la Hipertensión Arterial, lo que permitirá dilucidar un panorama en común el cual a nivel país abrirá la puerta a una retroalimentación conjunta que potencie y de ser necesario replantee los resultados en este tema.

En consecuencia, a partir de la información y análisis obtenido como producto valioso, se busca que los resultados faciliten la toma de decisiones en ambos países y de esa manera identificar experiencias de aciertos y desaciertos en cada país respectivamente, que sirvan para plantear, replantear y/o implementar estrategias acertadas.

Como investigadora se espera, adquirir y/o afianzar las competencias investigativas en las áreas de gestión de sistemas y servicios de salud; de igual manera que esta investigación sirva como insumo valioso de pie a futuras investigaciones o líneas de profundización en el tema.

Por lo tanto, se propondrá como resultado final un listado de recomendaciones el cual, desde el criterio de la investigadora basado en una detallada exploración teórica de fuentes secundarias prevé será de gran utilidad y divulgación para los tomadores de decisiones y comunidad en general.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar las Estrategias, Programas y/o Planes implementados en cuanto al abordaje de la *Hipertensión Arterial* como una de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles con base en la Atención Primaria en Salud, aspectos favorecedores y limitantes en los países de Colombia y Argentina, 2009 - 2019.

3.2 Objetivos específicos

- Explorar el marco normativo vigente que rige la *Atención Primaria de la Salud* en cuanto a la Hipertensión Arterial en ambos países.
- Describir las estrategias, programas y/o actividades implementadas para el abordaje de la *Hipertensión Arterial*, teniendo en cuenta la fecha de creación, el alcance territorial y los sectores vinculados enfocados en la población objeto de la investigación.
- Identificar los aspectos favorecedores y/o limitantes en cuanto a la prevención, detección y control de la Hipertensión Arterial en ambos países.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Sistemas de Salud

4.1.1 Sistema de Salud Colombiano

El Sistema de Salud Colombiano que se conoce en la actualidad, es el resultado de más de 60 años de cambios, proyectos, reformas y transiciones, las cuales han tenido como protagonistas a diferentes personalidades que en calidad de actores del Estado, han buscado la mejor articulación del concepto de “Salud” en beneficio del país.

Desde la década de los 40’s, más exactamente en el año 1945 con la creación de la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) en 1946; organismos encargados de recibir los aportes de prestaciones sociales, cesantías y demás de los trabajadores, por parte de los empleadores lo que se conoció como *prestaciones patronales* en su momento; por otro lado en 1954, se crearon las Cajas de Compensación Familiar (CCF), existentes hasta el día de hoy siendo el único ente que de manera integral vela y procura por el bienestar del trabajador y su familia a través de diferentes líneas de abordaje; pero fue sólo hasta el año 1975 que se creó el Sistema Nacional de Salud, el cual se encargó por más de una década de “articular” y “estructurar” el funcionamiento

del mismo, sin embargo, debido el difícil contexto laboral del país para la época, la organización en las contribuciones , la baja cobertura y garantía de la calidad/oportunidad en la atención, la “brecha” entre quienes tenían más facilidad de acceso a la salud y quienes no, se hizo cada vez más grande (Guerrero, R. *et al.*, 2011).

El cambio más significativo con respecto al panorama actual fue en la década de los 90’s, cuando en 1991 a nivel Constitucional se incorpora el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público, el cual estaría bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con la participación de agentes públicos y privados; llegando así en 1993 a la reestructuración de lo que hasta la época había sido el modelo de gobernanza llevado en el país en este aspecto, se dio paso a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio de la *Ley 100 de 1993*, la cual se encuentra en vigencia (Merlano Porras CA., y Gorbanev I., 2013).

Si bien, el estado colombiano sigue siendo el veedor y regulador del funcionamiento del Sistema de Salud en el país, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social , esta ley favoreció la descentralización del sistema, delegando así a actores tanto del sector público como privado, lo correspondiente a la prestación y acceso de los servicios de salud, dando origen a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales entre otras cosas se encargan de promover la afiliación al Sistema de Seguridad Social y

proveer un “portafolio” de servicios a la población; en consecuencia y dada la creación de estas entidades surgen también las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) quienes son las responsables de brindar la atención necesaria directa a la población, según el nivel de atención (Guerrero, R. *et al.*, 2011).

Para organizar y distribuir la población en pro de lograr la universalidad en el acceso y prestación de los servicios, el Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS) está conformado por dos subsistemas o regímenes, que a su vez tienen la función de cumplir a cabalidad con el antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS), ellos son el régimen contributivo (RC) al que pertenecen por obligatoriedad, todas las personas asalariadas o jubiladas, así como, los trabajadores independientes que devenguen un ingreso igual o superior al salario mínimo establecido; y el régimen subsidiado (RS), conformado por todas las personas sin capacidad de pago que no están cubiertas por el (RC), población que es clasificada por medio de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN) (Guerrero, R. *et al.*, 2011).

Cabe aclarar que desde el año 2017 en el sistema de salud del país se han desarrollado unas modificaciones tanto en los portafolios de servicios, así como de algunas de sus estructuras, puntualmente hablando de lo que ahora se conoce como: Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) que se pone en marcha como modificación y/o reemplazo del antiguo POS y abarca todos los beneficios actualizados a los cuales tienen derecho los

afiliados al SGSSS, dicha modificación reciente está regulada en la Resolución número 0005857 del 26 de diciembre de 2018 (MinSalud, 2018).

Por otra parte, el financiamiento del Sistema de Salud en Colombia, se da por medio de los aportes de los trabajadores asalariados e independientes que están afiliados a una EPS, sus respectivos empleadores y además con recursos provenientes directamente del gobierno; estos fondos hasta julio de 2017 fueron consolidados en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual distribuía los recursos a las EPS según la población por régimen que se tuviera asignada o afiliada. Las EPS, del mismo modo, deben pagar a las IPS según la modalidad de pago previamente acordada entre las partes, ya sea retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y en ocasiones por cápita de ciertos servicios la atención provista a los filiados (Guerrero, R. *et al.*, 2011).

El ministerio de Protección Social como una de sus iniciativas para dar cumplimiento a los requerimientos estatales y sociales, desde el 01 de agosto de 2017, creó la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) como nuevo ente rector y encargado de garantizar el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) e implementar los respectivos controles (MinSalud, n.d.).

4.1.2 Sistema de Salud Argentino

Para tener un panorama más claro del Sistema de Salud en Argentina, es necesario primero recalcar que la organización política del país es de índole Federal (Belló M, y Becerril-Montekio VM, 2011), situación que hace complejo el análisis, comportamiento y unificación de rutas de funcionamiento, lo anterior sin embargo no hace menor el continuo avance y esmero por lograr cada vez mejorar más la atención en salud del país.

El Sistema de Salud Argentino, está conformado por tres sectores: Público (integrado por: estructuras administrativas provinciales y nacionales, redes de hospitales y centros de salud públicos, que tienen como labor, atender de manera gratuita a todo sujeto que demande atención), el Seguro Social Obligatorio (OS), (conformado por asalariados, quienes reciben beneficios tanto para ellos, como para sus familias) y el sector Privado que (incluye profesionales que prestan servicio independiente a pacientes particulares asociados a OS o sistemas de medicina prepagada; incluye también, los establecimientos asistenciales contratados y finalmente también a las entidades de seguro voluntario, conocidas como Empresas de Medicina Prepagada (EMP); aunque se pudiera pensar que dada la marcada “desarticulación” en el funcionamiento del Sistema de salud, los anteriores actores mencionados deben indistintamente trabajar en pro de dar cumplimiento al Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual fue dispuesto por el Ministerio de Salud de la Nación (Belló M, y Becerril-Montekio VM, 2011).

En cuanto al financiamiento del Sistema de Salud Argentino, el sector público lo hace por medio de recursos fiscales de manera que la administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional. Este sector también se nutre de recursos que se recaudan en las provincias y municipios. Las obras sociales: se financian con el pago del 8% del salario de los trabajadores activos dividiéndose en el 3% que lo aporta el trabajador y el 5% restante el empleador. Es necesario acotar que una parte de las contribuciones de las OS financia el Fondo Solidario de Redistribución, diseñado para aumentar la equidad en la distribución de los recursos; en cuanto al sector privado: el financiamiento se da por medio de las primas aportadas por los hogares y los pagos de bolsillo de los individuos que reciben atención de un prestador privado (Belló M, y Becerril-Montekio VM, 2011).

4.2 Atención Primaria de Salud

Si bien las dos Repúblicas de interés en el presente trabajo tienen diferentes estructuras de conformación estatal para su funcionamiento, no dejan de tener aspectos en común, siendo la salud uno de ellos; esta independientemente de la forma en la que se diseñen las respectivas intervenciones, incumben determinantemente a los actores y agentes decisores que encabezan el liderazgo de estas.

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud determinó que todos los gobiernos del mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS), debían dar cumplimiento a una política y/o meta social muy específica: “Salud para todos en el año 2000”, esto aunque se ha ido modificando con el pasar de las décadas evidencia que inclusive desde tal época se veía la necesidad de lograr que todos los ciudadanos del mundo tuvieran un estado de salud tal, que les permitiera llevar una vida económica y socialmente productiva (OPS, 1997).

Dado lo anterior, se da origen a la Atención Primaria de Salud (APS), como estrategia de cumplimiento la cual desde su mención y conceptualización en la Declaración de Alma Ata de 1978, es definida como (OMS, n.d.), “La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”

En consecuencia, la APS, se ha constituido como el pilar y guía de los sistemas de salud del mundo en cuanto al logro de lo que se ha denominado como una de sus mayores “obligaciones” - el cuidado de la salud de los pueblos -, esto mediante la adopción de medidas sociales y sanitarias adecuadas (OMS, n.d.).

Es importante destacar que los sistemas de salud de las naciones al diseñar y planear la implementación de la estrategia de APS, deben considerar entre otros aspectos tanto el acceso de la población a los servicios, como la cobertura, equidad y continuidad; lo anterior con el fin de poder ejecutar las “acciones integrales” por las que está conformada, es decir, que no están enfocadas únicamente al aspecto curativo, sino mejor aún a lo preventivo; para describirlo mejor estas acciones se han clasificado en prevención primaria (promoción y protección de la salud, o como también se le conoce – protección específica y detección temprana), prevención secundaria (curación) y finalmente, prevención terciaria (rehabilitación) (Alarcón, J. *et al.*, 1992).

Dicha estrategia per se, requiere de un desglose de prioridades que permitan la creación de programas que den cumplimiento a necesidades prioritarias como, salud materno-infantil, inmunización, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardiovasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, entre otras agrupadas en ocho elementos identificados de la APS denominados como (Alarcón, J. *et al.*, 1992):

- Servicios materno – infantiles.
- Inmunización.
- Control de enfermedades endémicas.
- Medicamentos esenciales.

- Servicios curativos, preventivos y de rehabilitación.
- Educación para la salud.
- Alimentación y mejor distribución de los productos agrícolas.
- Agua y saneamiento ambiental.

Es importante denotar que los dos últimos elementos mencionados, son clasificados como esenciales en la protección de la salud, esto debido a que se consideran como “actividades intersectoriales” y de “participación de la comunidad” (Alarcón, J. *et al.*, 1992), lo cual evidencia que el compromiso por el logro pleno del estado de salud de la población no es exclusivamente de un sólo sector, sino que demanda tanto la intersectorialidad, la Inter institucionalidad como la interdisciplinariedad.

Sin embargo, a pesar de conocer detalladamente los componentes, principios y/o elementos de la estrategia, poco a poco fue tomando fuerza la denominada Atención Primaria de Salud “Selectiva” (APSS), que no es más que un conjunto de servicios limitados que permiten al sistema una mejor relación costo – efectividad, inicialmente instaurada como “medida transitoria” que agrupaba los contenidos prioritarios a 4 “funciones”: programa ampliado de inmunizaciones (PAI), control de enfermedades endémicas, cuidados nutricionales y educación para la salud, ya que al concentrar esfuerzos en estas categorías se consideraba más factible el alcance de metas realistas con el fin de obtener la “salud para todos en el año 2000” y así sucesivamente (Alarcón, J. *et al.*, 1992), (Haggerty JL, Yavich N, y Báscolo EP, 2009); pero,

aun cuando este enfoque prioriza algunos subgrupos, esta conducta según sus detractores reduce la mirada global de la base de la APS (Alarcón, J. *et al.*, 1992).

4.3 Marco Legislativo - Rector de la APS a Nivel Internacional

La declaración de Alma Ata es reconocida como el producto de la unificación internacional por la que los países del mundo fueron convocados a trabajar por la APS, sin embargo con el paso de las décadas aunque sigue vigente no ha sido suficiente para el logro de sus planteamientos iniciales dado que, aspectos como el dinamismo sociocultural, político, demográfico, epidemiológico, económico, ambiental, así como también las infecciones emergentes y/o pandemias, entre otros aspectos (OPS y OMS, n.d.); demandan cada vez un compromiso mayor por parte de los estados en cuanto al diseño o reconfiguración de sistemas de salud basados en la atención primaria.

En consonancia con lo anterior, el 29 de septiembre de 2005 se da origen a la Declaración de Montevideo en la cual, se reconoce una vez más la importancia de contar con sistemas de salud orientados hacia la atención primaria que den cumplimiento a los principios adecuados y les permitan mantenerse en el tiempo replanteándose compromisos por parte de las naciones para dar cumplimiento a los objetivos trazados con relación a la APS,

el facilitar la inclusión y la equidad en salud, el fortalecimiento de la participación comunitaria, la orientación y/o enfoque hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, el fomento del trabajo intersectorial, la potenciación de la calidad en la atención y la seguridad del paciente, el fortalecimiento de los recursos humanos en salud, adecuaciones de condiciones estructurales, la garantía de la sostenibilidad financiera, la investigación, desarrollo y tecnología apropiada, y finalmente, el fortalecimiento de redes de cooperación internacional son algunos de ellos y conforman una amplia arista de áreas a tener en cuenta al momento de reorientar e implementar acciones (OPS y OMS, n.d.).

Fue hacia el 2 de octubre 2014 cuando en la sesión No. 53° del Consejo Directivo de la OPS realizada en Washington D.C, los estados miembros luego de analizar los avances de las naciones en cuanto al acceso y universalidad de los servicios de salud, principios que como ya se mencionaron anteriormente forman parte del funcionamiento de los Sistemas de Salud basados en la APS, y al evidenciar desigualdades en su inclusión, motivó la creación de una hoja de ruta como estrategia regional con el fin de hacer un avance progresivo para que todas las personas puedan tener acceso a los servicios de salud eliminando todo tipo de barreras que limiten el logro de este objetivo (53° Consejo Directivo de la OPS, 2014).

Entre otros acuerdos, los estados miembros de la OPS se comprometieron a “mejorar la organización, la gestión y la eficiencia de los servicios de salud usando modelos de atención que se centran en las necesidades de personas y las comunidades, también a mejorar el primer nivel de atención mediante el fortalecimiento de equipos de salud multidisciplinarios y redes integradas de servicio de salud” (53° Consejo Directivo de la OPS, 2014).

Finalmente, desde la perspectiva internacional ha sido la *Declaración de Astaná* en Kazajistán en octubre de 2018 (OMS/OPS), que todos los países participantes al evidenciar avances desiguales en cuanto al acceso de las comunidades a los servicios de salud, se comprometen a adoptar nuevas direcciones, estrategias y obligaciones para dar cumplimiento con la meta de proporcionar sistemas de salud orientados hacia una APS sostenible; si bien, diversas áreas del cuidado del ciclo vital humano, además del recurso humano indispensable para el logro de este objetivo son mencionados en esta declaración, para el presente trabajo son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles las que son relevantes como objetivo de análisis desde la premisa de que son prevenibles y que aún para la fecha se sigue evidenciando falencias en aspectos relacionados a su prevención, identificación y manejo (Global Conference On Primary Health Care, 2018).

4.4 Marco legislativo - rector de la APS a nivel Nacional

4.4.1 Colombia

Como ya se ha expuesto anteriormente un panorama general de la conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y en consonancia con el llamado internacional hecho desde Alma Ata, los diversos gobiernos durante sus periodos de administración, unos más que otros, han efectuado diversas acciones que acerquen al país a la meta propuesta; en ese orden de ideas es en Colombia partiendo de la anteriormente mencionada Ley 100 de 1993 la cual si bien da forma al Sistema de Salud y se encuentra en vigencia hasta la actualidad, ha sufrido algunas modificaciones, una de ellas es la Ley 1122 de 2007 la cual realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de servicios a los usuarios del sistema; en consecuencia se hacen reformas en aspectos de: *dirección, universalización, racionalización y financiación*, fortaleciendo los programas de salud pública, entre otros. Es precisamente en el capítulo VI: artículos 32° y 33° que la ley hace referencia a la Salud Pública destacando los siguientes aspectos (Palacio D., y Carrasquilla A., 2007):

El artículo 32°: define como importante de la salud pública que está constituida por políticas que buscan garantizar la salud de la población mediante acciones tanto individuales como colectivas, ya que sus resultados

se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país, dichas acciones bajo la rectoría del estado (Palacio D., y Carrasquilla A., 2007).

En consonancia en el artículo 33º: se define como compromiso la creación de un *Plan Nacional de Salud Pública* por parte del gobierno para cada cuatrenio y el cual quedará expresado en el *Plan Nacional de Desarrollo*; su objetivo: “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”, y deberá incluir entre otros aspectos (Palacio D., y Carrasquilla A., 2007):

- El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública.
- Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.
- Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de

tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.

- Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.
- Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.

Posteriormente en el año 2011 que se promulga la Ley 1438, por medio de la cual se pretende reformar y/o reforzar la normativa del sistema de salud preexistente, propiciando un sistema de servicios más accesible, universal, integral, equitativo e incluyente, entre otras características; a través del cual se unifique el plan de beneficios ofrecidos “idealmente” sin ningún tipo de distinción en el tipo de contrato o contribución que se haga al sistema (Correa G., LC, 2017), (Echeverry G., JC., y Santa María S., M., 2011).

Es el Gobierno Nacional quien a partir de este reordenamiento al SGSSS que se plantea en el artículo 2 la importancia de que se encuentre “... orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarios para

promover de manera constante la salud de la población...” (Echeverry G., JC., y Santa María S., M., 2011).

En este espacio hace mención a cinco indicadores básicos que en todos los niveles del gobierno se deben dar cumplimiento y los cuales serán evaluados con regular periodicidad, para hacer seguimiento a lo propuesto ellos son (Echeverry G., JC., y Santa María S., M., 2011):

- Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
- Incidencia de enfermedades de Salud Pública.
- Incidencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
- Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
- Acceso efectivo a los servicios de salud.

Basados en lo anterior es importante señalar que el estado ha sido el responsable de dar cumplimiento a la política de Salud Pública, además de ejercer como garante en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, adoptando la estrategia de APS la cual se define según el artículo 12 como: “... la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la Salud Pública, la promoción de la

salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar mayor nivel de bienestar en los usuarios...” (Echeverry G., JC., y Santa María S., M., 2011), esta a su vez se encuentra conformada por tres componentes integrados e interdependientes, los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación, social, comunitaria y ciudadana; dichos grupos sin duda están atravesados por los métodos, tecnologías y prácticas científicas que contribuyen a las equidad y costo efectividad de los servicios (Echeverry G., JC., y Santa María S., M., 2011).

Finalmente, de manera más reciente es con la Ley Estatutaria No. 1751 de 2015 que se regula el Derecho fundamental a la Salud, dicha ley llega a potenciar y a consolidar el cumplimiento de las normativas preexistentes y para cumplir con dicho objetivo se constituye bajo diez acciones que conforman las Obligaciones del Estado consideradas en el artículo 5°. Entre dichas acciones es importante destacar una que hace relación directa a la APS dado que se refiere a (Gaviria U, A., 2015): “la formulación de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”.

Es por lo anterior que para dar cumplimiento al artículo 5° descrito anteriormente que, para el año 2016 se promulga la Resolución 429, por medio de la cual se adopta la *Política de Atención Integral en Salud* (PAIS), la

cual como queda mencionado en el artículo 1° tiene como objetivo (MinSalud, 2016):

“La generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”.

En el artículo 2°, se deja claro que el marco estratégico de esta Política está fundamentado en la *Atención Primaria en Salud (APS)* y tendrá un enfoque en la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (MinSalud, 2016):

Por su parte en el artículo 3°, se establece el *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)* como modelo operacional de la Política que adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad; este modelo a su vez cuenta con diez componentes descritos en el artículo 5° así (MinSalud, 2016):

- Caracterización de la población.
- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.
- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS.
- Delimitación Territorial del MIAS.
- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- Redefinición del rol del asegurador.
- Redefinición del Esquema de incentivos.
- Requerimientos y procesos del sistema de información.
- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS.
- Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

Con la finalidad de dar fundamentación al inciso 5.2 Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, (RIAS) de la resolución anterior, surge para el mismo año la Resolución 3202, por medio de la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (MinSalud, 2016).

El objetivo de estas rutas que se describe en el artículo 4° es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes

integrantes del SGSSS y demás entidades, con el fin de al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad; dentro de este modelo se definen en el artículo 6° tres Rutas Integrales de Atención en Salud que comprenden acciones sectoriales e intersectoriales tanto de carácter individual como colectivo (MinSalud, 2016), así:

6.1 Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: contempla acciones encaminadas a promover la salud, prevenir el riesgo, la enfermedad y a su vez generar cultura de cuidado en las colectividades.

6.2 Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo: su propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de determinadas condiciones en salud o realizar diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación según corresponda.

Hacen parte de este tipo de RIAS:

- RIAS *para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas.*
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.
- RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
- RIAS para población materno — perinatal.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales.
- RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.

- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

6.3 Ruta integral de atención en salud para eventos específicos: están definidas a partir de los eventos específicos priorizados por grupo poblacional de riesgo descrito en el numeral 6.2.

Finalmente, el artículo 7°: Adopción de las Rutas Integrales de Atención en Salud, para dar cumplimiento más específico al artículo 5, inciso 5.2 de la Resolución 429 de 2016, desarrolla las siguientes RIAS que son adoptadas por la Resolución (MinSalud, 2016):

7.1 *Para la promoción y mantenimiento de la salud.*

7.2 Para la población materno —perinatal.

7.3 Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus — DM y Obesidad.)

7.4 Para la población con riesgo o presencia de cáncer (Cáncer de Mama y Cáncer de Cérvix).

7.5 Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición Aguda para menores de 5 años).

7.6 Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

7.7 Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades transmitidas por vectores: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

Las Rutas previamente mencionadas serán renovadas cuando la evidencia o cambios en el entorno lo demanden y como mínimo debe ser revisadas cada 3 años.

Debido a que durante el tiempo de ejecución y entrada en vigencia del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, se evidenció una brecha y desarticulación en el desarrollo entre territorios y al interior de los mismos; con el fin de articular de mejor manera el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, se consideró pertinente hacer una reconfiguración de dicha política reglamentada en la Resolución 2626 de 2019 diseñando un modelo fundamentado en la *Atención Primaria en Salud* que esté centrado en las personas, familias y comunidades, que asegure una efectiva participación social y comunitaria, entre otros aspectos (MinSalud, 2019).

Por lo anterior, el nuevo modelo que se propone para dar mejor respuesta y alcanzar los objetivos propuestos se denomina Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, que, si bien reconocerá e incorporará los hallazgos y avances realizados por el MIAS, a través de unas líneas de acción específicas pretende alcanzar la cobertura y el acceso de todas las personas al goce del derecho fundamental de la salud (MinSalud, 2019).

Dichos cambios en la PAIS, bajo el MAITE como se dijo está cimentado en la APS más claramente descrito en el artículo 5° *Estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud*, que, para la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de políticas en salud pública, se desarrolla bajo las siguientes estrategias (MinSalud, 2019):

5.1 Estrategia de Atención Primaria en Salud: permite la coordinación intersectorial para brindar una atención integral e integrada; está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: *los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana.*

5.2 Estrategia de Gestión Integral de Riesgo en Salud: se considera la estrategia transversal de la Política de Atención Integral de Salud, su objetivo es lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

5.3 Enfoque de cuidado de la salud: implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, la solidaridad y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

5.4 Enfoque diferencial de derechos: consiste en el reconocimiento de poblaciones con características particulares, implica desarrollar un proceso de adaptación y adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las necesidades de cada población.

Como queda evidenciado, desde la rectoría del estado colombiano se han dispuesto, al menos normativamente, las regulaciones pertinentes para llevar a cabo una implementación de la *Atención Primaria en Salud* y demás estrategias/programas en general, sin embargo, es a lo largo de la presente investigación que se procurará bajo sustento documental y análisis propio de la investigadora, identificar aquellos aspectos favorecedores o limitantes en la consecución de los objetivos propuestos en cuanto a la Hipertensión Arterial.

4.4.2 Argentina

Por otro lado, es necesario recordar que en la República Argentina la implementación de normativas, estrategias y proyectos tiene un comportamiento diferente dada su conformación federal y gran nivel de segmentación y fragmentación (Stolkiner A., Comes Y., y Garbus P., 2011).

Desde luego que el sector de la salud no es ajeno a esta forma de conducción, de hecho, debido a que se encuentra subdividido en tres subsectores (*estatal* (nacional, provincial y municipal), de *obras sociales* y *privado*) es que facilita la creación y/o percepción de una brecha entre las iniciativas a nivel nacional vs. Provincial, ya que estas últimas se comportan de manera autónoma diseñando sus propias normativas (leyes, decretos, resoluciones), programas, etc. Tal es el punto al que se ha llegado de no consenso entre las partes, que aún no se cuenta con una ley nacional que reglamente la implementación de la APS de modo integral (Stolkiner A., Comes Y., y Garbus P., 2011), al ser una estrategia sobre la que se debería centrar el sistema de salud, se esperaría la promulgación de una norma que unifique los lineamientos a seguir en pro de la consecución de los objetivos propuestos.

Sin embargo, a pesar de carecer de esta ley nacional, se puede destacar la iniciativa tenida por la conformación del COFESA (Consejo Federal de Salud), organismo que fue creado el 13 de enero de 1981 bajo la Ley 22.373 del mismo año y quien está encargado de propender por el desarrollo de la salud en toda la República Argentina (MSal, 1981), este organismo atravesó dificultades en los años siguientes a su fundación, pero más agudamente cuando a nivel nación por la crisis del 2001 el país experimentó una inestabilidad en la ordenación institucional la cual se percibió seriamente amenazada y a nivel general había un clima de cuestionamiento al principio de autoridad; por lo tanto, como muestra de fortalecimiento institucional los ministros y secretarios del momento restituyeron la visibilidad del organismo y adoptaron medidas que contribuyeran a hacerle frente a la crisis que se vivenciaba (MSal, 2004).

Es entonces que, para ese mismo año y con el fin de unificar los lineamientos que propendieran por la salud de los argentinos que se diseñaron normativas en diversas áreas, pero en cuanto al tema investigado fue la Ley 25. 501 del 2001 por medio de la cual se creó el Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares la cual se encuentra orientada a reducir la morbimortalidad de causa coronaria y cerebrovascular en la población general (Urbina P, 2017).

Teniendo en cuenta los sucesos mencionados en la reunión sostenida entre el Ministro de la Nación para el año 2003, Dr. Ginés GONZÁLEZ GARCÍA y sus pares provinciales, se da la firma del Acuerdo Federal de Salud de San Nicolás de los Arroyos, ya que se considera como un ámbito adecuado para la generación de políticas públicas que propenden al fortalecimiento del sistema bajo la premisa de ser garantes en la provisión y el acceso a todos los servicios de salud de toda la población; a su vez, en dicho acuerdo se generan un serie de cláusulas en condición de reconocimiento obligatorio por parte de todas las jurisdicciones, siendo para este caso puntual de importante mención la cláusula quinta que tiene como fin el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, esta se refiere a la “Revalorización de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y otorgamiento un rol protagónico en el Sistema de Salud Argentino. En este marco las autoridades sanitarias competentes priorizarán el fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud, tanto en su infraestructura, equipamiento e insumos, como en todo lo concerniente a sus recursos humanos” (MSal, 2003).

En atención a la disposición anterior es que para el año 2004 se sientan las bases del primer Plan Federal de Salud 2004 - 2007, el cual tiene como objetivo el fortalecimiento de la APS en una reorientación como organizador del sistema de salud, es en este plan que se da la prioridad absoluta a la atención primaria fortaleciendo entre otros aspectos, el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) articulando variables tanto en el modelo de atención, como en el de gestión y financiamiento (MSal, 2004).

Fue en el año 2005 que siguiendo con la iniciativa de implementación y fortalecimiento de la APS se propuso como proyecto la creación del Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS), el cual desde entonces hasta la fecha se enfoca en la organización de redes de atención capacitación de recurso humano de primer nivel y la participación comunitaria (MSal, 2005); siendo su principal objetivo el consolidar un modelo basado en la atención primaria de la salud.

En los años posteriores se evidencia el compromiso cada ve en aumento de los gobiernos, ya que fueron diseñando e implementando distintos planes, programas y/o estrategias que será enunciadas más adelante, sin embargo, es pertinente destacar la promulgación de la Ley 26.905 del año 2013: "Reducción del consumo de sodio en la población", la cual ratifica el compromiso del que fuera aparentemente "olvidado" Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares ya mencionado previamente (MSal, 2013).

Como últimas y recientes medidas legislativas en torno al tema en estudio se encuentran la Ley 27.177 de 2015 por medio de la cual se crea el Instituto Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento e Investigación de las Enfermedades Cardiovasculares, el cual está encargado del diseño de políticas nacionales de prevención, control de riesgos de manera intersectorial, entre otros aspectos (MSal, 2015). Institución que genera la

imagen de estructura y organización como respuesta de compromiso en cuanto al control de este tipo de patologías y finalmente la Ley 27.197 de 2015 que reglamenta la lucha contra el sedentarismo en aras de promover el conocimiento sobre los beneficios de la actividad física, así como su importancia, desalentando conductas sedentarias ya que constituyen un riesgo para la salud en general (MSal, 2015).

4.5 Enfermedades Crónicas No Transmisibles – Panorama Internacional.

Las enfermedades crónicas no trasmisibles son entidades prevenibles y en su mayoría se encuentran relacionadas con el estilo de vida de las personas; la atención primaria de la salud juega un papel importante en el manejo de estas siendo el interés de este trabajo conocer las estrategias y/o intervenciones que desde este componente se han establecido para la detección, prevención y control de la Hipertensión Arterial patología que forma parte de este grupo. Con base en lo anterior se presentará a continuación el comportamiento de la enfermedad.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se reconocen como un proceso de evolución prolongado, cuya resolución no es espontanea, pocas veces se curan, son de múltiple etiología y no son contagiosas, sin embargo, generan una gran carga al sistema de salud no solo a nivel económica sino

social (Robledo R. y Escobar F, 2010), esto debido a la relación directa con los determinantes sociales de la salud.

Dentro del grupo de las ECNT se encuentran patologías como las cardiovasculares que incluyen la Hipertensión Arterial, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria y la enfermedad vascular periférica; también las enfermedades metabólicas dentro de las cuales está la obesidad, las dislipidemias, la diabetes y osteoporosis; además se incluyen las enfermedades neoplásicas conformadas principalmente por el cáncer de cuello uterino, de seno, próstata, gástrico, de colon y recto, finalmente, las enfermedades pulmonares dentro de las cuales sobresale la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma, entre otras (Campos MS., 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud estas enfermedades son responsables de la muerte de aproximadamente 41 millones de personas a nivel mundial cada año, cifra que corresponde a un 71% de los decesos totales del mundo, lo cual es un panorama preocupante y más si se tiene en cuenta que las personas de edad avanzada son los más afectados (OMS, 2018). Datos más específicos indican que, en el año 2008 de las 57 millones de defunciones ocurridas, las dos terceras partes, aproximadamente 36 millones tuvieron como causa las ECNT ocurriendo en una cuarta parte de ellas a personas menores de 60 años, lo cual reconfigura el perfil etéreo percibido en dichas patologías (OMS, 2010).

Es necesario comprender la importancia de identificar y caracterizar la población que padece este tipo de patologías, no sólo desde el ámbito biológico y/o “enfermedad”, sino también desde las dimensiones psicosociales y económicas que rodean a las personas las cuales sin duda hacen parte de los factores que predisponen el padecimiento de las ECNT; la transición demográfica, la urbanización y la globalización son considerados como algunos de los determinantes del aumento de las prevalencias de estas enfermedades, esto de la mano de la disminución de las tasas totales de fecundidad y en contraste el aumento de la esperanza de vida, elementos que inevitablemente repercuten en la composición de la estructura de la población (Beratarrechea A., 2010).

Con la anterior información no se pretende que se entienda que la globalización o la urbanización y la transición demográfica son aspectos negativos en una sociedad, lo que sí sucede es que se convierten en una limitante a potenciar cuando los cambios mencionados se dan de manera desorganizada, acelerada y poco regulada, ya que al no ir de la mano del crecimiento de la infraestructura y la disposición de los servicios afecta la calidad de vida de la población y en general altera las dinámicas de la sociedad (Beratarrechea A., 2010).

Al reconocer que las ECNT son de etiología multifactorial se hace necesario ampliar la perspectiva de análisis en cuanto a los factores de riesgo que predisponen en mayor medida a las mismas, el hecho de que por ejemplo

en países en vía de desarrollo el crecimiento de la sociedad y sus asentamientos urbanos, migraciones de la zona rural, etc. se den de forma desorganizada y en la mayoría de los casos sin garantías que permitan llevar una adecuada calidad de vida, hacen que los estilos de vida inadecuados sean de los principales desencadenantes de estas patologías (Beratarrechea A., 2010).

Aspectos socio económicos como: la pobreza y el deficiente o limitado acceso a servicios de educación favorecen que las personas adopten estilos de vida inadecuados, los cuales se ha visto que están mediados por unos factores de riesgo denominados como “primarios” tales identificados como: la alimentación inadecuada (rica en sodio, azúcares y grasas), el consumo del tabaco, la inactividad física o sedentarismo y el consumo de alcohol; de los cuales a partir de su ocurrencia se puede decir que derivan fundamentalmente aquellos factores de riesgo denominados como “intermedios” que son: la presión arterial elevada, la obesidad y las alteraciones metabólicas de la glucosa y los lípidos, factores que a su vez explican la incidencia de las principales ECNT (enfermedades cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica y cáncer) (Beratarrechea A., 2010).

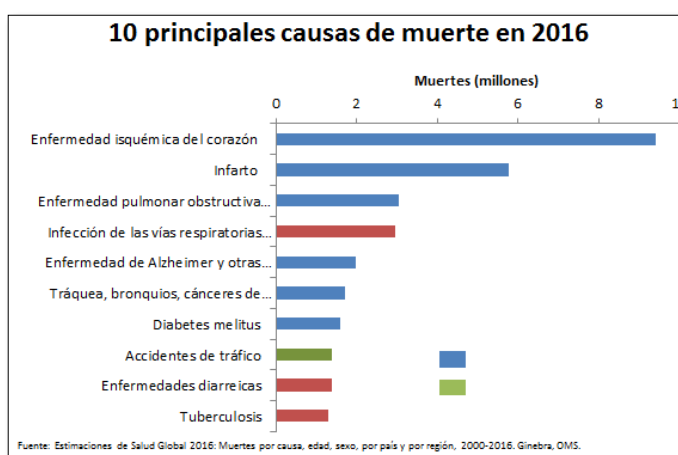
Es precisamente que, en respuesta a la prevalencia de las patologías previamente mencionadas, junto con los factores identificados para su ocurrencia que en septiembre del año 2012 durante la 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana llevada a cabo en Washington, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud diseñan la *Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012 – 2025*. La cual da continuidad y propone mejoras a estrategias llevadas a cabo previamente que por estar fuera del rango temporal establecido para la presente investigación no se mencionan; esta estrategia tiene como meta general reducir la morbilidad, discapacidad y la mortalidad prematura causada por las ECNT en las Américas, logrando para el año 2025 una disminución de un 25% en la mortalidad prematura causada por las cuatro principales ECNT mencionadas anteriormente, esto a través de cuatro objetivos estratégicos clave, basados en siete principios esenciales (OPS y OMS, 2012).

Como respuesta a dicha estrategia, en el año 2013 se crea el *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, el cual se implementará durante los años 2013 – 2019 y tiene como meta reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles, así como reducir a lo mínimo la exposición a factores de riesgo y más bien potenciar la exposición a factores protectores para de esta manera reducir la carga socio económica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad (OPS y OMS, 2013). De igual manera este

plan se encuentra alineado con el marco mundial de vigilancia y el *Plan de acción mundial para la prevención de enfermedades no transmisibles, 2013–2020* de la OMS (OMS, 2011), (OMS, 2013).

En ese orden de ideas y atendiendo a que en todos los anteriores planes, normativas y estrategias el primer grupo de enfermedades más prevalentes agrupa las patologías cardiovasculares a las cuales se les atribuye ser la principal causa de mortalidad en el mundo, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2018; de las 56.4 millones de defunciones registradas en 2016 a la cardiopatías isquémicas y a los accidentes cerebrovasculares se les reconoce como las principales responsables de 15.2 millones de ellas, patologías que han sido la constantes en estas estadísticas durante los últimos 15 años, ver **figura No 3** (OMS, 2018).

Figura No 3. Diez principales causas de muerte en el mundo 2016.

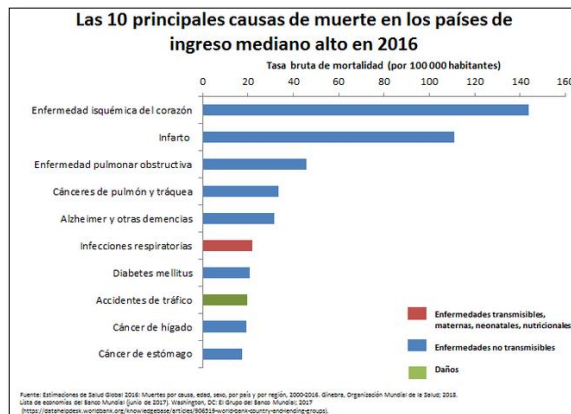


Fuente. Tomada del informe de la Organización Mundial de la salud “Las 10 principales causas de defunción”, 2018.

De manera más específica, dando una mirada más puntual a los países mencionados previamente como objeto de análisis de la presente investigación, los cuales según la nueva clasificación de países y el nivel de ingresos diseñada por el Banco Mundial para el año 2019 y 2020 teniendo en cuenta sus economías y el Ingreso Nacional Bruto (INB), los ubica dentro del grupo de Países de ingreso mediano – alto o como Economías con ingresos superiores medios, específicamente el INB per cápita para este grupo en USD (2018) a partir del 1 de julio de 2019 se encuentra entre 3,996 y 12,375, con base en lo anterior la cifra para Colombia y Argentina es de 6180 y 12370 respectivamente (World Bank Data Team, 2019).

Teniendo clara la información anterior, la Organización Mundial de la Salud para el año 2016 estableció las 10 principales causas de muerte en los países según los subgrupos por ingresos, la **figura No 4**. Ilustra y denota la constante incidencia de las enfermedades cardiovasculares (*enfermedad isquémica del corazón e infarto*), en orden respectivo, la importancia de análisis de estos datos no sólo radica en conocer el grado de afectación de determinada patología a la población en sí, sino en la evaluación y orientación de los sistemas de salud en torno al diseño de iniciativas que propendan a la prevención y mitigación de la aparición de este tipo de afecciones (World Bank Data Team, 2019).

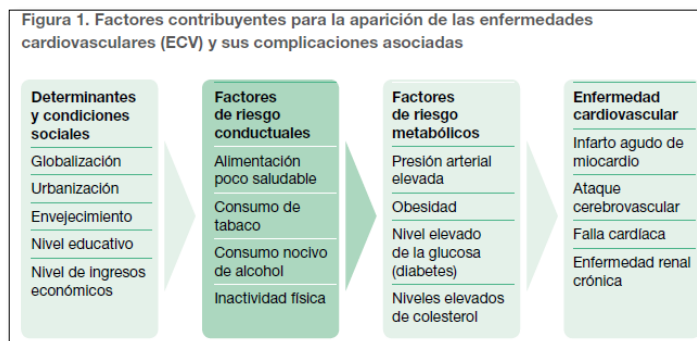
Figura No 4. Diez principales causas de muerte en los países de ingreso mediano – alto en 2016.



Fuente. Tomada del informe de la Organización Mundial de la salud “Las 10 principales causas de defunción”, 2018.

La carga de un alto porcentaje de las ECNT, principalmente para este caso las enfermedades cardiovasculares, podría prevenirse mediante la reducción de los factores de riesgo tanto conductuales, como biológicos y/o metabólicos, ver **figura No 5** (OPS, 2019), (OMS, 2010):

Figura No 5. Factores contribuyentes para la aparición de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y sus complicaciones asociadas.



Fuente. Tomada de “HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes”, 2019.

Como más representativos se consideran:

- El tabaquismo: alrededor de 6 millones de personas mueren aproximadamente por esta causa cada año y aproximadamente causa el 10% de las enfermedades cardiovasculares.
- El sedentarismo: se le atribuyen aproximadamente 3.2 millones de muertes cada año, las personas con poca o nula actividad física tienen entre 20 – 30% más de probabilidades que otras de padecer enfermedades, entre ellas las cardiovasculares o incluso de morir.
- El uso nocivo del alcohol: aproximadamente 2.3 millones de muertes en el mundo son debido a esta causa, es decir un 3.8%

del total; más de la mitad de esos decesos son provocados por diversas ECNT entre ellas las cardiovasculares.

- La dieta no saludable: el consumo de alimentos poco saludables, en especial la ingesta elevada de sal y grasas saturadas y ácidos grasos trans predisponen al padecimiento de la hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedades cardiovasculares.
- El sobrepeso y la obesidad: al menos 2.8 millones de personas mueren al año por esta causa, ya que el riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares (ACV) entre otras enfermedades, crece paralelamente al incremento del índice de masa corporal (IMC).
- La Hipertensión Arterial es factor de riesgo intermedio/biológico predominante asociado a las exposiciones relacionadas anteriormente que la hace potencialmente determinante en la ocurrencia de las enfermedades cardiovasculares, además responsable de aproximadamente 7.5 millones de decesos al año.

4.6 Hipertensión Arterial

Según la Organización Mundial de la Salud, la *Hipertensión Arterial*, es una patología - trastorno que consiste en el aumento persistente de la presión sobre los vasos sanguíneos por medio de los cuales circula la sangre en el cuerpo; se expresa teniendo en cuenta la medición de dos cifras: la *tensión sistólica* (presión de los vasos cuando el corazón se contrae o late) y la *tensión diastólica* (presión ejercida cuando el corazón se relaja entre latidos), los valores para diagnosticar esta patología son: PA Sistólica (PAS) \geq 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg (OMS, 2019).

Dentro de los factores de riesgo que predisponen su aparición se encuentran algunos previamente mencionados, por ejemplo: dietas inadecuadas, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo y sobrepeso u obesidad; sin embargo, es importante también mencionar aquellos no modificables como: antecedentes familiares de hipertensión, la edad (> 65 años) y el presentar comorbilidades como la diabetes o las nefropatías, entre otras (OMS, 2019).

Esta patología es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares; de acuerdo con cifras oficiales en el mundo hay cerca de 1400 millones de personas que sufren Hipertensión Arterial y sólo un 14% de ellas se considera que se encuentra controlada, dicha situación se ha hecho

más visible con el paso del tiempo en los países con bajos y medianos ingresos, razón por la cual cada vez toma más fuerza tomar acciones de prevención y afrontamiento por parte de los sistemas de salud y a por ende por los decisores que allí intervienen, ya que al ser esta patología altamente prevenible se pueden disminuir las cifras de morbimortalidad de las personas y a su vez potenciar la calidad de vida de las mismas (OPS, 2019).

Es por lo anterior y para avanzar hacia un abordaje y control mundial sobre esta problemática no sólo de salud, sino económica y social que la OPS en el año 2009 emite la *Declaración Política: Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población*, la cual tiene como meta política alcanzar para el año 2020 un descenso gradual y sostenido del consumo de sal en la dieta logrando cumplir con los objetivos propuestos para cada nación, o en caso de la ausencia de los mismos lograr la meta internacional recomendada de un valor inferior a 5g/día/persona (OPS, 2009).

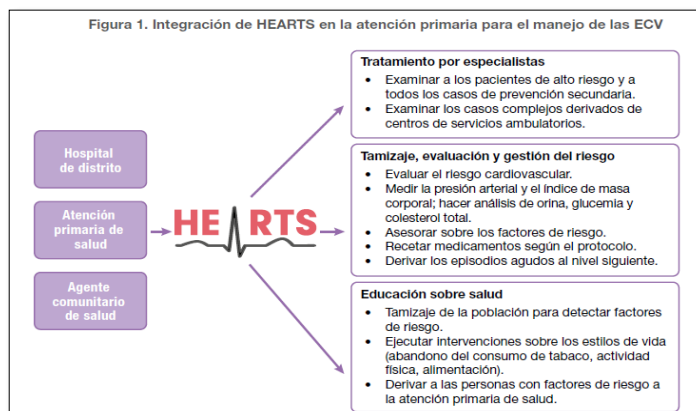
En los años posteriores, no ha cesado las acciones por parte de la OPS/OMS para potenciar las acciones implementadas en conjunto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, puntualmente en el año 2016 implementaron la iniciativa global HEARTS la cual consiste en un paquete técnico que propende por mejores prácticas de prevención y el manejo de las ECV integrándolo en los servicios de salud preexistentes y así promoviendo un mejor desempeño de los

servicios en cuanto al control de la enfermedad y la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud (OMS, 2019), (OPS, n.d.).

Dicho paquete técnico consta de una guía de implementación y cinco módulos distribuidos así: asesoramiento sobre estilos de vida saludables, protocolos de tratamiento basados en datos objetivos, acceso a las tecnologías y medicamentos esenciales, atención en equipo y sistemas de seguimiento, los cuales constituyen el enfoque estratégico de la iniciativa (OMS, 2019).

Si bien la inclusión de este paquete se debe hacer de manera paulatina con las adaptaciones pertinentes de acuerdo con un análisis individualizado de cada nación, Colombia y Argentina forma parte del grupo de países que adoptaron esta iniciativa la cual ilustra y sugiere cómo se puede integrar HEARTS en la atención primaria (OPS, 2019). Ver **figura No 6**.

Figura No 6. Integración de HEARTS en la atención primaria para el manejo de las ECV.







Fuente. Tomado de “HEARTS paquete técnico – Guía de implementación”, 2019.

Es pertinente destacar que al adoptar como guía la iniciativa HEARTS, lo que se pretende es proponer una línea en común para que las naciones del mundo logren los compromisos o metas propuestas en diferentes acuerdos como, por ejemplo: la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en 2011, en la cual se definieron nueve metas mundiales voluntarias para las ENT y su cumplimiento se evaluará en el 2025; Tres de estas metas se relacionan directamente con el manejo de las ECV, las cuales al mismo tiempo están incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por cuyos resultados las naciones serán evaluadas en el 2030, por lo tanto HEARTS en concordancia con lo anterior aborda diferentes metas (OPS, 2019). Ver **figura No 7**.

Figura No 7. Metas o indicadores mundiales pertinentes.

Figura 3. Metas e indicadores mundiales pertinentes

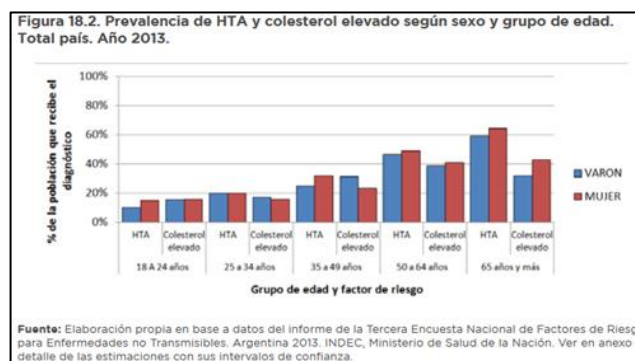
<p>Metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible (2)</p>		<p>3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.</p> <p>3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.</p>
<p>Metas del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 (3)</p>		<p>Reducción relativa del 25% del riesgo de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.</p> <p>Al menos 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.</p> <p>Disponibilidad de 80% de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros de salud públicos como en los privados.</p>
<p>Monitoreo por la OMS de los avances en los indicadores sobre las enfermedades no transmisibles (4)</p>	 	<p>9 El Estado Miembro tiene directrices, protocolos o normas nacionales, reconocidas o aprobadas por el gobierno o las autoridades competentes y con fundamento científico, para la atención clínica de las principales ENT mediante el enfoque de la atención primaria de salud.</p> <p>10 El Estado Miembro provee tratamientos farmacológicos (entre otros, para el control de la glucemia) y asesoramiento a las personas con alto riesgo que lo necesitan para prevenir los infartos del miocardio y los accidentes cerebrovasculares, con especial hincapié en la atención primaria de salud.</p>

Fuente. Tomado de "HEARTS paquete técnico – Guía de implementación", 2019.

4.6.1 Hipertensión Arterial en Argentina – Planes, Programas y/o Estrategias.

Con relación al perfil de morbilidad de esta enfermedad, en la Argentina según el análisis de situación de salud de 2018, la prevalencia de la hipertensión arterial esta muy relacionada con el sobrepeso principalmente en personas en el rango de edad entre los 50 – 64 años (más del 40%), sin embargo, a partir de los 65 la cifra llega casi al (60%), siendo las mujeres el grupo más afectado (MSal, 2018). Ver **figura No. 8**

Figura No 8. Prevalencia de la HTA y colesterol elevado según sexo y grupo de edad. Total país, Argentina – 2013.



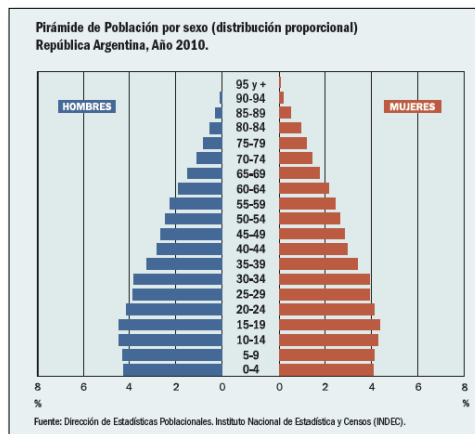
Fuente. *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Argentina – 2018.*

En consecuencia, con el proyecto de intervención anteriormente mencionado, Argentina ha incrementado su compromiso en cuanto a la prevención y control de las ECV y su principal factor de riesgo, la *Hipertensión Arterial*; según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada durante el año 2018 la principal causa de muerte para el año 2015 fueron las enfermedades del corazón con un porcentaje atribuido de (39.3%) y la HTA quien desempeña un papel protagonista en este tipo de patologías sigue mostrando un comportamiento representativo con respecto a las ediciones anteriores; esta encuesta aplicada en el país desde el año 2009, si bien es una herramienta de información en salud y sociedad para la nación, contaba con un importante subregistro de la información ya que los valores de prevalencia de la *Hipertensión* se obtenían bajo el método de autorreporte arrojando como resultado de prevalencia del 35%, sin embargo para esta última edición se incluyeron mediciones objetivas de la presión arterial (PA)

con tensiómetros automáticos y una técnica estandarizada en una muestra probabilística de representatividad nacional lo cual permitió la construcción de un nuevo indicador que se combina al de autorreporte “HTA combinada” y que dio como resultado una prevalencia de 46.6% dato que claramente pone en evidencia el subdiagnóstico de esta enfermedad en el país (Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2019).

En Argentina se considera que hay aproximadamente 16 millones de personas con HTA, de las cuales el 80% son menores de 65 años información determinante ya que se conciben como personas en edad activa, sin embargo, llama la atención que 1 de cada 4 personas con HTA no saben que padecen la enfermedad, lo que hace más complejo su control, pero a su vez potencia la iniciativa de desarrollar estrategias que propendan por la prevención y control de la misma (Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2019).

Figura No 9. Pirámide de Población por sexo (Distribución proporcional), República Argentina, año 2010.



Fuente. Tomado del informe de “Indicadores Básicos”, Argentina 2019.

Teniendo en cuenta la distribución poblacional de la nación que se puede observar en la figura No. 9 (Dirección de Estadísticas e Información en Salud y Ministerio de Salud Argentina, 2019); el análisis de los indicadores de mortalidad para el país que expone el reciente informe de la OPS/OMS pretende evidenciar gráficamente comportamiento que ha tenido las ECNT englobando sus respectivos factores de riesgo (OPS y OMS, 2019). Ver **figura No 10.**

Figura No 10. Mortalidad por las Enfermedades No Transmisibles.

MORTALIDAD POR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES														
PAÍS	POBLACIÓN TOTAL 2016	NÚMERO DE DEFUNCIONES				PROPORCIÓN DE DEFUNCIONES DEBIDAS A ENT (%)						Todas las ENT 2016		
		DEFUNCIONES TOTALES	DEFUNCIONES POR ENT 2016			Todas las ENT	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Enfermedades respiratorias crónicas	Diabetes	Otras ENT			
			Total	Hombres	Mujeres							Total	Hombres	Mujeres
ARGENTINA	43.847.000	328.000	254.500	128.500	126.000	77,6	27,8	20	10,5	2,8	16,5	424,7	552,3	334,4

Fuente. Tomado y adaptado al formato de “Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras”,
2019.

La imagen anterior, es un reflejo claro de lo que la literatura y los datos previos expresados son de gran relevancia, ya que, si se tiene en cuenta que, de las 328.000 defunciones acaecidas en el año 2016, 254.500 fueran por ENT es un dato no menor, es decir el 77.6% de los cuales casi un 28% fueron atribuidas a las enfermedades cardiovasculares, que como se ha mencionado tiene como factor de riesgo principal la HTA.

Es por lo expuesto que en concordancia no solo con estas cifras recientes, sino con las obtenidas desde el inicio de la recolección de datos a través de los años es que el gobierno Nacional con sus respectivas transiciones ha atendido el llamado internacional a comprometerse a trabajar incansablemente por la disminución de estos indicadores ante diversos entes mundiales; en ese orden de ideas la República Argentina bajo el liderazgo de la *Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles* han diseñado e implementado una serie de alternativas, proyectos, planes, programas y estrategias con el fin de prevenir y controlar en general las ECNT, pero particularmente la *Hipertensión Arterial*, ya que de

esta manera como reacción en cadena mejorará los indicadores de las *enfermedades cardiovasculares* en general, entre otras; algunos de ellos son:

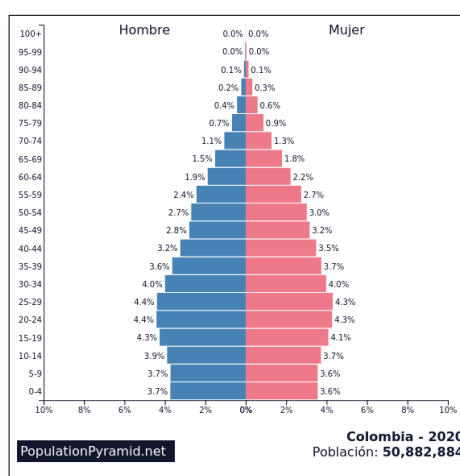
- La Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Argentina Saludable: bajo la Resolución 1083/2009 se aprueba dicha iniciativa bajo tres líneas de acción: *intervenciones en la población por medio del plan Argentina Saludable, vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo y la reorientación de los servicios de salud en pro de la atención de estas enfermedades* (MSal, 2009).
- El Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares: bajo la Resolución 801/2011 fue aprobado dicho programa cuyo propósito diseñado fue disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares y de los factores de riesgo para el desarrollo de éstas (MSal, 2011).

A partir de las anteriores iniciativas, para dar cumplimiento a la estrategia, también se han diseñado los programas: *Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad*, además, aquel enfocado al *control del Tabaco*, el *Programa Nacional de la Lucha contra el Sedentarismo* y el *Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo del Alcohol*, entre otros (Dirección Nacional de Prevención de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, 2018).

Final y más recientemente, en el año 2018 se dio el lanzamiento del Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, el cual tiene como fin disminuir el impacto de la HTA en la morbi-mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares, capacitando a los equipos de salud en el abordaje de las personas con HTA, además garantizando la provisión de recursos y monitoreando el impacto del mismo en los indicadores de proceso y resultado (Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Secretaría de Gobierno de Salud, y Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018).

4.6.2 Hipertensión Arterial en Colombia – Planes, Programas y/o Estrategias.

Figura No 11. Distribución Poblacional Colombia – 2020.



Fuente. Tomada de la página: "PopulationPyramid.net", pirámides de población del mundo.

Colombia por su parte, con una población aproximada de 50.882.884 habitantes para el año en curso como se puede evidenciar en la **figura No 11** (Anon., 2020). También a través de los años y con las respectivas transiciones demográficas que ello conlleva ha mostrado gran compromiso por ejercer una mayor prevención, reducción y control sobre la *Hipertensión Arterial* en el país ya que como lo evidenció la Encuesta Nacional de Salud-2007 esta patología lidera el motivo de consulta en los servicios de consultorio externo en la población mayor de 45 años correspondiente a un 17.6% de las consultas médicas registradas (Sistemas Especializados de Información SEI S.A., CENDEX Pontificia Universidad Javeriana., COLCIENCIAS, y Ministerio de la Protección Social., 2007).

Además, como se cita en la ficha técnica del Ministerios de Salud para el año 2017, según cifras de la Cuenta de Alto Costo, el registro de población BDUA con corte al 30 de junio de 2015, la bodega de datos del Sistema de Información de la Protección Social, SISPRO, se estima que el 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos cardiovasculares son causados por dicha patología, sin embargo lo que más preocupa es el tendiente ascenso de las cifras y su consolidada posición representativa en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población (MinSalud, 2017)

Dichos datos se pueden ver aún más explícitos en los indicadores de mortalidad para el país que expone el informe de la OPS/OMS en cuanto al comportamiento que han tenido las ECNT en las cuales tiene una participación importante la HTA (OPS y OMS, 2019). Ver **figura No 12**.

Figura No 12. Mortalidad por las Enfermedades No Transmisibles, 2016.

MORTALIDAD POR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES														
PAÍS	POBLACIÓN TOTAL 2016	NÚMERO DE DEFUNCIONES				PROPORCIÓN DE DEFUNCIONES DEBIDAS A ENT (%)						Todas las ENT 2016		
		DEFUNCIONES TOTALES	DEFUNCIONES POR ENT 2016			Todas las ENT	Enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Enfermedades respiratorias	Diabetes	Otras ENT	Total	Hombres	Mujeres
			Total	Hombres	Mujeres									
COLOMBIA	48.653.000	282.000	211.400	110.100	101.200	74,8	29,7	19,9	6,5	3,4	15,3	462,8	547,2	396,1

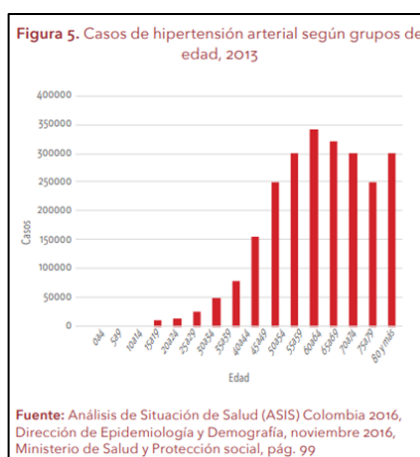
Fuente. Tomado y adaptado al formato de “Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras”, 2019.

La imagen anterior soporta las motivaciones que propenden por la creación de iniciativas, políticas, proyectos, investigaciones, etc. Que se hacen respecto a este tema, ya que al analizar que, de las 282.000 defunciones ocurridas en el 2016, 211.400 hayan estado asociadas a las ENT correspondiente a un 74.8%, es un dato preocupante si además se tiene en cuenta que las *enfermedades cardiovasculares* son las que siguen acrecentándose y ocupando el primero lugar con un 29.7% de las muertes.

Para el año 2017 según el Boletín de la Cuenta de Alto Costo (CAC) habían 3´776.893 hipertensos identificados que en comparación con la cifra de 2016 de 3´524.445; claramente es una cifra que llama la atención ya que

va en aumento siendo una de las diez primeras causas de consulta a las centrales de urgencia sobre todo en los mayores de 45 años **figura No. 13** (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2018).

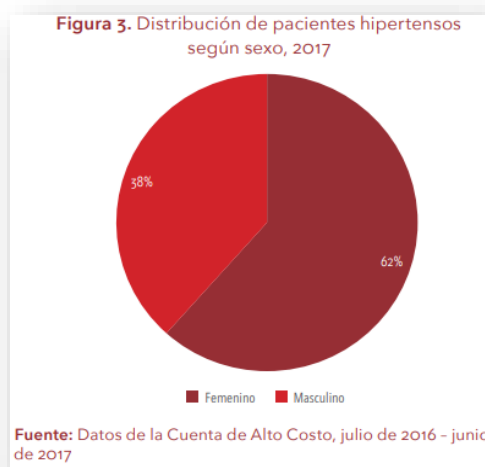
Figura No 13. Casos de hipertensión arterial según grupos de edad, 2013.



Fuente. Boletín de información técnica y especializada de la Cuenta de Alto Costo, 2018.

La distribución de esta patología por sexo no es un dato menos importante ya que son las mujeres en un 62% de la población que son hipertensas, estos datos fueron proveídos por el boletín de la CAC, la información anterior más allá del diagnóstico neto, debe llevar a preguntarse por los hábitos de vida, entorno socio culturales y/o responsabilidades atribuidas a cada cual que hagan que esta patología tenga una predisposición mayor como se evidencia en la **figura No 14** (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2018):

Figura No 14. Distribución de pacientes hipertensos según sexo, 2017.



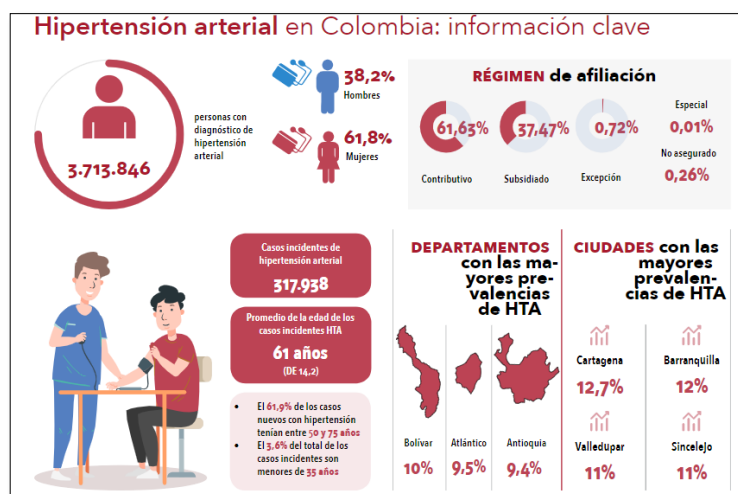
Fuente. Boletín de información técnica y especializada de la Cuenta de Alto Costo, 2018.

No hay que dejar de lado que la HTA también es un factor precursor frecuente en el desarrollo de otra gran enfermedad monitorizada en la cuenta de alto costo, la *Enfermedad Renal Crónica (ERC)*, esta última clasificada como un problema de salud pública que lejos de llegar a un punto de control o estabilización en el diagnóstico de casos, como se cita en el ASIS, el Estudio de Carga Global de la enfermedad para el año 2010 ubicó a esta enfermedad en el puesto 18 como causa de muerte, cuando para el año 1990 estuvo en el puesto 27, (MinSalud, 2017).

De acuerdo con el reporte especial de la Cuenta de Alto Costo del año 2018, en Colombia en el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2017 y el 30 de junio de 2018 existen 3.713.846 personas captadas e identificadas con

el diagnóstico de HTA, de los cuales el 61.8% son mujeres; aproximadamente el 61.9% de los casos nuevos tenían entre 50 a 75 años, dando una edad promedio de 61 años (Cuenta de Alto Costo (CAC), 2018). Ver **Figura No 15**.

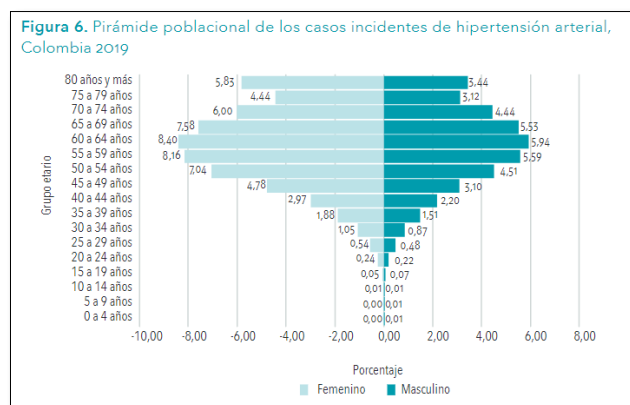
Figura No 15. Hipertensión Arterial en Colombia: información clave.



Fuente. Tomada de "Reporte Especial # 3 de la Cuenta de Alto Costo: La importancia de conocer las cifras de presión arterial", 2018.

Siguiendo con la información que provee la fuente anterior, para el periodo comprendido entre el 1° de julio de 2018 y el 30 de junio de 2019 se registraron en Colombia 496.155 casos nuevos de HTA, lo que daría un total aproximado de 4.210.001 personas que padecen esta enfermedad, el 58.9% fueron mujeres y la edad promedio de incidentes de HTA continúa siendo de 61 años (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo y CAC, 2020). Ver **figura No 16**.

Figura No 16. Pirámide poblacional de los casos incidentes de hipertensión arterial, Colombia 2019.



Fuente. Tomado de “Situación la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019”

En consecuencia con la información anterior y dada la relevancia de intervenir esta patología ampliamente descrita, el gobierno nacional colombiano liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y las respectivas direcciones y subdirecciones de las *enfermedades crónicas* con el paso de los años han propuesto, diseñado e implementado una serie de planes, programas y/o estrategias que propenden por la prevención, detección y control de la *Hipertensión Arterial*, patología objeto de análisis de la presente investigación, ellos son:

- (PND) Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010: el cual se reglamenta bajo la Ley 1151 de 2007, que en cuanto a salud

define las prioridades a abordar, definiendo metas, objetivos y estrategias para su cumplimiento (DNP, 2007).

- (PNSP) Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010: el cual se aprueba el 10 de agosto de 2007 por medio del Decreto número 3039 de 2007 e incluye dentro de sus líneas y objetivos de intervención la disminución de la morbimortalidad y discapacidad por las ECNT prevenibles, destacando a las patologías circulatorias como las más prevalentes de acuerdo con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010 (MinSalud, 2007).
- (PND) Plan Nacional de Desarrollo: Prosperidad para todos (2010 – 2014): El cual se reglamenta bajo la Ley 1450 de 2011 y por medio del cual busca dar promover estilos de vida saludable y prevenir las diferentes enfermedades por grupo étnico fortaleciendo así el SGSSS (DNP,2011).
- (PDSP) Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: El cual se reglamenta bajo la Resolución 1438 de 2013 y surge a partir del PND 2010 – 2014, como una hoja de ruta que propone el estado en pro de la equidad en salud reconociendo a la misma como un derecho interdependiente, propone en el ítem de *vida saludable y condiciones no transmisibles* objetivos, metas y estrategias específicas para impactar positivamente sobre las ECNT y en mención particular para esta investigación, sobre la *Hipertensión Arterial*, dicho plan se incorpora a todas las políticas del territorio a través del (PTS) Plan Territorial de Salud: la salud en Colombia

la construyes tú, el cual está orientando las acciones de los entes en concordancia con lo establecido en el PDSP (MinSalud, 2013).

- Estrategia Nacional para la Reducción de Sal/Sodio en Colombia 2012 – 2021: Se implementa a partir del análisis del comportamiento de las enfermedades cardiovasculares como causa de muerte más prevalente en el país, siendo la *Hipertensión Arterial* su principal factor de riesgo, va alineado con las metas del PDSP; la estrategia describe los objetivos, actores involucrados y líneas de acción para la implementación de la misma (Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas., Dirección de Promoción y Prevención., MinSalud, 2015).
- Plan Decenal para la Salud Cardiovascular y la Diabetes 2013 – 2023: Promulgado en noviembre de 2013 y pretende proponer acciones y rutas que permitan el logro de las metas tanto nacionales como internacionales en esta área (MinSalud, 2013).
- Guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial Primaria (HTA): Es un documento elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias en el año 2013, el cual se encuentra dirigido a los profesionales de la salud que abordan esta patología y su propósito es disminuir la variabilidad de la práctica clínica (MinSalud y COLCIENCIAS, 2013).
- Estrategia: Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal OCADER Colombia: Diseñado

durante el año 2013 como un sistema inteligente que estructura y organiza la disponibilidad de la información sobre el estado de salud a nivel de dichas patologías no sólo monitorea indicadores, pues, además identifica condiciones que pueden contribuir o influenciar la salud de la población (MinSalud, 2013).

- Creación del Programa de Promoción, Prevención y Mitigación de las Enfermedades Cardiovasculares: Se encuentra reglamentado por la Resolución 780 de 2014 y lo que pretende es que enmarcado en los lineamientos de la APS se fortalezca la capacidad, competencia y corresponsabilidad de las instituciones por medio de la creación de entornos que fomenten los comportamientos y prácticas saludables (MinSalud, 2014).
- Estrategia “Conoce tu riesgo, peso saludable” Instructivo para la utilización de la calculadora de riesgo: Implementada en el segundo semestre de 2014, tiene como objeto identificar la probabilidad que tienen 36 millones colombianos mayores de 18 años de verse afectados por una Enfermedad Cardiovascular (infarto, ataque cerebrovascular) y/o diabetes en los siguientes 10 años (MinSalud y Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2014).
- Estrategia “Toma el Control”: Es la segunda estrategia en el marco del ciclo de gestión de riesgo incorporado en las RIAS cardiovasculares y tiene dentro de sus principales objetivos que los programas de hipertensos que ofrecen los prestadores de servicios de salud capten el mayor número de pacientes

hipertensos y garanticen un adecuado control de las cifras de tensión arterial a los mismos (MinSalud y OPS, 2018).

- Estrategia “RECETA - A”: Es la versión colombiana de Million Hearts y el objetivo es reducir en un millón el número de casos de infartos agudos de miocardio y accidente cerebrovascular, la población es identificada con riesgo cardiovascular y metabólico alto a través de la estrategia “Conoce Tu Riesgo” (MinSalud y OPS, 2018).
- (PND) Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, “Todos por un nuevo país”: El cual se encuentra regulado bajo la Ley 1753 de 2015 y que tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en el que puntualmente en el área de objetivos, estrategias y metas destaca el *objetivo 2*. Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad (Congreso Nacional de la República de Colombia, 2015), (DNP, 2015).
- Estrategia 4 x 4: Es una estrategia vinculada y articulada con el PDSP y desde 2016 está orientada a dar lineamientos de prevención y control de los cuatro grupos de ECNT más prevalentes promoviendo modos y condiciones de vida saludables. Material pedagógico disponible en: <https://youtu.be/6l9R3ib9glw> (MinSalud, 2016).
- (PND) Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”: Es reglamentado bajo la Ley

1955 de 2019, el cual se propone mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, así como la óptima utilización de los recursos disponibles y define a la salud pública como prioridad para implementar acciones que transformen la calidad de vida de las personas con deberes y derechos (DNP, 2019).

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación, es de tipo exploratorio, emplea un enfoque transversal – retrospectivo y utiliza metodologías de análisis de índole cualitativo como lo es el *análisis de contenido estructurado y latente*, que identifica algunas categorías a través de fuentes secundarias, las estrategias y/o intervenciones para prevenir, detectar y controlar la Hipertensión Arterial, basados en la atención primaria en salud, sus aspectos favorecedores y/o limitantes en los países Colombia y Argentina entre el año 2009 y el 2019.

5.2 Población - universo

Se toma para el estudio como universo, las estrategias y/o intervenciones públicas generadas para el abordaje en cuanto a prevención, detección y control de la HTA, teniendo como base la APS en los gobiernos de Colombia y Argentina durante el periodo de tiempo comprendido entre los años 2009 al 2019.

5.3 Recolección de información

5.3.1 Fuentes de información

Teniendo en cuenta que se emplea el análisis de contenido estructurado y latente, como técnica de análisis cualitativo, la búsqueda de información para la investigación se basa en fuentes secundarias, documentos oficiales tales como: leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas y circulares externas en cuanto al área de la normatividad y registros complementarios como declaraciones, boletines, guías, planes, programas, informes técnicos - estadísticos, videos, publicaciones y artículos, entre otros que incorporen información acerca de avances en la implementación de estrategias cimentadas en la APS; los cuales se encuentran publicados en páginas de acceso libre y sitios web oficiales de origen internacional dentro de las que se encuentran: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial (WBBDT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); y nacional, en las que se destacan en cuanto a Colombia: la página del Ministerio de salud y Protección Social junto con su respectivo Repositorio Institucional Digital (RID), el fondo Colombiano de enfermedades de alto costo (CAC), el Observatorio en Salud (ONS), el Instituto Nacional en Salud (INS), Así Vamos en Salud y la Dirección Nacional de Planeación (DNP), entre otros; por su parte para Argentina

como fuentes de información se cuenta con la página del Ministerio de Salud de la Nación, el Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), y diferentes sociedades como la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), entre otras. Por otro lado, también se incluyen búsquedas en los principales buscadores y bases de datos como lo son: la biblioteca virtual en salud (BVS), Lilacs, Scielo, Science Direct – Elsevier, Redalyc, etc.

5.3.2 Recolección de información

La recolección de información se realiza entre los años 2017 a 2020 inclusive en dos etapas ejecutadas así:

5.3.2.1 Etapa 1

Inicialmente bajo estrategias de búsquedas creadas a partir del uso de descriptores tipo DeCS y MeSH en bases de datos como Medline, Scopus, Lilacs, Scielo, entre otras más, sin embargo al tener como criterios de búsqueda la implementación de la atención primaria en cuanto a la prevención, detección y control de la hipertensión arterial específicamente para los países de Colombia y Argentina, los resultados de la búsqueda no fueron los esperados dado que se cuenta con muy poca información

disponible frente al tema a investigar, lo cual fue una limitante en cuanto a la disponibilidad bibliográfica.

5.3.2.2 Etapa 2

Por tal motivo, en la segunda etapa el método de búsqueda sufre una modificación y la recolección de información se hace de manera individual para cada país principalmente accediendo a las páginas oficiales de las entidades gubernamentales internacionales, nacionales, fundaciones, sociedades destacadas, así como también en las principales bases de datos, repositorios y buscadores previamente mencionados por medio del uso de palabras clave como: *atención primaria de la salud, enfermedades no transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, salud pública, Colombia, Argentina.*

Entendiendo que los documentos seleccionados para el estudio constituyen la unidad de análisis del mismo, es que se realiza una activa delimitación de búsqueda para la investigación, con la que se obtuvo un total aproximado de 140.000 documentos entre todos los sitios de búsqueda descritos: *bases de datos, repositorios, bibliotecas virtuales, sitios web oficiales, etc.* Para los cuales luego de aplicar los criterios de simplificación de búsqueda (temporalidad: 2009 – 2019, inclusión de las palabras claves en el título y resumen del documento), descartar duplicados y finalmente hacer

lectura de interés del título y el resumen del documento, excluyendo aquellos que en uno o ambos de estos aspectos dedicaran su investigación a sectores o instituciones diferentes al grado nacional; finalmente, se seleccionaron para el estudio un total de 19 artículos de revista científicos, 17 publicaciones internacionales entre informes y boletines; ya en cuanto a los resultados de búsqueda por país para la experiencia de Colombia se seleccionaron 14 publicaciones entre informes estadísticos y boletinas, así como para Argentina fueron un total de 7 de estas mismas áreas de interés.

En cuanto a normatividad internacional se seleccionaron como a fines al estudio 7 documentos entre estrategias, planes, declaraciones, informes mundiales publicados por la OMS, la OPS, entre otros. En lo que respecta a Colombia y Argentina el contenido seleccionado fueron 21 y 6 normativas respectivamente, dentro de las cuales se recopilan leyes, resoluciones, acuerdos, planes, decretos, guías, etc. Provenientes de sitios web oficiales gubernamentales; finalmente, de sitios web oficiales no gubernamentales se tomaron 5 documentos los cuales complementan la fundamentación teórica de la investigación en curso. Ver **figura 17**.

5.3.3 Criterios de selección

Los criterios de selección de la información del presente estudio fueron:

- Documentos que dentro del objeto, ámbito o campo de aplicación incluya las palabras: promoción, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, enfermedades no transmisibles - hipertensión arterial durante el periodo comprendido de los años 2009 - 2019.
- Leyes, decretos, resoluciones, programas, planes y guías dirigidos a detectar, prevenir y controlar la Hipertensión Arterial correspondientes a los años 2009 a 2019.
- Leyes, decretos, resoluciones, programas, planes y guías dirigidos a detectar, prevenir y controlar la Hipertensión Arterial en la población de Colombia y Argentina.

5.3.4 Criterios de exclusión:

- Documentos que, dentro del objeto, ámbito o campo de aplicación desarrollen su contenido en instituciones hospitalarias.
- Documentos que, dentro del objeto, ámbito de aplicación basen su contenido en la experiencia de implementación en ciudades.

- Normativa: declaraciones, resoluciones, acuerdos, planes, entre otros, los cuales sean de índole institucional o municipal.

5.4 Procesamiento y análisis de la información

La información recolectada fue procesada y analizada bajo la técnica de análisis de contenido estructurado y latente (Tinto JA., 2013), la cual se basa en realizar una interpretación del significado de la información consignada en los documentos; contemplando en su magnitud el contexto analizado por medio de una serie de categorías de análisis definidas por la investigadora.

5.4.1 Operacionalización de categorías

Dichas categorías fueron operacionalizadas y definidas con enfoque específicos y los relacionados con el abordaje de las intervenciones diseñadas y/o implementadas y los sectores vinculados con tal acción. Ver **Tabla 1**.

Tabla 1. Operacionalización de las categorías de análisis.

Categoría	Definición operacional	Subcategorías
Fecha de creación	Año de entrada en vigencia de la norma o intervención/acción propuesta.	Años: 2009 – 2019.
Alcance territorial de la acción	Jurisdicción que abarca la intervención propuesta.	Niveles: Internacional o Nacionales: <i>Colombia – Argentina.</i>
Modalidad de acción no normativa	Tipo de acción o intervención propuesta en pro de la prevención, detección y control de la Hipertensión Arterial.	Programas, planes, estrategias, etc. Diseñados o implementados.
Modalidad de acción normativa	Directrices normativas regulatorias tanto a nivel internacional como nacional en Colombia y Argentina, respectivamente, en cuanto a la prevención, detección y control de la Hipertensión Arterial.	Tipos de norma como: <i>Leyes, resoluciones, decretos, declaraciones, boletines, etc.</i>

Sectores vinculados	Actores de la organización del estado que cumplen un rol en la gestión y ejecución de propuestas o intervenciones.	Sectores responsables y/o partícipes de las propuestas o intervenciones, por ejemplo: <i>Salud, desarrollo social, educación, deporte, agro – alimentación, entre otros.</i>
Población objeto	Sujetos diagnosticados con Hipertensión Arterial dentro de las enfermedades cardiovasculares.	Población en general hipertensa de Colombia y Argentina.

Fuente. Tomado y adaptado de la Tesis de Maestría “Identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015”.

(Fernández F, 2015).

6. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la presente investigación los cuales surgieron con base a los objetivos propuestos desde el inicio del estudio, que a su vez cuentan con un importante sustento bibliográfico evidenciado por medio de categorías trazadoras expresadas en tablas que contienen las cantidades ya sea de normas, planes, programas y/o estrategias, así como también de sectores vinculados y población objeto, según el año y el alcance territorial así:

Objetivo 1. Explorar el marco normativo vigente que rige la *Atención Primaria de la Salud* en cuanto a la Hipertensión Arterial en ambos países.

Si bien el periodo de tiempo designado para la investigación fue entre el los años 2009 – 2019, existen una serie de normativas, declaraciones, etc. a nivel internacional que antecedieron esas fechas las cuales requieren ser mencionadas, como se puede evidenciar en la **Tabla 2**. Desde los años 1977 y 1978 con la mirada y el interés por la importancia de la Salud Pública en general, más detalladamente con la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, específicamente para esta investigación la Hipertensión Arterial, hasta la fecha, se pueden destacar un total de 7 acciones del marco normativo como las más representativas.

La Declaración de *ALMA ATA* en 1978 es la directriz que hasta la actualidad no prescribe y que por el contrario continúa como cimiento rector de las acciones encaminadas a implementar la estrategia global de la APS, con los cambios en las diferentes sociedades un año clave para el repaso en el cumplimiento de los mandatos de *ALMA ATA*. Ya entre el 2005, 2009 y el 2011 se generan 3 declaraciones que marcan una tendencia cada vez en aumento en cuanto al compromiso en el abordaje de las ECNT, más específicamente las cardiovasculares con énfasis en su principal factor de riesgo la HTA una de ellas fue la Declaración Política: *Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria de toda la población*, con la cual se espera para el año 2020 lograr un descenso dentro de los límites aceptables para cada nación.

Como último y más reciente lineamiento internacional en el 2018 la Declaración de *Astaná*, en la cual posterior a un análisis de los comportamientos de los países hasta la fecha notaron avances desiguales, se comprometen a implementar acciones que realmente contribuyan a tener y fortalecer sistemas de salud orientados hacia la APS sostenible.

Con relación al desarrollo normativo de Colombia, la ley 100 de 1993 con vigencia hasta la actualidad es de vital mención ya que es la que reglamenta el sistema de salud en dicho país y forma parte de un conjunto de 4 leyes que son las rectoras y que dan forma y estructura al funcionamiento

del sistema, ellas son: la *Ley 1122* de 2007 que realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de las reformas que promueve está el fortalecimiento de los programas de Salud Pública, también se encuentra la *Ley 1438* de 2011 por medio de la cual se refuerza la configuración del SGSSS recalcando que este debe estar orientado en el marco de la APS, finalmente la ley *1751* 2015 “Ley estatutaria” que regula el *derecho fundamental a la salud* y se constituye para potenciar el cumplimiento de las normativas preexistentes ratificando entre otros compromisos “la formulación de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”.

El 2016 fue para Colombia el año donde más se promulgaron normativas en torno al tema, fueron 2 Resoluciones: la *429/16* por medio de la cual se adopta la Política de Acción Integral en Salud (PAIS) en la se deja claro que la base que cimienta las acciones a implementar es la APS y que en respuesta a dicha Política se establece el *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)* como modelo operacional basado en diez componentes, siendo el segundo de ellos la *Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud - (RIAS)* un ítem fundamental para abordar las diferentes áreas de intervención del SGSSS; es en respuesta a lo anterior que para el mismo año se promulga la segunda Resolución *3202/16* por medio de la cual se adopta el manual metodológico que guiará la implementación de las RIAS.

Finalmente, luego de evidenciar brechas y desarticulaciones en el funcionamiento del MIAS que a su vez afectaba el cumplimiento de la PAIS en el año 2019 bajo la Resolución 2626 que reconfigura la política basando el modelo en la APS y surge el *Modelo de Acción Integral Territorial* – MAITE.

Con relación a la disposición normativa que cimienta las bases del funcionamiento en salud en Argentina se inicia en el año 1981 bajo la *Ley 22.373* por la que se da la creación del COFESA como organismo encargado de propender por el desarrollo de la Salud en toda la República; luego hacia el año 2003 que se da la firma del Acuerdo Federal de Salud de San Nicolás de los Arroyos en el que si bien se abordan temas de salud en general, en la cláusula quinta ratifica la importancia y el compromiso en el fortalecimiento de la APS.

Ya hacia el 2013 y 2015 fue el periodo de tiempo donde más recientemente se diseñaron e implementaron leyes que consolidaron el esfuerzo por la prevención, detección y control de este tipo de enfermedades, siendo la *Ley 26.905*: Reducción del consumo de sodio en la población y las *Leyes 27.177*: por medio de la cual se crea el Instituto Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento e Investigación de Enfermedades Cardiovasculares y la *27.197* por la cual se normatiza el compromiso en la lucha contra el sedentarismo, respectivamente. (Ver **Tabla 2**)

Los años que no fueron mencionados o citados en la anterior descripción del contenido de la Tabla 2, corresponden a la ausencia de hallazgos de información relacionada en este ítem de la investigación.

Tabla 2. Año de promulgación del marco normativo que engloba la Atención Primaria de la Salud con relación a la Hipertensión Arterial, según el alcance territorial de la acción.

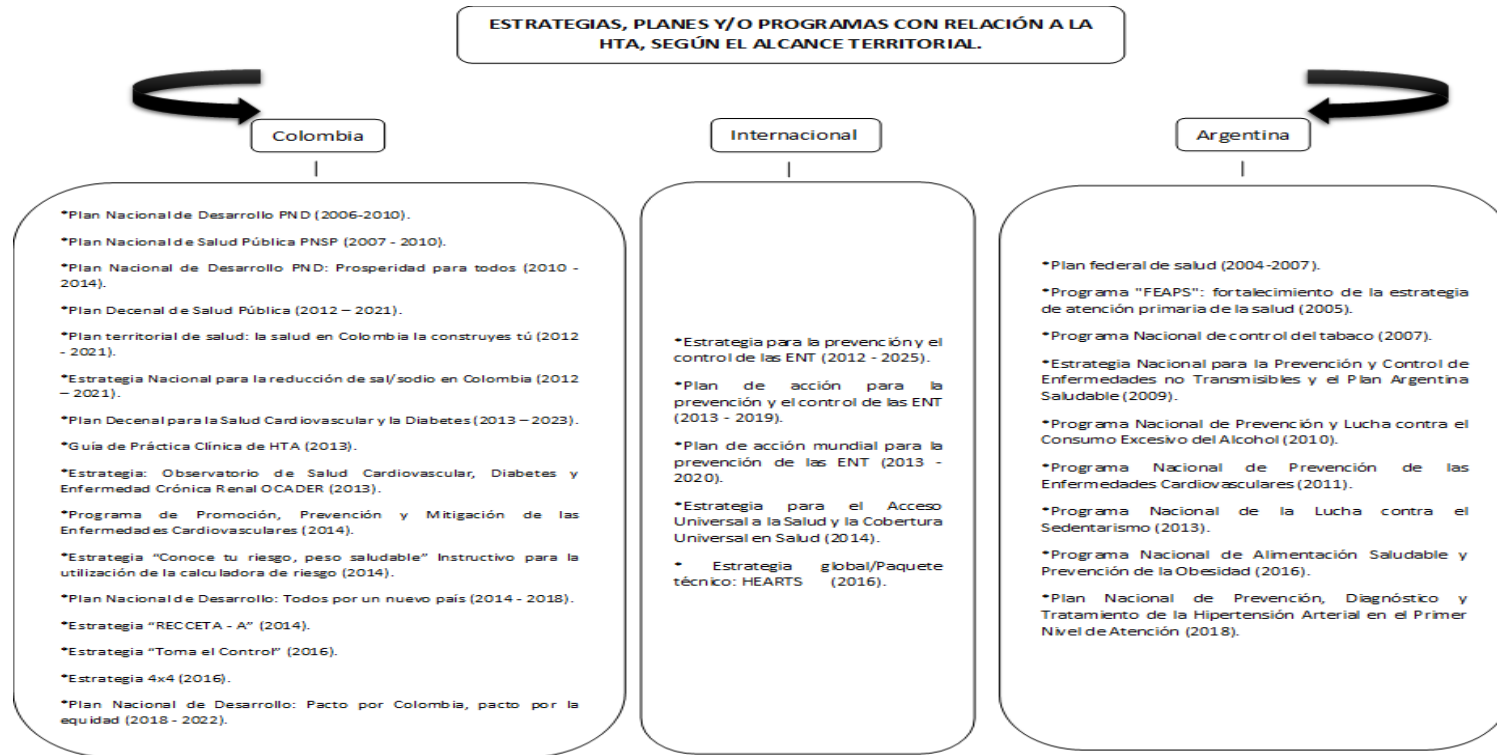
	1977*	1978*	1981*	1993*	2001*	2003*	2005*	2007*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Alcance territorial																				
Internacional	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	7
Colombia	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	1	7
Argentina	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	5
Total	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	3	2	0	1	1	19

*Nota: * Son años que, si bien están por fuera del rango de estudio de la investigación, determinan acciones históricas fundamentales.*

Fuente. *Elaboración propia.*

Objetivo 2. Describir las estrategias, programas y/o actividades implementadas para el abordaje de la *Hipertensión Arterial*.

Figura No 18. Estrategias, Planes y Programas relacionadas con la Hipertensión Arterial, según el alcance territorial.



Fuente. *Elaboración propia.*

En cuanto a las intervenciones, estrategias, planes y/o programas a nivel internacional para el periodo de tiempo seleccionado es entre los años 2012 y 2014 que se da la mayor actividad propositiva con un total 4 iniciativas, entre ellas la *Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012 – 2025* que tiene como meta general reducir la morbilidad, discapacidad y la mortalidad prematura causada por las ECNT, logrando para el año 2025 una disminución de un 25% en la mortalidad prematura; dicha estrategia estuvo seguida como respuesta por dos planes durante el año 2013, año en el que más acciones se realizaron hasta la fecha en el marco mundial de vigilancia, ellos fueron: el *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013 – 2019* que tiene como meta reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles, minimizando los factores de riesgo y más bien potenciando factores protectores y por otro lado, el *Plan de acción mundial para la prevención de enfermedades no transmisibles, 2013 – 2020*. Ya en el año 2014 se lanza la *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud* la cual contaba con una hoja de ruta que guiaría y permitiría a todas las personas de las naciones acceder a los servicios de salud.

Como última y destacada intervención global está el Paquete Técnico – *HEARTS* el cual propende por mejores prácticas de prevención y el manejo de las ECV integrándolo en los servicios de salud preexistentes teniendo como base la APS.

Con relación a las acciones desarrolladas por Colombia se puede observar en la **tabla No 3**. Una nutrida propuesta de planes, acciones y estrategias encaminadas a cumplir los lineamientos internacionales adaptados a las realidades propias, muestra de ello fueron una serie de planes nacionales desarrollados e implementados entre los años 2006 a 2010 razón por la cual se tienen en cuenta dentro del periodo de tiempo de análisis, el *(PND) Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010*: promulgado por el gobierno de turno, por medio del cual de manera general define prioridades a abordar, metas y estrategias en salud bajo la Ley 1151 de 2007; otro plan fue el conocido como *(PNSP) Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010*, reglamentado por el Decreto 3039 de 2007 que tiene como una de sus líneas de abordaje la disminución de la morbimortalidad y discapacidad por las ECNT prevenibles, destacando a las patologías circulatorias como las más prevalentes. Como último para estos años está el nuevo *(PND) Plan Nacional de Desarrollo: Prosperidad para todos (2010 – 2014)*: el cual se diseña amparado en la Ley 1450 de 2011 y pretende fortalecer el SGSSS promoviendo entre otros aspectos, estilos de vida saludables que prevengan distintas enfermedades por grupo étnico.

Continuando con las intervenciones propuestas por los distintos gobiernos colombianos entre los años 2012 a 2014 fue el periodo de tiempo más activo y/o propositivo en cuando al diseño e implementación de acciones encaminadas a hacer frente, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares específicamente de la HTA, se plantearon un total de 10

iniciativas encabezadas por el *(PDSP) Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021*: vigente hasta la fecha, fue regulado por la Resolución 1428 de 2013, surge como una hoja de ruta a partir del PND 2010 – 2014, propone metas y estrategias específicas que impacten sobre las ECNT a través del (PTS) Plan Territorial de Salud: “la salud en Colombia la construyes tú” incorporando políticas que incluyen las ECNT y puntualmente la HTA. Como estrategia representativa surge para los años 2012 – 2021 la *Estrategia Nacional para la Reducción de Sal/Sodio en Colombia* que describe los objetivos, actores involucrados y líneas de acción para la implementación de la misma posterior a un análisis del comportamiento de las enfermedades cardiovasculares, identificando la HTA como principal factor de riesgo.

Durante el año 2013 se diseña el primer *Plan Decenal para la Salud Cardiovascular y la Diabetes 2013 – 2023* como herramienta de compromiso con las metas tanto internacionales como nacionales respecto al tema, en ese orden de ideas y para unificar criterios se elabora la *Guía de práctica clínica de Hipertensión Arterial Primaria (HTA)*: que está dirigida a los profesionales del área y pretende unificar criterios que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica. Dado que la información de las acciones diseñadas debe ser registrada, documentada y analizada se crea la *Estrategia Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal OCADER Colombia*: reconocido como un sistema inteligente que no sólo monitorea indicadores, sino que identifica condiciones que puedan contribuir o influenciar la salud de la población.

Para el año 2014, se crea el *Programa de Promoción, Prevención y Mitigación de las Enfermedades Cardiovasculares* reglamentado en la Resolución 780 de 2014 y que basa su razón de ser en la APS fortaleciendo la capacidad, competencia y corresponsabilidad de las instituciones; en respuesta al compromiso con los lineamientos internacionales surge la *Estrategia “RECCETA - A”*: como versión colombiana de *Million Hearts* cuyo objetivo es reducir en un millón el número de casos de infartos agudos de miocardio y accidente cerebrovascular, la población es identificada con riesgo cardiovascular y metabólico alto a través de la estrategia *“Conoce tu riesgo, peso saludable”*. Finalmente, aunque promulgado bajo la Ley 1753 durante el 2015, el (PND) *Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, “Todos por un nuevo país”* consolida el compromiso por el logro de mejoras en el estado de salud en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Durante el año 2016 la estrategia *“Toma el Control”* surge como en el marco del ciclo de gestión del riesgo de las RIAS cardiovasculares; por otro lado, aparece la *Estrategia 4 x 4* vinculada y articulada con el PDSP y orientada a dar lineamientos de prevención y control de los cuatro grupos de ECNT más prevalentes promoviendo modos y condiciones de vida saludables.

Para concluir la serie de intervenciones que a través del tiempo Colombia ha diseñado e implementado se encuentra el más reciente (PND) *Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”* cimentado en la Ley 1955 de 2019, por medio del cual se define a la

salud pública como prioridad para implementar acciones que transformen la calidad de vida de las personas con deberes y derechos.

En lo que respecta a las iniciativas de Argentina como se ve en la tabla 3, es necesario remontarse hasta el periodo comprendido entre el año 2004 a 2007 que, aunque fuera del rango tiempo de análisis del trabajo, se considera como un avance determinante en el tema en mención dado que se crea *Plan Federal de Salud 2004 – 2007* que tiene como objetivo el fortalecimiento de la APS en una reorientación como organizador del sistema de salud el cual estuvo seguido por el *Programa "FEAPS": Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud* cuyo principal objetivo es consolidar un modelo basado en la APS enfocado en la organización de redes de atención que fomenten la capacitación de recurso humano y la participación comunitaria; fue en el año 2007 que se da una especie de participación diversificada de áreas comprometidas con el fortalecimiento de la APS y en ella incluida el control de las ECNT, en ese orden de ideas se da la creación del *Programa Nacional de control del tabaco*, factor de riesgo modificable - conductual reglamentado por la Resolución 975 de 2007 el cual pretende prevenir la iniciación en el consumo de tabaco y reducir la exposición al humo de tabaco ambiental (MSal, 2007).

Durante los años 2009 a 2011 se destacan avances contundentes en cuanto al reconocimiento en la importancia de las ECNT, creándose la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Argentina Saludable*: por medio de la Resolución 1083/2009 que actúa bajo tres líneas de acción intervenciones en la población por medio del plan Argentina Saludable, vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo y la reorientación de los servicios de salud en pro de la atención de estas enfermedades; también el *Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo del Alcohol* creado bajo la Ley N° 24.788 cuyo objetivo principal es el de “promover conductas saludables, frente al uso nocivo de bebidas alcohólicas a nivel nacional, las cuales consisten en acciones de promoción, prevención y rectoría para la asistencia en la temática” (MSal, 2010). Finalmente, en el año 2011 se da la concreción del *Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares* que por medio de la Resolución 801/2011 amparada en la Ley 25.501 que tuvo como propósito disminuir la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares y de los factores de riesgo para el desarrollo de éstas.

En concordancia y teniendo en cuenta la Ley anterior en el año 2013 se crea el *Programa Nacional de la Lucha contra el Sedentarismo* por medio de la Resolución 578/3013 el cual pretendió reducir la prevalencia de inactividad física y sedentarismo en la población general; y promover la adopción de estilos de vida activos en toda la población (MSal, 2013). Posteriormente en el año 2016 entendiendo al sobrepeso y la obesidad como

otro factor de riesgo que influye en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la HTA se crea el *Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad* bajo la Resolución 732/2016 (MSal, 2016). Para el año 2018 promulgarse el *Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención* el cual tiene como objetivo disminuir el impacto de la HTA en la morbi-mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares con un abordaje integral e interdisciplinar. (Ver **Tabla 3**)

Los años que no fueron mencionados o citados en la anterior descripción del contenido de la Tabla 3, es debido a que no se encontraron iniciativas o acciones relacionadas con este ítem de la investigación.

Tabla 3. Año de creación de la/as intervenciones, estrategias, planes, programas, con relación a la Hipertensión Arterial, según el alcance territorial de la acción.

Año	2004*	2005*	2006*	2007*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Alcance territorial																
Internacional	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	5
Colombia	0	0	1	1	0	1	0	3	3	4	0	2	0	1	0	16
Argentina	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	9
Total	1	1	1	2	1	2	1	4	6	5	0	4	0	2	0	30

*Nota: * Son años que, si bien están por fuera del rango de estudio de la investigación, determinan acciones históricas fundamentales.*

Fuente. *Elaboración propia.*

En cuanto a los sectores vinculados, como se puede apreciar en la **Tabla 4**. Si bien todas las intervenciones, estrategias, planes y/o programas diseñadas e implementadas en cuanto a los sectores vinculados tienen participación multisectorial, más de la mitad de las intervenciones (n = 20) que representan un 66.6% tienen como sector vinculado a cargo el *Ente superior de Salud*, según corresponda en cada nivel de alcance territorial, cuyas actividades propositivas principalmente se entrelazan con participación y apoyo del contexto socio – económico, medioambiental, político y educativo. Las demás acciones (n = 10) se engloban dentro del contexto denominado *Contexto Político – Estatal*, dado que contempla desde lineamientos globales donde son los gobiernos generales de los países en análisis los llamados a dar cumplimiento, así como también tiene en cuenta la autoridad estatal a nivel país que se encarga de determinar las directrices a realizar por las distintas dependencias relacionadas con la meta establecida.

Tabla 4. Sectores vinculados a la/as intervenciones, estrategias, planes y/o programas con relación a la Hipertensión Arterial, según el alcance territorial.

Sectores vinculados	ENTE SUPERIOR DE SALUD	CONTEXTO SOCIO – ECONÓMICO	CONTEXTO MEDIOAMBIENTAL	CONTEXTO POLÍTICO/ESTATAL	CONTEXTO ALIMENTARIO	CONTEXTO EDUCATIVO Y DE TALENTO HUMANO	Total
Alcance territorial							
Internacional	0	0	0	5	0	0	5
Colombia	12	0	0	4	0	0	16
Argentina	8	0	0	1	0	0	9
Total	20	0	0	10	0	0	30

Fuente. *Elaboración propia.*

Con relación a la categoría de *población objeto* es necesario exponer que dentro de la revisión documental realizada no se evidenció un enfoque excluyente, más bien primó la visión integral de la población, ya que no sólo se contemplaba como objeto de intervención a las personas diagnosticadas con enfermedades cardiovasculares y más propiamente con Hipertensión Arterial para el desarrollo de estrategias, planes y/o programas, sino que teniendo claro que en cuanto a los principales factores de riesgo como lo son la obesidad y el sedentarismo, dichas problemáticas inician cada vez a edades más tempranas en la niñez, del mismo modo tiene más presencia en las mujeres; por otro lado, en cuanto al tabaquismo y el consumo de alcohol si bien este tipo de conducta está más asociada y presente en los hombres, la edad de inicio en este tipo de conductas se estima aproximadamente alrededor de los 15 años.

Es por lo anterior que dentro de las acciones revisadas como implementadas y con el cimiento en la APS se tiene en cuenta a toda la población en general ya que las acciones planteadas, no sólo se dirigen a la población ya diagnosticada con las patologías en análisis, sino que se enfocan en la prevención, identificación y mitigación de factores de riesgo cada vez a más temprana edad en busca del fomento de hábitos de vida saludables.

Objetivo 3. Identificar los aspectos favorecedores y/o limitantes en cuanto a la prevención, detección y control de la Hipertensión Arterial.

A lo largo del desarrollo de la investigación y a partir de la exploración documental realizada para el presente trabajo es preciso aclarar que hay poca disponibilidad literaria sobre el tema específicamente, entonces, fue a partir de la información hallada entre líneas en algunos de estos documentos, además del ejercicio de inferencia y análisis crítico de la investigadora que se identificaron tanto aspectos favorecedores en la experiencia de los países objeto de estudio en cuanto a la identificación de estrategias, planes y/o programas implementados para el abordaje de la Hipertensión Arterial, teniendo como base la APS; así como también sus limitantes.

En consecuencia, se pueden identificar como aspectos favorecedores en este abordaje tanto para Colombia, como para Argentina:

- El compromiso de los estados en cuanto a la adopción de los lineamientos internacionales para el abordaje, prevención y control de dicha patología.
- El diseño de diversas normativas, planes y/o estrategias que han sido fundamentales en el manejo de la población diagnosticada y aquellas que se encuentran potencialmente en riesgo de padecer la enfermedad.

- La concepción de una manera integral del abordaje de las ECNT, ya que no se diseñan políticas verticales aisladas, sino que se desarrollan de manera articulada estrategias, normas, planes, etc. Que conlleven a fortalecer todos los factores que inciden en el comportamiento de la morbi-mortalidad por este tipo de patologías.
- El reconocimiento de la importancia de potenciar la participación individual y comunitaria de la sociedad en cuanto el proceso salud/enfermedad como estrategia de educación para la salud y mecanismos de empoderamiento y autocontrol de la salud.
- El reconocimiento de la formación continua del personal de salud que interviene en los procesos de atención.

Sin embargo, como aspectos limitantes para un fluido diseño, adopción e implementación de normativas, estrategias, planes, etc. Se podrían mencionar:

- Argentina, pese a constantes esfuerzos continúa conservando un modelo de atención e intervención hospitalocéntrico, lo cual hace que se concentre el esfuerzo del sistema es en la parte curativa y/o de rehabilitación, más que en la de prevención y detección.
- Argentina, dada su organización política y a su alto nivel de segmentación y desarticulación estatal, es proclive a la

discontinuidad en los programas, posiblemente a la a cambios de gestión mediados por la ideología política y/o a la participación o adherencia sujeta a la autonomía y voluntad de cada ente gestor, provincia, etc.

- Como aspecto limitante en común está el manejo en la transición demográfica, la urbanización y la globalización, ya que al no ir acompañada de un crecimiento homogéneo en cuanto a recursos, infraestructura y capacidad de los servicios son considerados como algunos de los determinantes del aumento de las prevalencias de esta enfermedad.

7. DISCUSIÓN

A partir de los resultados anteriores, de las 19 normativas identificadas englobadas en la APS con relación a la Hipertensión Arterial, tanto a nivel internacional como nacional en lo que respecta a Colombia y Argentina se puede inferir que si bien las principales directrices que dan forma y estructura a lineamientos según el alcance territorial previamente descrito se dan en años previos a los seleccionados al análisis (1977 - 1993), son de vital importancia su mención en el presente documento ya que sientan las bases sobre las cuales los sistemas de salud continuarán diseñando e implementando acciones que permitan el alcance de objetivos y metas tanto mundiales como propias en diversas áreas, pero para este caso en especial en lo que al contexto salud se refiere.

Más de la mitad de las acciones normativas se promulgaron dentro del periodo de tiempo seleccionado para la investigación (2009 - 2019), siendo los años 2015 y 2016 los años de mayor actividad en los tres niveles de alcance, dichas acciones estuvieron principalmente alineadas en torno al compromiso por el manejo dado a las ECNT reconociendo a su vez que estas deben estar cimentadas en la APS.

En cuanto a las intervenciones, estrategias, planes y programas, del total de 30 identificados en cuanto a Colombia la mayor actividad propositiva se dio entre los años 2012 a 2016, mientras que para Argentina su periodo de tiempo más activo fue entre el 2009 a 2013, años en los que se produjeron importantes avances en el diseño e implementación de intervenciones cimentadas en características sociodemográficas de riesgo que contribuyeran al incremento de indicadores de interés de salud pública, las principales acciones han estado encaminadas al abordaje no sólo de la HTA como principal factor de riesgo, sino que se destacan líneas objeto en torno al sedentarismo, la obesidad, el consumo de alcohol y el tabaco dando una perspectiva más integral.

Si bien el análisis de los datos sobre los sectores vinculados evidencia como principales responsables de las intervenciones, estrategias, planes y programas al contexto salud con su respectivo ente superior con más de la mitad de las intervenciones (n=20) y al político/estatal (n=10), es importante destacar que todas las iniciativas analizadas están mediadas por acciones multisectoriales ya que tienen en cuenta diferentes áreas como: el contexto socio – económico, medioambiental, alimentario, educativo y de talento humano; dado que el abordaje sobre la patología objeto de análisis del presente estudio debe contar con una mirada holística hacia el individuo que la padece.

Con respecto a la literatura, se dispone de poca bibliografía que relacione el comportamiento y avance de Colombia y Argentina con relación al manejo de las ECNT específicamente, por lo que analizarlos de manera independiente fue la manera más viable para visibilizar las diferentes acciones desarrolladas por cada país.

Teniendo en cuenta el análisis realizado en cuanto al amplio diseño e implementación de diversas normativas e intervenciones para abordar esta patología en los años recientes el cual ha sido de gran avance ya que ha permitido acercarse un poco más a las metas tanto nacionales como internacionales, los sistemas de salud en general aún enfrentan una serie de retos u obstáculos en el logro de las mismas, esto debido posiblemente a los cambios socio – epidemiológicos, de organización y/o estructura que demandan o sugieren acciones cada vez más “tangibles” que faciliten la ejecución de las acciones planeadas por parte de los sistemas o efectores de salud, así como de la población objeto, disminuyendo así limitantes que pudieran surgir, desde luego Colombia y Argentina; sin embargo, y al no ser este aspecto el objeto de análisis, sí es considerado un punto de partida para una posible ruta de investigación más profunda (Patel P. *et al.*, 2016).

Es por lo anterior que se hace necesario cada vez más fomentar en las sociedades, en sus respectivos sistemas de salud y en cada uno de los niveles de atención una consciencia de trabajo intersectorial y multidisciplinar que permita fomentar el trabajo en equipo, así mismo una mayor y mejor utilización

de los recursos disponibles, sin olvidar la importancia y el rol fundamental de las personas diagnosticadas patologías, como la HTA ya que como se pudo observar el enfoque de las diversas acciones, estrategias e intervenciones planteadas, el empoderamiento y el fomento de la participación comunitaria indudablemente contribuirá al logro sostenido de los objetivos trazados.

8. CONCLUSIONES

Colombia y Argentina, son dos de las principales naciones que puntualmente en la última década han mostrado compromiso en el diseño e implementación de normativas e intervenciones que propendan por la prevención y control de las ECNT, principalmente por la HTA.

La APS es la estrategia por excelencia que traza la ruta sobre la cual las naciones deben basarse y así lograr los objetivos en salud pública ya que centra su atención en la prevención, detección y abordaje de un sinnúmero de enfermedades, principalmente para la investigación las ECNT.

El análisis de las intervenciones, planes, programas y estrategias diseñadas e implementadas tanto por Colombia como por Argentina denota la importancia dada a la Hipertensión Arterial como una patología altamente prevenible sobre la que actuando sobre sus factores de riesgo modificables (*tabaco, alcohol, sedentarismo y obesidad*) se puede lograr disminuir su morbimortalidad.

En cuanto a Colombia, un avance claro en la mirada hacia la construcción de un sistema de salud basado en la APS está el cambio dado con relación al *Política de Acción Integral en Salud (PAIS)* – formulado en el año 2016 -, el cual estaba más centrado en las empresas y prestadores de

servicios y que fue reconfigurado por el *Modelo de Acción Integral Territorial* – MAITE, el cual basado en la APS pretende disminuir brechas y desarticulaciones existentes.

Por su parte, el 2018 fue para Argentina el año en el que confluyeron los esfuerzos realizados a partir de los diferentes programas, estrategias y acciones diseñadas con relación a la prevención, detección y control de las enfermedades cardiovasculares, en especial la HTA con la creación del *Plan Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención*.

Las ECNT, principalmente para el estudio la HTA requieren innegociablemente de una acción multisectorial que permita realizar un abordaje completo a la persona y a la comunidad en general por parte de los actores que participan de la prestación de sistemas y servicios de salud.

El desarrollo constante de programas, planes, estrategias, normas y lineamientos que propendan por la salud de la población y más específicamente aquellas con ECNT es un aspecto destacado que da cuenta del compromiso de los países por mejorar el comportamiento de la morbi-mortalidad de estas enfermedades a partir del diseño e implementación de acciones no verticales, que tienen en cuenta de manera integral los factores

que influyen en la aparición de estas patologías, fomentando así también el reconocimiento y la participación de la sociedad en dichas acciones.

La transición demográfica, la urbanización y la globalización, si se da de forma desorganizada y si no va acompañada de un crecimiento homogéneo en cuanto a recursos, infraestructura y capacidad de los servicios se constituyen en algunos de los determinantes del aumento de la prevalencia de estas enfermedades.

Con relación a Argentina, se presume que la segmentación, desarticulación y discontinuidad en los programas y/o estrategias implementadas en todos los niveles de gestión, limitan de una u otra forma el logro de los objetivos nacionales de cara a la problemática internacional, esto sumado a que el enfoque principal de su sistema de salud es de carácter hospitalocéntrico.

Como Licenciada en Enfermería e investigadora, al final de este estudio destaco el rol fundamental de esta disciplina ya que en cada uno de los ítems analizados se hizo evidente la pertinencia de la participación en la gestión y diseño de diversas políticas e intervenciones que permitan el logro de los objetivos trazados en los diferentes niveles institucionales del área.

9. RECOMENDACIONES

Analizando los principales aportes que se pueden obtener al momento de culminar la presente investigación, resulta inevitable no mencionar los retos y cambios que están experimentando todas las naciones del mundo en torno a la pandemia provocada por el Coronavirus 2019 (COVID - 19) y que ha afectado no sólo la salud física sino mental de millones de personas, llegando incluso a cobrar la vida de muchos de ellos; esto sumado a todos los efectos sociales, políticos y económicos, entre otras áreas, que sin duda abren el camino a un sinnúmero de investigaciones y que puntualmente para la presente pone de manifiesto la importancia del abordaje de las ECNT ya que las personas diagnosticadas con este tipo de patologías, siendo las cardiovasculares y dentro de ellas la Hipertensión Arterial – seleccionada para este estudio – unas de las que fueron consideradas como uno de los grupos poblacionales de más alto riesgo de contraer la enfermedad y de sufrir complicaciones por la misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, es que se considera pertinente continuar con el fortalecimiento de programas, planes, estrategias y políticas públicas vigentes, así como la creación de nuevas iniciativas intersectoriales que permitan impactar sobre aspectos determinantes que tengan en cuenta un abordaje social, institucional y estructural para de esta forma lograr un mejor manejo de las ECNT.

En consonancia y a partir del análisis del marco normativo que rige cada país evidencia el creciente interés por la regulación en el abordaje de este tipo de enfermedades, aunque en cuanto a Argentina se considera fundamental la promulgación de una Ley nacional que reglamente y unifique al contexto salud basado en la APS.

Si bien dentro de los hallazgos que se pueden extraer de este estudio está el visibilizar los diversos planteos e iniciativas para intervenir estas patologías en los países respectivos, esto no se constituye en una medición de los logros o alcances que han tenido los mismos, por lo que se recomienda continuar ahondando en el tema siguiendo la línea de investigación con el fin de dimensionar el impacto de los mismos no sólo en cuanto a los sistemas y servicios de salud, sino en cuanto a la participación comunitaria y de actores determinantes que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de los procesos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcántara G. 2008. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. Revista Universitaria de Investigación [Internet]. 9(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>. [Consultado 04 abril 2019].

Alarcón, J. Alzate, A. Benavente, L., y Briceño-León, R. Campaña, A. Calero, G. Et al. 1992. Atención Primaria de Salud, Principios y métodos; segunda edición. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS%20K%20401UQ/Downloads/Atencion%20primaria%20de%20salud%20principios%20y%20metodos.pdf>. [Consultado 28 marzo 2020].

Belló M, y Becerril-Montekio VM. 2011. The health system of Argentina. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011; 53(Sup 2): s96-s10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es. [Consultado 08 agosto 2017].

Beratarrechea A. 2010. Actualización: Las enfermedades crónicas (Primera parte). Abr – Jun 2010. *Evid Act Pract Ambul* Vol 13(2): 68 – 73. [Internet]. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf>. [Consultado 25 mayo 2020].

Campos MS., Moya D., Mendoza JD., y Durán EY. 2014. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y el Uso de Tecnologías de Información y Comunicación: Revisión Sistemática. *Rev Cuid* 2014; 5 (1): 661 – 669. [Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533180010.pdf>. [Consultado 17 mayo 2020].

Congreso Nacional de la República de Colombia. 2015. Ley número 1753 de 2015: por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo país”. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-15015_documento.pdf. [Consultado 20 agosto 2020].

53° Consejo Directivo de la OPS. 2014. Autoridades de salud de las Américas trazan un camino hacia el acceso y la cobertura universal de salud. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10058:2014-health-officials-from-the-americas-chart-a-path-toward-universal-health-coverage&Itemid=1926&lang=es. [Consultado 08 abril 2020].

Correa G., LC. 2017. Atención Primaria en salud; Alcances y nuevas posibilidades de acceder a un derecho fundamental desde la óptica de la Ley Estatutaria en salud (Ley 1751/2015). Tesis de grado. [Internet]. Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/3331/1/Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20salud.pdf>. [Consultado 10 abril 2020].

Cuenta de Alto Costo. 2018. Reporte Especial # 3: La importancia de conocer las cifras de presión arterial. [Internet]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=%2Fsite%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2F17%20de%20Mayo%20Dia%20Mundial%20de%20la%20Hipertension%20Arterial%20Reporte%20Especial%20de%20la%20Cuenta%20de%20Alto%20Costo.pdf&download=true&print=true&openfile=false>. [Consultado 14 junio 2020].

Departamento Nacional de Planeación. 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo país”. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>. [Consultado 20 agosto 2020].

Dirección de Estadísticas e Información en Salud y Ministerio de Salud Argentina. 2019. Indicadores Básicos Argentina. [Internet]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>. [Consultado 11 junio 2020].

Dirección Nacional de Planeación. 2007. Ley 1151 de 2007: Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010: Estado Comunitario, desarrollo para todos. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND_Tomo_2.pdf. [Consultado 05 agosto 2020].

Dirección Nacional de Planeación. 2011. Ley 1450 de 2011: Plan Nacional de Desarrollo: “Prosperidad para todos” (2010 – 2014). Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND2010-2014%20Tomo%201%20CD.pdf>. [Consultado 06 agosto 2020].

Dirección Nacional de Planeación. 2019. Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022.pdf>. [Consultado 29 agosto 2020].

Dirección Nacional de Prevención de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2018. Informe de Gestión. [Internet]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02_informe-de-gestion-ENT.pdf. [Consultado 12 junio 2020].

Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2019. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA). [Internet]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001700cnt-guia-hta.pdf>. [Consultado 10 junio 2020].

Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Secretaría de Gobierno de Salud, y Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018. Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial Documento Marco del Plan Nacional Documento preliminar Documento preliminar Documento preliminar Adherido a la Iniciativa HEARTS de OPS/OMS. [Internet]. Disponible en: https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/plan-prevencion-control-hipertension-arterial_preliminar.pdf. [Consultado 12 junio 2020].

Echeverry G., J.C., y Santa María S., M. 2011. Ley 1438: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf. [Consultado 19 abril 2020].

Fernández F. 2015. Identificación y descripción de las intervenciones intersectoriales para prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles creadas por los gobiernos de la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario entre los años 2000 a 2015. [Tesis de Maestría].

Ferrante, D. y Virgolini, M. 2005. Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet]. *Revista Argentina de Cardiología*. 2005; Vol. 73 (3), pp. 221 – 227. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3053/305325329012.pdf>. [Consultado 16 julio 2019].

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. 2018. Boletín de información técnica especializada. 2018: Vol. 4, no. 08 [Internet]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/2018/CAC.Co_2018_05_16_BolTec_V4N08_DM_Hipertension_v.0.0.pdf. [Consultado 27 mayo 2019].

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo y Cuenta de Alto Costo (CAC). 2020. Situación la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019; Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=https%3A%2F%2Fcuentadealtocosto.org%2Fsite%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F06%2FCAC.Co_2020_06_12_Libro_Sit_E_RC_2019V6.pdf&download=true&print=true&openfile=false. [Consultado 14 junio 2020].

Gallardo Solarte, K. Benavides Acosta, FP y Rosales Jiménez, R. 2016. Costos de la Enfermedad Crónica no Transmisible: la realidad colombiana. *Rev. CiencSalud.* 2016; 14 (1): 103 – 114. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>. [Consultado 11 julio 2019].

Gaviria U, A. 2015. Ley Estatutaria 1751: “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Bogotá. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf. [Consultado 20 abril 2020].

Giraldo A. y Vélez C. 2013. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Manizales, Colombia. 2013; 45 (7): 384 – 392. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>. [Consultado 10 febrero 2019].

Global Conference On Primary Health Care. Declaración de Astaná. 2018. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1&ua=1>. [Consultado 10 abril 2020].

Guerrero, R. Gallego AI, Becerril-Montekio V., y Vásquez J. 2011. Sistema de salud de Colombia. *Salud pública Méx* [Internet]. Cuernavaca; 2011; 53(Suppl 2): s144-s155. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es . [Consultado 15 septiembre 2017].

Haggerty JL, Yavich N, y Báscolo EP. 2009. Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. [Internet]. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26(5):377–84. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n5/377-384/es>. [Consultado 29 marzo 2020].

Merlano Porras CA., y Gorbanev I. 2013. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2013; 12 (24): 74 – 86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf>. [Consultado 08 agosto 2017].

Ministerio de Salud de la Nación. 2003. Acuerdo Federal de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/otras-actas/acuerdo-federal-salud.pdf>. [Consultado 28 abril 2020].

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2018. Análisis de Situación de Salud República Argentina [Internet]. Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001392cnt-Anlisis%20de%20situacin%20de%20salud%20-%20Repblica%20Argentina%20-%20ASIS%202018.pdf>. [Consultado 20 septiembre 2020].

Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Ley 27.197. Argentina. [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27197-255143/texto>. [Consultado 29 enero 2021].

Ministerio de Salud de la Nación. 2015. Ley 27.177. Argentina. [Internet]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=25822>. [Consultado 20 enero 2021].

Ministerio de Salud de la Nación. 2013. Ley 26.905. Argentina. [Internet]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22097>. [Consultado 20 enero 2021].

Ministerio de Salud de la Nación. 2004. Bases del Plan Federal de Salud 2004 – 2007. [Internet]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf. [Consultado 13 mayo 2020].

Ministerio de Salud de la Nación. 1981. Ley 22.373 Creación del Consejo Federal de Salud. [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22373-195911/texto>. [Consultado 12 mayo 2020].

Ministerio de la Protección Social. 2007. Decreto 3039 de 2007: Plan Nacional de Salud Pública, 2007 – 2010. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf. [Consultado 05 agosto 2020].

Ministerio de Salud de la Nación. 2011. Resolución 801/2011, Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. 2011. [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-801-2011-183411/texto>. [Consultado 11 junio 2020].

Ministerio de Salud. Resolución 1083/2009. 2009. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable. Disponible en: http://www.infoleg.gob.ar/basehome/actos_gobierno/actosdegobierno9-11-2009-1.htm#:~:text=Objetivos-.La%20Estrategia%20Nacional%20para%20la%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Control%20de%20las,persigue%20los%20siguientes%20objetivos%20generales%3A&text=Reducir%20la%20prevalencia%20de%20factores%20de%20riesgo%20de%20las,transmisibles%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20general.&text=Reducir%20la%20mortalidad%20por%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20no%20transmisibles. [Consultado 21 mayo 2019].

Ministerio de Salud. 2010. Resolución 1170/2010: Implementase el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, creado por la Ley Nº 24.788. [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1170-2010-169174/actualizacion>. [Consultado 28 enero 2021].

Ministerio de Salud. 2016. Resolución 732/2016: Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Creación. [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-732-2016-262537/texto>. [Consultado 06 febrero 2021].

Ministerio de Salud. 2007. Resolución 975/2007: Programa Nacional de Control del Tabaco. Apruébanse las bases para el concurso nacional de afiches "Ambientes Libres de Humo de Tabaco". [Internet]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131302/norma.htm>. [Consultado 25 enero 2021].

Ministerio de Salud. 2013. Resolución 578/2013: Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo. [Internet]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215821/norma.htm>. [Consultado 04 febrero 2021].

Ministerio de Salud de la Nación. 2005. Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS). [Internet]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/feaps>. [Consultado 13 mayo 2020].

Ministerio de la Protección Social. Resolución 4003/2008. 2008. Anexo Técnico para el manejo integral de los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado en el esquema de subsidio pleno, de 45 años o más con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus Tipo 2. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4003-2008.pdf>. [Consultado 23 septiembre 2019].

Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ – Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-adres.pdf>. [Consultado 21 abril 2019].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-nacional-2017.pdf>. [Consultado 10 julio 2019].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>. [Consultado 14 junio 2020].

Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Estadísticas e información en Salud y Secretaría de Gobierno de Salud. 2017. Natalidad y Mortalidad. Síntesis estadística No. 5. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>. [Consultado 17 mayo 2019].

Ministerio de Salud y Protección Social, y Colciencias. 2013. Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (HTA). Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_HTA.pdf. [Consultado 13 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Estrategia: Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal OCADER Colombia. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/OERCAV_001%2022.10.2013%20v1.pdf. [Consultado 23 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. La política y los progresos de Colombia en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles con énfasis en las enfermedades cardiovasculares. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: http://www.buenasaludamericas.org/uploads/2/5/8/7/25879931/ramirez_salud-cardiovascular-en-la-americas.pdf. [Consultado 05 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social, y Organización Panamericana de la Salud. 2018. En el día Mundial del Corazón, el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quieren compartir ocho victorias del país en la Promoción de la Salud Cardiovascular, Prevención y Control de la Diabetes. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/eventos/VictoriasTempranas.pdf>. [Consultado 31 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Orientaciones y Herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la Estrategia 4x4. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-alcohol-estrategia-4x4.pdf>. [Consultado 25 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.minvivienda.gov.co/sites/default/files/2020-08/plan-decenal-de-salud.pdf>. [Consultado 09 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2013. Plan Territorial de Salud: la salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Plan%20Territorial%20de%20salud.pdf>. [Consultado 11 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. Resolución 780 de 2014. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20780%20de%202014.pdf. [Consultado 17 agosto 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Resolución 3202 de 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>. [Consultado 22 junio 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Resolución 2626 de 2019. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20n.o.%202626%20de%202019.pdf. [Consultado 23 junio 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. Resolución 0005857 de 26 de diciembre de 2018: "*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*". [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf. [Consultado 19 marzo 2019].

Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf. [Consultado 21 junio 2020].

Ministerio de Salud y Protección Social., Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2014. Estrategia "Conoce tu Riesgo, Peso Saludable" Instructivo para la Utilización de la Calculadora de Riesgo. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/instrutivo-aplicativo-conoce-riesgo.pdf>. [Consultado 18 agosto 2020].

Observatorio Nacional de Salud. 2015. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia [Internet]. Bogotá – Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>. [Consultado 16 julio 2019].

Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978, Atención Primaria de Salud. Ginebra [Internet]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en_centros/material/declaracion_de_alma_atta.pdf. [Consultado 04 abril 2020].

Organización Mundial de la Salud. 2018. Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Consultado 20 septiembre 2019].

Organización Mundial de la Salud. 2019. Hipertensión. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. [Consultado 08 junio 2020].

Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la Situación Mundial de la Enfermedades No Transmisibles 2010 Resumen de Orientación. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf. [Consultado 24 mayo 2020].

Organización Mundial de la Salud. 2018. Las 10 Principales Causas de Defunción. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Consultado 02 junio 2020].

Organización Mundial de la Salud. 2011. Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/. [Consultado 03 agosto 2020].

Organización Mundial de la Salud. 2013. Plan de acción mundial para la prevención de enfermedades no transmisibles, 2013 – 2020. 2013. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1. [Consultado 03 agosto 2020].

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra, Suiza. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>. [Consultado 06 abril 2019].

Organización Panamericana de la Salud. 2009. Declaración Política: Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Salt-policy-statement-spa.pdf>. [Consultado 20 julio 2020].

Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas. [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15056:hearts-in-the-americas&Itemid=3465&lang=es. [Consultado 09 junio 2020].

Organización Panamericana de la Salud. 2019. HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Guía de implementación. Washington D.C. [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50887/OPSNMH19006_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y. [Consultado 09 junio 2020].

Organización Panamericana de la Salud. 2019. HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes. Washington D.C. [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consultado 07 junio 2020].

Organización Panamericana de la Salud. 2019. HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Herramienta para la elaboración de un protocolo de consenso para el tratamiento de la hipertensión. Washington D.C. [Internet]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51524/opsnmh19021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consultado 08 junio 2020].

Organización Panamericana de la Salud. 2015. Hipertensión [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es. [Consultado 20 septiembre 2019].

Organización Panamericana de la Salud. 2018. Marco de monitoreo y evaluación para programas de control de hipertensión. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34910/OPSNMH18001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consultado 22 septiembre 2019].

Organización Panamericana de la Salud. 1997. Veinte años de la Declaración de Salud para todos 1977 – 1997. La Habana – Cuba. Boletín Informativo; 2(2) [Internet]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31264/1997-Vol.2%20No.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Consultado 05 abril 2020].

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). 46° Consejo Directivo, 57ª. Sesión del Comité Regional. [Internet]. Disponible en: file:///C:/Users/ASUS%20K%20401UQ/Downloads/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf. [Consultado 05 abril 2020].

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2019. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. [Internet]. Disponible: [file:///C:/Users/ASUS%20K%20401UQ/Downloads/OPSNMH19016_spa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS%20K%20401UQ/Downloads/OPSNMH19016_spa%20(1).pdf). [Consultado 11 junio 2020].

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2012. Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012 – 2025. 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana: Washington D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/CSP28-9-s.pdf>. [Consultado 02 agosto 2020].

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2013. Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2013 - 2019. 52.º Consejo Directivo: Washington D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-s.pdf>. [Consultado 02 agosto 2020].

Palacio D., y Carrasquilla A. 2007. Ley Número 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>. [Consultado 19 junio 2020].

Patel P., Ordunez P., DiPette D., Escobar MC., Hassell T., Wyss F., et al. [Internet]. 2016;18(12):1284–1294. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1>. [Consultado 18 febrero 2021].

Pineda – Restrepo, B., y Jerez – Trujillo, AC. 2014. Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia [Internet]. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/informe_anual_2014.pdf. [Consultado 10 julio 2019].

PopulationPyramid.net. Colombia 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/colombia/2020/>. [Consultado 13 junio 2020].

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2015. Objetivos del Desarrollo Sostenible [Internet]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>. [Consultado 21 septiembre 2019].

Robledo R. y Escobar F. 2010. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Colombia. Boletín del Observatorio en Salud [Internet]. 2010; 3 (4). Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS%20K%20401UQ/Downloads/17968-57896-1-PB.pdf>. [Consultado 08 abril 2019].

Sistemas Especializados de Información SEI S.A., CENDEX Pontificia Universidad Javeriana., COLCIENCIAS, y Ministerio de la Protección Social. 2007. Encuesta Nacional de Salud ENS. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>. [Consultado 13 junio 2020].

Sociedad Argentina de Cardiología. 2018. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología [Internet]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>. [Consultado 18 mayo 2019].

Stolkner A., Comes Y., y Garbus P. 2011. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciênc. saúde coletiva* 16(6). Rio de Janeiro June 2011. [Internet]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600019. [Consultado 28 abril 2020].

Suarez, R. Zamora, S. Conte, G., y Olarte, MF. 2011. Informe final de ejecución, contrato de servicios OPS/OMS. Ministerio de la Protección Social [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%](https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%20)

C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/SistematExpAPS_20Nov2011.pdf. [Consultado 16 julio 2019].

Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, Dirección de Promoción y Prevención., Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Estrategia Nacional para la Reducción de Sal/Sodio en Colombia 2012 – 2021. Bogotá D.C. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-reduccion-sal-2012-2021.pdf>. [Consultado 12 agosto 2020].

Tinto JA. 2013. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia* [Internet]. 2013; (29): 135 – 173. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=55530465007>. [Consultado 18 octubre 2020].

Urbina P. 2017. Estado y Salud en Argentina: una aproximación histórica. [Internet]. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/19>. [Consultado 20 enero 2021].

Vignolo J., Vacarezza M., Álvarez C y Sosa A. 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int* [Internet]. 2011 Abr; 33 (1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext. [Consultado 21 febrero 2019].

Weisbrot, M. 2014. Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud [Internet]. *Evid Act Pract Ambul.* 2014;17(3). Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/4e1491d9117f057605bd8e034e48ffa2.pdf>. [Consultado 17 julio 2019].

World Bank Data Team. 2019. Nueva clasificación de los países según el nivel de ingresos para 2019 y 2020. [Internet]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>. [Consultado 06 junio 2020].