Descargado el: 6-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas

Evaluation of the Medical Assistance to Patients with Arterial Hypertension in Four Urban Áreas

Addys Díaz Piñera[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Susana Balcindes Acosta[1] René García Roche[1] Nelsy Álvarez Mesa[2]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 10300
[2] Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, Balcindes-Acosta S, García-Roche R, Álvarez-Mesa N. Evaluación de la atención médica a pacientes con hipertensión arterial en cuatro áreas urbanas. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 6]; 8(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/592

Resumen

Fundamento: el mejoramiento de la calidad de la atención constituye un reto para todos los que brindan servicios de salud, no basta conocer lo que sucede, sino modificar los resultados que no sean satisfactorios.
Objetivo: evaluar la calidad de la atención médica que reciben los pacientes con hipertensión arterial por medio del cumplimiento del programa en cuatro áreas de salud durante el año 2013.
Métodos: se realizó una investigación de sistemas y servicios de salud, y se utilizó un muestreo por conglomerado bietápico. Las variables estudiadas se relacionaron con la cobertura y calidad de los recursos humanos, la disponibilidad de recursos materiales, el cumplimiento de las principales actividades establecidas en el proceso de atención. Se aplicaron diversos instrumentos probados por expertos, en la población hipertensa. Se auditaron más del 85 % de las historias. Para el vaciamiento y análisis de los resultados se utilizaron los paquetes estadísticos Access 2000 y SPSS 15,0.
Resultados: la evaluación de las dimensiones estructura, proceso y resultados fue, no satisfactoria en las áreas estudiadas, porque no se alcanzaron los estándares propuestos.
Conclusiones: la atención que recibieron estos pacientes no es adecuada ya que existieron dificultades en el cumplimiento del programa, lo que repercutió en la calidad brindada.

Palabras clave: evaluación de resultado, atención médica, calidad de la atención de salud, hipertensión, área urbana

Abstract

Foundation: improving the quality of assistance is a challenge for all in charge of providing health services. It is no enough to know what happens but also to modify unsatisfactory results.
Objective: to evaluate the quality of the medical assistance which patients with hypertension receive by means of the program observance in four health areas during 2013.
Methods: a research of the health systems and services was done, using a two stage conglomerate sample. The variables studied were related to the coverage and quality of human resources, the availability of material resources, the compliance of the main activities set for the process of assistance. Various instruments approved by experts were applied to hypertensive population. More than 85 % of clinical records were audited. For collecting and analyzing data statistic packages Access 2000 and SPSS 15, 0 were used.
Results: the evaluation of structure, process and results dimensions was not satisfactory in the studies area, because the proposed standards were not achieved.
Conclusion: the assistance received by these patients is not appropriate since there were difficulties in the program compliance, which influenced in the quality provided.

Key words: outcome assessment, medical care, quality of health care, hypertension, urban area

Recibido: 2018-01-12 16:11:44
Aprobado: 2018-05-22 15:35:57

Correspondencia: Addys Díaz Piñera. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. addys@inhem.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son el resultado de complejos y dinámicos procesos sanitarios, sociales y genéticamente determinados, que alcanzan proporciones epidémicas y aportan de manera importante a la morbilidad, mortalidad y a la carga de enfermedades; son responsables, directa o indirectamente de pérdida de calidad de vida y originan altos costos sanitarios en los adultos de todos los países, entre los que también se incluyen los industrializados. Los países de ingresos bajos y medios tienden a desarrollar estas enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo y muy a menudo presentar complicaciones prevenibles, y fallecer antes que en los países de altos ingresos.[1,2]

Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo, en el 2012 causaron 38 millones de defunciones, el 68 % de las registradas ese año, y se prevé que estas continúen en ascenso.[2,3] La epidemia empeora debido a una combinación de factores de riesgo que están en aumento, como el uso de tabaco, la mala alimentación, el sedentarismo y el uso nocivo del alcohol, que son el resultado de la urbanización no planificada, la globalización del comercio y el envejecimiento de la población, entre otras. Las cuatro principales ENT son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus, que comparten los factores de riesgo antes mencionados. La falta de capacidad para prestar atención médica y los inadecuados sistemas de protección social en los países de ingresos bajos, aumenta la probabilidad de que las personas contraigan estas enfermedades y mueran a edades más tempranas, más del 40 % en personas menores de 70 años de edad (muertes prematuras) y el 75 % de ellas en países de ingresos bajos y medios.[2,3]

La hipertensión arterial (HTA) juega un doble papel; es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes, entre el 15 y el 30 % de la población adulta la padecen (aproximadamente 1000 millones de personas), además constituye un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, causas principales de muerte y generadoras de incapacidad temporal o definitiva en la población laboralmente activa. Su frecuencia se incrementa con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población la presenta.[4]

En Cuba, las ENT son la principal causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y representan más del 75 % de las muertes, lo cual se asocia a una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios. Dentro de estas la HTA constituye un diagnóstico habitual, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria. Según resultados de la III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2010, la prevalencia global estimada por hipertensión arterial fue de 30,9 %, con una prevalencia de hipertensos conocidos de 22,4 % y un porcentaje de casos nuevos de 8,5 %.[4]

Existen y se encuentran disponibles intervenciones costo-efectivas para la prevención, detección y control de la hipertensión arterial, sin embargo, aún persisten brechas y eso lo demuestra el incremento desmedido de esta enfermedad en casi la totalidad de los países, lo que refleja una incapacidad en la mayoría de los sistemas de salud para dar una respuesta efectiva y sostenible a esta situación.[1,3] Resulta evidente que para lograr tal propósito, se requiere de una atención de calidad, para lograr este fin se debe contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema funcional, organizado, donde se evalúe de manera sistemática y objetiva la pertinencia, el rendimiento y el éxito de estos programas o servicios que se ofrecen.[5,6] No se puede olvidar el componente individual, que es el que establece la conducta hacia el cumplimiento o no del tratamiento médico, de la satisfacción de las necesidades de la población y de los proveedores de estos servicios; aspectos que a su vez están influenciados por factores económicos, sociales y de los propios servicios.

En los últimos años se ha acrecentado el interés por la calidad de la atención médica y su evaluación, como resultado del desarrollo social, de la evolución del pensamiento, del cuestionamiento de la práctica médica, el incremento de las competencias profesionales y económicas, entre otros. Su objetivo esencial es el de satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios del servicio, por medio del compromiso de la organización con la participación del personal, lo que conlleva a la mejora continua de los procesos y sus relaciones.[5-8]

La hipertensión arterial constituye, sin lugar a dudas, una de las grandes amenazas para la salud de estos tiempos, por lo que su

conocimiento y abordaje constituye en gran parte el trabajo de los médicos de la atención primaria.

Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica que reciben los pacientes con hipertensión arterial por medio del cumplimiento del programa en cuatro áreas de salud durante el año 2013 y colocar los resultados en manos de los directivos de salud y sectores involucrados en aras de buscar alternativas de solución que contribuyan a reducir el desarrollo de complicaciones, secuelas y muertes por estas causas.

MÉTODOS

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con el propósito de evaluar la calidad de la atención a pacientes hipertensos en cuatro áreas de salud pertenecientes a los municipios de Cárdenas y Santiago de Cuba durante el 2013, para lo cual se construyeron criterios, indicadores y estándares según grupo de expertos. (Anexo 1).

Para el estudio se seleccionó una provincia de mayor prevalencia de HTA en el país (Matanzas) y otra de baja prevalencia (Santiago de Cuba). De la provincia Matanzas, se tomó el municipio de Cárdenas por la alta prevalencia de hipertensos y dentro de este las áreas de salud: José Antonio Echeverría y Héroes del Moncada por ser las más representativas. De Santiago se escogió el municipio de Santiago de Cuba porque alrededor del 50 % de las defunciones que se registraron en ese periodo como consecuencia de la HTA y sus complicaciones ocurrieron es este territorio. Las áreas Julián Grimau y Carlos Juan Finlay fueron ejemplo de esto, además de que se reportó una mayor utilización de los servicios de urgencias por estas causas.[9]

Se efectuó un muestreo por conglomerados bietápico en el cual se tomaron siete consultorios del médico de la familia (CMF) por cada Grupo Básico de Trabajo (GBT) en la primera selección y 25 pacientes hipertensos dentro de cada consultorio seleccionado en la segunda etapa.

De una muestra de 1 400 pacientes hipertensos, se seleccionaron 175 por cada GBT, 350 por cada área de salud y 700 por municipio. Se logró entrevistar a 1333 personas. El porcentaje de pérdidas fue de 4,8 %, las causas fundamentales se correspondieron con fallos en la dispensarización (fallecidos y mudados). Se encuestaron además a 65 médicos y 68 enfermeras miembros de los Equipos Básicos de Salud (EBS). El estudio se realizó entre los meses de febrero a julio del 2013.

Se contó con el apoyo de un grupo de expertos para la confección de criterios, indicadores y estándares, así como para el diseño de los instrumentos que se utilizaron; se realizó de manera previa un estudio piloto en un área de salud de la provincia La Habana.

Entre las fuentes de obtención de información estuvieron el análisis de la situación de salud de cada territorio, registros estadísticos y de capacitación de las áreas de estudio, historias clínicas de pacientes, grupos focales. Se efectuaron entrevistas y/o encuestas a jefes de GBT, jefes de los departamentos de docencia, recursos humanos (RHH), laboratorio clínico, además a los médicos, enfermeras, con los cuales se indagó sobre las actividades docentes realizadas en el último año, la disponibilidad de recursos, aspectos de la dispensarización y otros relacionados con el cumplimiento del programa. Del mismo modo se les aplicaron encuestas a los pacientes, se registraron datos sociodemográficos, antropométricos, antecedentes patológicos personales, se exploraron conocimientos acerca de la HTA, particularidades de la enfermedad, utilización de servicios de salud y su resolutividad. Se les midió la tensión arterial en dos ocasiones, cumpliéndose los requisitos y la técnica establecidas para ello[10], estas mediciones fueron ejecutadas por estudiantes de 5to año de la carrera de medicina, quienes fueron previamente adiestrados.

Conjuntamente se estudió el clima organizacional y se auditó más del 85 % de las historias clínicas, lo que facilitó los insumos necesarios para realizar la evaluación. Los resultados se compararon con los estándares fijados por el grupo de expertos, los cuales tributaban a las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

En la dimensión estructura, se estudió todo lo referente a cobertura y disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como capacitaciones realizadas sobre el tema en el último año. Se diseñaron 18 criterios y todos fueron consideraron como esenciales. Por tanto, se evaluó la estructura de suficiente, si todos los criterios esenciales fueron evaluados como tal; e insuficiente, si no cumplía con el estándar señalado.

En la dimensión proceso, se analizaron criterios relacionados con técnicas y procedimientos que deben realizarse a estos pacientes en la consulta. Se consideró adecuado, si el 90 % o más de los criterios, fueron evaluados de este modo. Mientras que en la dimensión resultados, se estudiaron los criterios referentes al control de la presión arterial, complicaciones, ingresos por esta causa, conocimientos del paciente acerca de la enfermedad y satisfacción de usuarios y proveedores. Se consideró aceptable, sí el 90 % o más de los criterios fueron evaluados como tal.

La evaluación del área se consideró satisfactoria, si la estructura fue suficiente, el proceso adecuado y los resultados fueron aceptables.

Para la realización del estudio se contó con el consentimiento de médicos, enfermeras y pacientes, así como de los directivos a nivel provincial, municipal y de área. También se contó con la aprobación del Consejo Científico y Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM).

Para el vaciamiento y análisis de los resultados se utilizaron los paquetes estadísticos Access 2000 y SPSS 15,0. Los resultados se expresaron en porcentajes y fueron presentados en tablas.

RESULTADOS

Dimensión estructura

Con relación a los criterios de cobertura y disponibilidad de recursos humanos, las áreas de salud Héroes del Moncada y Julián Grimau no alcanzan el estándar establecido, al contar con un solo especialista de medicina interna para ambos GBT. En entrevista con las jefas de los departamentos de docencia de las cuatro áreas de salud, se solicitaron las evidencias sobre los cursos o capacitaciones realizadas sobre hipertensión arterial en el último año. A pesar de haberse realizado, no se alcanza el estándar de participación (≥70 %) de las enfermeras en ninguna de las áreas de salud, ni de los médicos en las áreas Héroes del Moncada y Carlos J. Finlay, no obstante, de forma general se comprobó la necesidad de capacitación tanto en el personal de enfermería como médico, fundamentalmente de temas relacionados con el tratamiento, dosificación, combinaciones, pronóstico de la enfermedad y manejo de las complicaciones.

En ninguna de las áreas estudiadas la disponibilidad de recursos materiales eran suficientes, ni contaban con la calidad requerida (especialmente los esfigmomanómetros, locales, programas o guías prácticas). La planificación de los reactivos fue adecuada en los últimos tres meses, excepto para el área del José Antonio Echeverría, donde escasearon los utilizados para la determinación de la hemoglobina, creatinina y urea. (Tabla 1).

Tabla 1. Evaluación de la estructura por áreas de salud

Criterios	Criterios a evaluar	Criterios evaluados satisfactoriamente				Evaluación de la estructura
		C J. Finlay	J Grimau	H Moncada	JAE	
Disponibilidad de recursos humanos: médicos, enfermeras, especialistas (MGI, medicina interna, nutrición), psicólogos, técnicos	7x C/área	7	6	6	7	Insuficiente
Capacitación de recursos humanos: de médicos y enfermeras (últimos 2 años)	2xC/ área	0	1	0	1	Insuficiente
Disponibilidad de recursos materiales (pesas, tallímetros, esfigmomanómetros, estetoscopios, ECG, locales, reactivos, guías prácticas o programas consultas especializadas)	9xC/área	5	6	7	7	Insuficiente
Total de criterios evaluados de suficientes	**18**	**12**	**13**	**13**	**15**	**Insuficiente**
Estándar alcanzado		**66,6 %**	**72,2 %**	**72,2 %**	**83,3 %**	

En relación a los locales de consulta fueron suficientes en el 75 % de las áreas, sin embargo, no reunían las condiciones necesarias (físicas, ambientales, de privacidad y abastecimiento de agua) que establecen las normas. El mobiliario estaba en mal estado e incluso era escaso en determinados lugares. Del mismo modo, existían dificultades con los herrajes en servicios sanitarios y áreas de descontaminación o no había abasto de agua corriente dentro de la unidad (consulta y/o área de enfermería), por lo que se hacía necesario su recolección para realizar los procedimientos de asepsia y antisepsia.

Por todo lo expuesto, la estructura fue evaluada de insuficiente, no se alcanzó el estándar establecido en ninguna de las áreas de estudio. De los 18 criterios catalogados como esenciales, solo fueron evaluados de satisfactorios de 12 a 15 (66,6 % al 83,3 %). El área con menor porcentaje fue el Carlos J. Finlay y la mejor el José A Echeverría.

Dimensión proceso

Las actividades del proceso, se midieron fundamentalmente por medio de la auditoría médica realizada a las historias clínicas, el cual fue calificado de deficiente, al no contar con la información necesaria, por lo que esta dimensión fue evaluada de no adecuada en todas las áreas.

Solo los criterios, pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico, alcanzan el estándar propuesto (≥85 % y ≥90 % respectivamente) aunque las indicaciones o asociaciones, no fueron siempre las más adecuadas.

Al comparar los resultados obtenidos de la auditoría a las historias clínicas y de las encuestas realizadas a médicos y enfermeras se encontró discrepancias en relación a la periodicidad establecida con que deben verse estos pacientes, muchos no fueron ni consultados en el año, además de que los

exámenes físicos estaban incompletos, obviándose así, procedimientos que están establecidos (la medición de la tensión arterial, la exploración, auscultación o palpación de los pulsos periféricos, soplos abdominales y carotideos, estado neurológico y el cálculo del índice de masa corporal. (Tabla 2).

Tabla 2. Evaluación de la dimensión proceso por áreas de salud

Criterios	Estándar	CJ Finlay		J Grimau		H. Moncada		JAE	
		*Result	*Ev. del criterio	*Result	*Ev. del criterio	*Result	*Ev. del criterio	*Result	*Ev. del criterio
Consulta de seguimiento	≥ 95 %	29,6 %	No adecuado	46,7 %	No adecuado	58,0 %	No adecuado	34,5 %	No adecuado
Visita de terreno	≥ 95 %	25,6 %	No adecuado	39,2 %	No adecuado	75,7 %	No adecuado	31,8 %	No adecuado
Interrogatorio	≥ 95 %	32,3 %	No adecuado	58,3 %	No adecuado	81,4 %	No adecuado	22,5 %	No adecuado
Examen físico general	≥ 95 %	33,3 %	No adecuado	63,5 %	No adecuado	70,2 %	No adecuado	38,8 %	No adecuado
Mensuraciones (peso- talla)	≥ 95 %	8,4 %	No adecuado	7,8 %	No adecuado	78,1 %	No adecuado	36,0 %	No adecuado
Educación sanitaria	≥ 90 %	21,9 %	No adecuado	53,6 %	No adecuado	81,4%	No adecuado	36,9 %	No adecuado
Pacientes con tratamiento no farmacológico (TNF)	≥ 90 %	98,0 %	Adecuado	98,0 %	Adecuado	91,9 %	Adecuado	89,1 %	No adecuado
Pacientes con tratamiento farmacológico (TF)	≥ 85 %	90,6 %	Adecuado	86,6 %	Adecuado	91,9 %	Adecuado	97,3 %	Adecuado
Adherencia al tratamiento según Test de Moriski	≥ 75 %	35,6 %	No adecuado	44,2 %	No adecuado	61,8 %	No adecuado	65,4 %	No adecuado
Complementario indicado	≥ 90 %	10,7 %	No adecuado	15,7 %	No adecuado	27,6 %	No adecuado	31,8 %	No adecuado
Total de criterios adecuados		**2**	**20 %**	**2**	**20 %**	**2**	**20 %**	**1**	**10 %**
Evaluación del proceso		No adecuado							

Dimensión resultados

En este estudio se encontró que solo el 58 % de los pacientes estudiados (773) tenían su tensión arterial controlada. En ellos existían elementos que favorecían al mal control de la tensión arterial, de los cuales algunos son derivados directos de un inadecuado seguimiento, de la no adherencia al tratamiento y otros responden a factores genéticos, socioeconómicos y de comportamiento individual. Entre las principales causas de no adherencia se encontraron: el haber olvidado tomar los medicamentos, falta de tiempo, efectos indeseables, no seguimiento por el médico y razones económicas. Había pacientes donde coexistía más de una razón para no cumplir diariamente el tratamiento.

El conocimiento acerca de la enfermedad, cómo prevenirla, controlarla, reducir o retardar la aparición de complicaciones, debe ser comprendido por el paciente y sus familiares. En este estudio no se alcanza el estándar propuesto, ni hubo correspondencia entre el nivel de conocimiento, escolaridad y control de la hipertensión arterial.

La satisfacción tanto de usuarios como proveedores, tampoco alcanza el estándar propuesto. En el área José Antonio Echeverría, fue donde hubo menor satisfacción con el trabajo del médico y la enfermera de la familia y donde los médicos estuvieron menos satisfechos.

Los resultados fueron valorados de no aceptables en todas las áreas de salud, con excepción de los

criterios: pacientes con síntomas o complicaciones e ingresados en los últimos 3 meses, que alcanza el estándar propuesto en todas las áreas. (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de la dimensión proceso por áreas de salud

Criterios	Estándar	C J Finlay		J Grimau		H. Moncada		JAE	
		*Result	*Ev. del criterio	*Result	*Ev. del criterio	*Result	*Ev del criterio	*Result	*Ev. del criterio
Pacientes hipertensos controlados según cifras de tensión arterial	≥ 80 %	53,3 %	No aceptable	60,8 %	No aceptable	53,8 %	No aceptable	65,4 %	No aceptable
Pacientes con síntomas o complicaciones en los últimos 3 meses	≤ 30 %	21,9 %	Aceptable	22,1%	Aceptable	20,2 %	Aceptable	16,4 %	Aceptable
Pacientes ingresados en los últimos 3 meses	≤ 10 %	9,1 %	Aceptable	5,8 %	Aceptable	1,7 %	Aceptable	5,8 %	Aceptable
Pacientes con conocimientos adecuados acerca de la HTA	≥ 80 %	46,4 %	No aceptable	40,4 %	No aceptable	37,6 %	No aceptable	30,5 %	No aceptable
Satisfacción de la población con la atención brindada por el médico de la familia	≥ 80 %	69,8 %	No aceptable	72,7 %	No aceptable	87,3 %	Aceptable	63,7 %	No aceptable
Satisfacción de la población con la atención recibida de la enfermera de la familia	≥ 80 %	69,8 %	No aceptable	78,8 %	No aceptable	85,6 %	Aceptable	66,8 %	No aceptable
Satisfacción de los médicos con la atención brindada	≥ 80 %	71,4 %	No aceptable	68,2 %	No aceptable	66,6 %	No aceptable	0	No aceptable
Satisfacción de las enfermeras con la atención brindada	≥ 80 %	41,6 %	No aceptable	35,3 %	No aceptable	60,0 %	No aceptable	58,3 %	No aceptable
Total de criterios evaluados de aceptables		**2**	**25 %**	**2**	**25 %**	**4**	**50 %**	**2**	**25 %**
Evaluación de la dimensión resultados		No aceptable							

La evaluación final en las cuatro áreas de salud fue, no satisfactoria, ya que ninguna de las dimensiones logró el estándar establecido. Muchas de las pautas del Programa Nacional

para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la HTA no se cumplen y así lo demuestra el porcentaje elevado de pacientes no adheridos al tratamiento y no controlados. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluación de las dimensiones estructura, proceso y resultados

Dimensiones	Evaluación por áreas de salud				Evaluación
	C.J. Finlay	J. Grimau	H. Moncada	JAE	
Estructura	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	**Insuficiente**
Proceso	No adecuado	No adecuado	No adecuado	No adecuado	**No adecuado**
Resultados	No aceptable	No aceptable	No aceptable	No aceptable	**No aceptable**
Evaluación	**No satisfactoria**	**No satisfactoria**	**No satisfactoria**	**No satisfactoria**	**No satisfactoria**

DISCUSIÓN

La calidad de la atención es un proceso complejo que tiene como objetivo ofrecer beneficios con un riesgo menor y a un costo razonable, a su vez tiene que ser oportuna, conforme a los principios éticos, conocimientos médicos, y satisfacer las necesidades de usuarios, proveedores y de la institución. Por medio de la evaluación de las dimensiones estructura, proceso y resultados se puede determinar la calidad de un programa y/o servicio, al identificar los factores que interfieren en la efectividad de las acciones sanitarias lo cual es de gran importancia para la toma de decisiones. La calidad depende de los recursos con que se cuenta, pero más importante aún, es la forma en que estos se organizan y de las relaciones que se establecen en el proceso de atención.[6,8,11,12]

Como parte de la política del gobierno y del sistema de salud cubanos está garantizar la cobertura de recursos humanos, mediante la graduación cada año de profesionales y técnicos en las diferentes especialidades. También se reorganiza el universo de atención para cada médico de familia, sin dejar de cumplir con los compromisos internacionales,[6,7] lo que no sucede en otros países donde existen limitaciones en la disponibilidad de este personal, quienes tienen que realizar un mayor esfuerzo para poder cumplir con las acciones y procedimientos establecidos.

Del mismo modo es una prioridad, el contar con profesionales capacitados para el desempeño de las nuevas misiones del sistema. Con el paso de los años se han ido perfeccionando los planes de estudio, con perfiles de amplio espectro, tanto para profesionales como tecnólogos de la salud; se han diseñado diplomados, maestrías, entrenamientos y se promueve cada día más el desarrollo de actividades investigativas.[7] La actuación técnica depende de los conocimientos, juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuadas y de la destreza en ejecutar dichas estrategias. [5-7]

Se han encontrado coincidencias con otros estudios nacionales donde se ha mostrado que el conocimiento teórico y práctico de los médicos que atienden a estos pacientes en ocasiones no es suficiente o el tema no se aborda con toda la profundidad que demanda su importancia como problema de salud en la educación de pregrado y postgrado, además de insuficiencias en el proceso de comunicación e investigación de profesores, tutores, asesores y oponentes. Esto limita la competencia investigativa de los profesionales involucrados en la formación de postgrado del médico general integral como herramienta necesaria para su mejor desempeño profesional en la atención primaria de salud. También carecen de los programas de prevención y control de enfermedades, documentos vitales donde se abordan los aspectos fundamentales para la atención médica integral a pacientes con diversas enfermedades crónicas.[13-16]

En relación a la disponibilidad y calidad de los recursos materiales, equipamientos, y locales de consultas, estos fueron insuficientes y no contaban con las condiciones necesarias. La carencia de esfigmomanómetros, creó incomodidad tanto en el personal de salud como

en los pacientes, quienes en ocasiones tenían que visitar varios consultorios en busca de uno en condiciones óptimas o el personal de salud priorizar entre la consulta y una urgencia (hogar), entorpeciéndose el proceso de atención. Igualmente sucedía con los programas o guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, que a pesar de haberse distribuidos en varias ocasiones por cada consultorio, estos no existían, lo que se asemeja a otros estudios nacionales e internacionales.[8,11,17,18] A estas deficiencias se le deben dar seguimiento por parte de los directivos y decisores, para la búsqueda de soluciones o alternativas organizativas que permitan reorientar los servicios y brindar una mejor atención.

El proceso constituye el eslabón fundamental de la atención, en este se desarrollan aptitudes y comportamientos que dependen de la comunicación, de la aplicación del conocimiento y de las tecnologías, además se llevan a cabo acciones y procedimientos establecidos, normados y organizados que determinan el alcance de los resultados.[5]

La evaluación de las historias clínicas es un arma poderosa para evaluar la calidad y el desempeño profesional del médico, según Donabedian, y dentro de esta el examen físico que constituye un elemento esencial en la valoración global del paciente, tanto por sus implicaciones en el pronóstico como para una adecuada clasificación.[5,19] Estudios nacionales e internacionales han demostrado deficiencias en la confección de las historias clínicas, ya que en ocasiones se obvian algunos elementos [20,21] aunque también se han encontrado resultados satisfactorios.[22]

Las consultas y los terrenos son actividades necesarias, están establecidas en el programa del médico y enfermera de la familia y responden en gran medida a la dispensarización que se lleva de cada individuo. En este caso, permite determinar el comportamiento o variabilidad de las cifras de tensión arterial, y previenen ante cualquier cambio negativo en su evolución.

Con relación al tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico, la adherencia al tratamiento y conseguir el control de las cifras de tensión arterial son tareas difíciles de lograr, existió una relación lineal entre la adherencia y el grado de control de la enfermedad. El comportamiento del paciente y el apoyo que este recibe de su familia juegan un papel importante en el control del paciente aunque no son los únicos determinantes.[23,24] En el mundo, el control de las cifras de tensión arterial sigue siendo muy bajo y los resultados con relación a la modificación de los estilos de vida no siempre son los esperados, así lo demuestran estudios realizados en el país.[24,25] Sin embargo, otros muestran los efectos beneficiosos directos o indirectos de la modificación del estilos de comportamiento sobre la calidad de vida de los hipertensos.[24,26,27] Las causas principales de no adherencia son muy variables incluso entre regiones de un mismo país.[23,25]

Para Donabedian, la satisfacción de los pacientes es un resultado de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de estos. Se ha demostrado que un paciente satisfecho continuará utilizando los servicios de salud, mantendrá vínculos específicos con los proveedores, cumplirá con los regímenes de cuidado y cooperará con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.[5,12]

La satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. [5,11,18]

Numerosos estudios han demostrado cómo la disponibilidad de recursos, las condiciones de trabajo, y los métodos de dirección entre otros, influyen en la motivación y satisfacción de los prestadores con los servicios que brindan.[17,18,28-30]

Otro aspecto a tener en cuenta y que influye en la calidad y la satisfacción del paciente, es la profesionalidad del personal de salud, sus valores y la estabilidad del médico en el consultorio lo que garantiza su continuidad y seguimiento.

Algunos autores plantean[7,18,24,30] que a fin de mantener la cobertura de atención, se reorganizan los consultorios y la población a atender por los médicos de familia, estos aspectos articulados a la prioridad que se le da a algunos programas de salud, provoca que se debiliten las acciones promocionales, el trabajo de terreno, las funciones intrínsecas de este programa, e incluso, las consultas estipuladas según dispensarización, lo que ha ocasionado insatisfacciones en la población, asociadas a la inestabilidad de los servicios, al tiempo de

espera de atención y a la ausencia del médico, por estar cumpliendo otras funciones administrativas o tareas docentes.

La dimensión estructura resultó insuficiente, existieron deficiencias de índole material, estructural, organizacional, funcional y metodológica que repercutieron en la calidad de las prestaciones. La dimensión proceso fue evaluada de no adecuada al incumplirse con la dispensarización y con los procedimientos establecidos en las consultas y visitas de terreno, lo que afectó la atención y el seguimiento de los pacientes. La dimensión resultados fue valorada de no aceptable, lo que estuvo en correspondencia con los hallazgos encontrados en las dimensiones de estructura y proceso, así lo confirma la cantidad de pacientes no controlados e insatisfechos con la atención recibida y los prestadores por los servicios brindados.

ANEXOS

Anexo 1.

Criterios	Indicadores	Estándar	Escala
Dimensión Estructura			
Cobertura de médicos de la familia	Número real de médicos de la familia que laboran en los consultorios / Total de consultorios médicos x 100)	≥ 95 %	**Suficiente:** si el 95 % de los CMF cuentan con médicos de familias **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de enfermeras de la familia	Número real de enfermeras de la familia que laboran en los consultorios / Total de consultorios médicos x 100	≥ 95 %	**Suficiente:** si el 95 % de los CMF cuentan con enfermeras **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de especialistas de medicina general integral (MGI) en los CMF	Que estén disponibles	≥ 50 %	**Suficiente:** si el 50 % de los CMF cuentan con especialista de MGI **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de especialistas de medicina interna en los GBT.	Que estén disponibles	Al menos 1 por c/ GBT	**Suficiente:** si todos los GBT cuentan con un especialista en medicina interna o al menos con personal calificado en esta función (Ej. especialista de MGI en función de clínico) **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de psicólogos	Que estén disponibles	Al menos 1 en el área	**Suficiente:** si al área de salud se encuentra vinculado al menos un Licenciado en psicología. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de técnicos de laboratorio	Número real de técnicos de laboratorio / Total de técnicos de laboratorios que deben de existir por plantilla x 100	Al menos 10 en el policlínico	**Suficiente:** si están disponibles al menos 10 técnicos de laboratorios **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de especialista o máster en nutrición, consejero o personal en el servicio de consejería nutricional	Que estén disponibles	Al menos 1 en el área	**Suficiente:** si al área de salud se encuentra vinculado al menos un especialista, máster, consejero o personal que brinde el servicio de consejería en nutrición **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de psicólogos	Que estén disponibles	Al menos 1 en el área	**Suficiente:** si al área de salud se encuentra vinculado al menos un Licenciado en psicología. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de técnicos de laboratorio	Número real de técnicos de laboratorio / Total de técnicos de laboratorios que deben de existir por plantilla x 100	Al menos 10 en el policlínico	**Suficiente:** si están disponibles al menos 10 técnicos de laboratorios **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de especialista o máster en nutrición, consejero o personal en el servicio de consejería nutricional	Que estén disponibles	Al menos 1 en el área	**Suficiente:** si al área de salud se encuentra vinculado al menos un especialista, máster, consejero o personal que brinde el servicio de consejería en nutrición **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Capacitación de médicos de la familia sobre el tema en el último año	Número de médicos capacitados sobre HTA en el último año / Total de médicos existentes X 100	≥ 70 %	**Suficiente:** si al menos el 70 % de los médicos recibieron una capacitación sobre HTA en el último año **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Capacitación de enfermeros /as sobre el tema en el último año	Número de enfermeros/as capacitados sobre HTA en el último año/ Total de enfermeros/as existentes X 100	≥ 70 %	**Suficiente:** si al menos el 70 % de los enfermeros/as recibieron una capacitación sobre HTA en el último año. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de locales de consulta	Que estén disponibles	Al menos un local por cada dos consultorios	**Suficiente:** si al menos existe un local por cada dos consultorios para realizar las consultas y se utilicen en momentos diferentes **Insuficiente:** si no se cumple con el criterio anterior.
Cobertura de esfigmomanómetros calibrados	Total de esfigmomanómetros calibrados en CMF /Total de médicos laborando en CMF X 100	100 %	**Suficiente:** si el 100 % de los médicos cuentan con esfigmomanómetros calibrados. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de estetoscópios	Total de estetoscopios en CMF /Total de médicos laborando en CMF X 100	100 %	**Suficiente:** si el 100 % de los médicos cuentan con un estetoscopio. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de pesas calibradas por consultorios	Total de pesas calibradas / Total de locales de consulta X 100	100 %	**Suficiente:** si el 100 % de los locales de consultas cuentan con pesas calibradas. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de tallímetros calibrados por consultorios	Total de tallímetros calibrados / Total de locales de consulta X 100	100 %	**Suficiente:** si el 100 % de los locales de consulta cuentan con tallímetros calibrados. **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de electrocardiógrafos (ECG)	Total de equipos de ECG funcionando en el área / Total de equipos de ECG en existencia X 100	Al menos uno funcionando	**Suficiente:** si al menos el área cuenta con un ECG funcionando **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Cobertura de reactivos de laboratorio en los últimos 3 meses	Total de días con disponibilidad de reactivos para la realización de complementarios esenciales/ Total de días con disponibilidad de reactivos planificados x 100	≥ 95 %	**Suficiente:** si hubo disponibilidad del recurso para el 95 % o más de los días planificados **Insuficiente:** si no se cumple con el criterio anterior
Disponibilidad del Programa actualizado de HTA o Guía de Hipertensión	Total de CMF que poseen el programa actualizado /Total de CMF x 100	100 %	**Suficiente:** si el 100 % de los médicos que laboran en los CMF cuentan con el Programa actualizado de HTA **Insuficiente:** si no cumple lo anterior
Disponibilidad de consulta especializada de HTA	Que esté disponible	Que exista al menos una consulta especializada de HTA en el municipio	**Suficiente:** si cumple con el estándar anterior **Insuficiente:** si no cumple lo anterior

Criterios	Indicador	Estándar	Escala
Dimensión Proceso			
Consulta de seguimiento	N° de pacientes hipertensos que fueron vistos dos veces en consulta en el último año / Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 95 %	**Adecuado**: si el 95 % de los pacientes hipertensos fueron vistos dos veces en el año en consulta por su médico de familia según programa **Inadecuado:** si no cumple lo anterior
Visita de terreno	N° de pacientes hipertensos que fueron vistos 1 vez en terreno durante el último año / Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 95 %	**Adecuado**: si el 95 % de los pacientes hipertensos fueron vistos en terreno al menos 1 vez al año por su médico de familia y/o enfermera según programa **Inadecuado:** si no cumple lo anterior
Interrogatorio	N° de historias clínicas con interrogatorio / Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 95 %	**Adecuado**: si el 95 % de los médicos realizan el interrogatorio en consultas y/o terrenos y lo reflejan en la historia clínica **Inadecuado:** si no cumple lo anterior
Examen físico general	N° de historias clínicas con examen físico general / Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 95 %	**Adecuado** si al 95 % de los pacientes se les realizan examen físico general y lo reflejan en la historia clínica **Inadecuado:** si no cumple lo anterior
Mensuraciones (peso- talla)	N° de historias clínicas donde aparece reflejada el peso y la talla / Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 95 %	**Adecuado** si el 95 % de los pacientes son medidos y tallados y lo reflejan en la historia clínica **Inadecuado**: si no cumple lo anterior
Educación sanitaria	N° de historias clínicas donde aparece reflejada la educación sanitaria /Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 90 %	**Adecuado**: si el 90 % o más de los pacientes recibieron educación sanitaria y lo reflejan en la historia clínica **Inadecuado**: si no cumple lo anterior
Pacientes con tratamiento no farmacológico (TNF)	N° de pacientes hipertensos con TNF / Total de pacientes hipertensos encuestados x100	≥ 90 %	**Adecuado:** si el 90 % o más de los hipertensos tienen TNF **Inadecuado**: si no cumple lo anterior
Pacientes con tratamiento farmacológico (TF)	N° de pacientes hipertensos con TF / Total de pacientes hipertensos encuestados x100	≥ 90 %	**Adecuado:** si el 90 % o más de los hipertensos tienen TF **Inadecuado**: si no cumple lo anterior
Adherencia al tratamiento según Test de Moriski	N° de pacientes que cumplen el Tto. diariamente / Total de pacientes evaluados x 100	≥ 75 %	**Adecuado** si el 75 % o más de los pacientes toman los medicamentos diariamente **Inadecuado**: si no cumple lo anterior
Complementarios indicados	N° de historias clínicas donde aparecen indicados los *complementarios/ Total de historias clínicas evaluadas x 100	≥ 90 %	**Adecuado**: si al 90 % o más de los pacientes se les indican exámenes complementarios esenciales y aparecen reflejados en la historia clínica **Inadecuado**: si no cumple lo anterior

Variables	Indicador	Estándar	Escala
Dimensión Resultados			
Pacientes hipertensos controlados según cifras de tensión arterial	N° de pacientes hipertensos controlados / Total de pacientes hipertensos encuestados x 100 según cifras de tensión arterial registradas	≥ 80 %	**Aceptable**: si el 80 % o más de los pacientes hipertensos se encuentran controlados **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Pacientes con síntomas o complicaciones	N° de pacientes hipertensos con síntomas o complicaciones en los últimos 3 meses / Total de pacientes hipertensos evaluados x 100	<30 %	**Aceptable**: si menos del 30 % de los pacientes sufren de alguna descompensación en los últimos 3 meses **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Pacientes ingresados	N° de pacientes hipertensos con síntomas o complicaciones que requirieron ingreso en los últimos 3 meses / Total de pacientes hipertensos evaluados x 100	≤ 10 % del total de pacientes complicados	**Aceptable**: si menos del 10% de los pacientes fueron ingresados en los últimos 3 meses por complicaciones **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Pacientes con conocimientos adecuados acerca de la HTA	N° de pacientes hipertensos con conocimientos adecuados acerca del tema / Total de pacientes hipertensos evaluados x 100	≥ 80 %	**Aceptable:** si el 80 % o más de los pacientes hipertensos tienen conocimientos adecuados (se encuentran aprobados) **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Satisfacción de la población con la atención brindada por el médico de la familia	N° de pacientes hipertensos satisfechos con la atención brindada por el médico de la familia / Total de pacientes hipertensos encuestados x 100	≥ 90 %	**Aceptable:** si el 90 % o más de los pacientes están satisfechos con la atención recibida de su médico de familia. **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Satisfacción de la población con la atención recibida de la enfermera de la familia	N° de pacientes hipertensos satisfechos por la atención recibida de la enfermera de la familia / Total de pacientes hipertensos encuestados x 100	≥ 90 %	**Aceptable:** si el 90 % o más de los pacientes están satisfechos con la atención recibida de su enfermera de la familia. **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Satisfacción de los médicos por la atención brindada	N° de médicos satisfechos con el servicio que brindan / Total de médicos encuestados x 100	≥ 90 %	**Aceptable:** si el 90 % o más de los médicos están satisfechos con la atención que brindan. **No aceptable**: si no cumple lo anterior
Satisfacción de las enfermeras por la atención brindada	N° de enfermeras satisfechas con el servicio que brindan /Total de enfermeras encuestadas x 100	≥ 90 %	**Aceptable:** si el 90 % o más de las enfermeras están satisfechas con la atención que brindan. **No aceptable**: si no cumple lo anterior

Volver

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García S, Kopitowski I, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuibles a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [citado 9 Jun 2017];27(4):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.iecs.org.ar/iecs-visopublicacion.php?cod_publicacion=1200

2. Organización General de las Naciones Unidas. Prevención y control de las ENT. Informe del Secretario General. Sexagésimo sexto período de sesiones. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio [Internet]. New York: ONU; 2011 [citado 9 Jun 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/83

3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. Washington: OMS; 2014 [citado 13 Ene 2017]. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/principales-noticias/1763-informe-mundial-sobre-enfermedades-no-transmisibles-2014

4. Bonet M, Varona P. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades No transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: ECIMED; 2014

5. Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?. Rev Calidad Asistencial [revista en Internet]. 2001 [citado 17 May 2017];16(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/.../MonograficoAvedis 2parte.pdf

6. Hernández J. Un acercamiento impostergable del sistema cubano de salud a la calidad. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2013 [citado 19 Sep 2017];38(7):[aprox. 12p]. Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/507

7. Íñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [citado 8 May 2017];38(1):[aprox. 16p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n1/spu11112.pdf

8. González LE, Gallardo EG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida y la muerte. Rev Digital Universitaria [revista en Internet]. 2012 [citado 8 May 2017];13(8):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html

9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2013 [citado Ene 2015]. Disponible en: http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/

10. International Consortium for quality research on dietary sodium/salt 2017). . Recommended standards for assessing blood pressure in human research where blood pressure or hypertension is a major focus. J Clin Hypertens. 2017;19(2):108-13

11. Delgado H, González P, Monteagudo S, Hernández J, Leiva A, Saavedra W. Calidad de la atención médica a pacientes con infarto agudo de miocardio. Cienfuegos 2013. Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 29 Oct 2017];6(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/413

12. Puch GF, Uicab GA, Ruíz M, Castañeda H. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [revista en Internet]. 2016 [citado 12 Jun 2017];24(2):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaims/eim-2016/eim162i.pdf

13. OMS. Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo [Internet]. Washington DC: OMS; 2018 [citado 13 May 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543:2012-integrated-disease-management&catid=1415:integrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es

14. Escobar NV, Plasencia CG, Almaguer AJ, Domínguez CF. Una mirada crítica a la competencia investigativa en el campo de la hipertensión arterial desde la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2010 [citado 12 Ago 2017];26(4):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252010000400002&lng=es

15. Alpízar LB. La comunicación pedagógica en los docentes del nuevo plan de formación en Medicina Integral Comunitaria. Rev Educ Méd Sup [revista en Internet]. 2017 [citado 22 Ene 2018];31(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/946

16. Bonal R, Poll M. Actitudes de médicos y enfermeras ante el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica. Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 23 Nov 2017];5(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/349

17. Soler R, Malfrán MD, Carbonell IC, Soler AL, Díaz CL. Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida. MEDISAN [revista en Internet]. 2013 [citado 19 Sep 2017];17(8):[aprox. 17p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013000800004&lng=es

18. Reyes Y, Reyes JL, Cofiño ME. Grado de satisfacción laboral de los Médicos Generales Integrales en Sagua la Grande. Medisur [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Ene 2017];10(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1681/7247

19. Cuenca K, Rodríguez ML, Soto AD, Pentón O. La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. Rev Cub Med Mil [revista en Internet]. 2014 [citado 27 Nov 2017];43(4):[aprox. 6p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400012&lng=es

20. Zafra J, Veramendi L, Villa N, Zapata M, Yovera E, Yale GU, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013. Rev Perú Méd Exp Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [citado 28 Oct 2017];30(4):[aprox. 14p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342013000400032&lng=es

21. Arocha MM, Márquez M, Deyne A, Estrada GA. Calidad del desempeño profesional en la Clínica Estomatológica ¨Fe Dora Beris¨. MEDISAN [revista en Internet]. 2015 [citado 27 Nov 2017];19(8):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800005&lng=es

22. Matzumura JP, Gutiérrez H, Sotomayor J, Pajuelo G. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, 2010-2011. An Fac Med [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2017];75(3):[aprox. 6p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i3.9781

23. Rodríguez E, Piovet IY. Adherencia al tratamiento en hipertensos de difícil control en la atención primaria de salud. Rev Ident Bol [revista en Internet]. 2017 [citado 19 Sep 2017];1(2):[aprox. 12p]. Disponible en: http://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/revista/article/view/35/11

24. Martín L, Bayarre H, Corugedo MC, Vento F, La Rosa Y, Orbay MC. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2015 [citado 19 Sep 2017];41(1):[aprox. 13p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662015000100004&lng=es

25. López SA, Chávez R. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2016 [citado 11 Sep 2017];15(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1036/969

26. Montes de Oca SM, Viquillón R. Escuela para hipertensos y modificación de estilos de vida. Rev Calixto García [revista en Internet]. 2016 [citado 29 Oct 2017];4(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcgelectronica

27. Del Valle R. Plan de actividades físico-recreativas para favorecer el control de la hipertensión arterial en el adulto mayor de 50 a 55 años de la comunidad 'La Batalla 1B-4B' de la

Parroquia Juan de Villegas del Municipio Iribarren del Estado de Lara. Rev Digital [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2017];19(196):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.efdeportes.com/efd196/control-de-la-hipertension-arterial-en-el-adulto-mayor.htm

28. Reyes S, Paredes S, Legorreta J, Romero NS, Flores M, Andersson N. Satisfacción de usuarios con los servicios de salud bucal y factores asociados en Acapulco, México. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2015 [citado 13 Nov 2017];52(3):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300003&lng=es

29. Berenguer MC, Mediaceja NR, Montoya M. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica. MEDISAN [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Nov 2017];18(7):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_7_14/san06714.pdf

30. Hernández LC. Desgaste profesional en especialistas en medicina general integral de la atención primaria de salud. Plaza de la Revolución 2007- 2012 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014 [citado 12 Ene 2018]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/