

Implementación de la Iniciativa HEARTS en Argentina: primeros resultados

Gonzalo Rodríguez¹, Andrés Rosende², Carolina Prado³, Rubén Cejas Mariño⁴, Vilma Irazola³, Donald DiPette⁵, Marcelo Orias⁶, Gloria Giraldo Arcila² y Sebastián Laspiur¹

Forma de citar

Rodríguez G, Rosende A, Prado C, Cejas Mariño R, Irazola V, DiPette D et al. Implementación de la Iniciativa HEARTS en Argentina: primeros resultados. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e181. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.181>

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad, y la hipertensión es su principal factor de riesgo. En 2018, Argentina comenzó a implementar la Iniciativa HEARTS en 5 centros de atención primaria de salud a través del Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. En este estudio se presenta el impacto de su implementación en los indicadores de cobertura efectiva, tratamiento, tratamiento combinado y control. La Iniciativa HEARTS incluye múltiples componentes; entre ellos se destacan la capacitación de los equipos de salud, la reorganización de las tareas basada en la transferencia de competencias clínicas, la provisión de dispositivos de medición de la presión arterial automáticos y clínicamente validados, y la utilización de un único protocolo de tratamiento estandarizado. Se utilizó un modelo de datos longitudinales del tipo ecuación de estimación generalizada, y se agrupó la información de los 5 centros de salud mediante promedios ponderados según el tamaño de la población bajo cobertura. El análisis de los resultados fue estratificado en dos períodos de tiempo delimitados por la irrupción de las restricciones debidas al COVID-19. Durante el primer período de 18 meses se observó una mejoría significativa en el tratamiento (5,9%; $p < 0,01$) y el tratamiento combinado (13,4%; $p < 0,01$), sin cambios significativos en la cobertura (8,4%; $p = 0,87$) y con un descenso paradójico en el control (-3,3%; $p = 0,02$). Durante las restricciones y respecto del período previo, se constató una reducción generalizada en todos los indicadores, principalmente en la cobertura (-23,6%; $p < 0,01$) y el control (-12,5%; $p < 0,01$). Sin embargo, los niveles de tratamiento y tratamiento combinado persistieron por encima de los valores basales (1,7%; $p < 0,01$ y 5,4%; $p < 0,01$, respectivamente).

Palabras clave

Enfermedades cardiovasculares; hipertensión; atención a la salud; Argentina.

En la Región de las Américas, las enfermedades cardiovasculares (ECV) causan 2 millones de muertes anualmente, constituyendo la principal causa de mortalidad (1). Entre sus múltiples factores de riesgo, la hipertensión arterial es el de mayor impacto en términos de riesgo atribuible debido a su elevada prevalencia, subdiagnóstico y mal control (2).

Argentina es un país federal de ingresos medios (3) que presenta inequidades importantes y un sistema de salud con

amplia fragmentación. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, se estima una prevalencia de hipertensión en mayores de 18 años del 46,6% (4). Además, esta encuesta constató que existe un subdiagnóstico del 32% y que la ausencia de control entre las personas con diagnóstico alcanza al 59,9% (es decir, presentaron mediciones de presión arterial >140 o 90 mm Hg [presión sistólica y diastólica, respectivamente] en el momento de la encuesta).

¹ Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina. ORCID 0000-0001-9915-2028 ✉ Gonzalo Rodríguez, dr.rodriguezg@outlook.com

² Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América. ORCID 0000-0001-8173-0686, ORCID 0000-0002-6880-7324

³ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina

⁴ Ministerio de Salud, La Rioja, Argentina

⁵ Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur, Columbia, Estados Unidos de América. ORCID 0000-0002-5762-9104

⁶ Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, New Haven, Estados Unidos de América

Global Hearts es la iniciativa insignia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el control de las ECV. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), su Oficina Regional para las Américas, implementa su adaptación local a través de la Iniciativa HEARTS en las Américas, que reúne un conjunto de herramientas prácticas basadas en evidencias para mejorar el manejo del riesgo cardiovascular en el primer nivel de atención, con énfasis en el control de la hipertensión. Argentina se adhirió a esta iniciativa a mediados de 2018, institucionalizándola a través del Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud de la Nación. Para comenzar su implementación se seleccionó a la provincia de La Rioja, con una población estimada de 388 386 habitantes (5) y un 38,1% de cobertura exclusiva por parte del sistema público de salud (6).

En este artículo se describen los primeros resultados del impacto de la implementación de la Iniciativa HEARTS en Argentina sobre la proporción de pacientes hipertensos diagnosticados, tratados y controlados.

MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental prospectivo de evaluación de programa realizado a través de un diseño tipo serie temporal interrumpida no controlada, llevado a cabo entre septiembre de 2018 y septiembre de 2020 en 5 centros de atención primaria de salud (CAPS) con el objetivo de evaluar el impacto de la implementación de la Iniciativa HEARTS sobre los siguientes indicadores de reporte trimestral: 1) Cobertura efectiva: pacientes hipertensos en el registro / pacientes hipertensos estimados en el área de cobertura del CAPS; 2) Tratamiento de población bajo cobertura: pacientes hipertensos que reciben tratamiento farmacológico / pacientes hipertensos en el registro; 3) Uso de tratamiento combinado: pacientes hipertensos tratados con dos o más medicamentos antihipertensivos / pacientes hipertensos que reciben tratamiento farmacológico; y 4) Control de la población bajo cobertura: pacientes hipertensos con presión arterial (PA) <140/90 mm Hg / pacientes hipertensos en el registro.

La población objetivo de las intervenciones de la Iniciativa HEARTS estuvo compuesta por todos los adultos (≥ 18 años) con cobertura de salud exclusiva por parte del sistema público y que habitasen en el área de referencia de cada CAPS, excluyendo a las mujeres embarazadas.

Para la selección de los CAPS se tuvo en cuenta el alcance poblacional y la factibilidad de implementación en función de las condiciones estructurales. Así, los CAPS debían cumplir con las siguientes características: a) Tener al menos 8 000 habitantes en su área de referencia; b) Tener historia clínica electrónica con campos tabulados (que permitieran la recuperación de datos clínicos) y disponer de al menos una persona encargada de la extracción y el reporte de la información; c) Trabajar en el ámbito de la hipertensión como línea priorizada para los programas del Ministerio de Salud de la Nación con financiamiento basado en el desempeño; d) Poseer un circuito de atención de personas con hipertensión, donde el equipo de salud tuviera roles definidos, tareas concretas y metas claras; e) Disponer de farmacia y dispensa gratuita de medicamentos dentro del centro; f) Disponer de equipos de salud multidisciplinarios (enfermeros, trabajadores de salud comunitarios no profesionales [agentes sanitarios], personal administrativo y médicos generalistas o de

familia); y g) Tener establecido un circuito de derivación a un centro de mayor complejidad para atender urgencias y casos complejos.

En septiembre de 2018 se conformó un equipo de gestión central perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, otro equipo local con base en el Ministerio de Salud de la provincia de La Rioja y un consejo asesor formado por diversas sociedades científicas y el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, reunidos en el ámbito de la Comisión Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. Para la implementación de la iniciativa se seleccionaron 5 centros de salud: Antártida Argentina (AA), Jardín Residencial (JR), Ofelia Bazán (OB), La Cañada (LC) y Virgen de los Cerros (VC).

Se realizó un análisis de la información disponible para la construcción de la línea de base de los 4 indicadores y se avanzó con la sensibilización y capacitación a los equipos de salud de los CAPS, utilizando los recursos de HEARTS (7). Con el aval del consejo asesor se elaboró un único protocolo estandarizado de tratamiento a nivel nacional y se distribuyeron copias en formato gráfico (posters) y en dos versiones: una versión técnica destinada a los consultorios del equipo de salud y otra, con lenguaje coloquial, destinada a las salas de espera de los pacientes. Se adquirieron y distribuyeron dispositivos de medición de la presión arterial automáticos y clínicamente validados, y se estableció la estrategia de gestión clínica (rastreo, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reporte de información).

Durante diciembre de 2018 se realizó el taller de capacitación y visita de instalación en La Rioja, con 3 jornadas de capacitación presencial de los equipos de salud. Participaron los equipos de gestión central nacional y provincial, miembros de la OPS (provenientes de la oficina del país y de la sede central en Washington DC) y consultores internacionales expertos.

Todas las variables para la construcción de los indicadores fueron obtenidas por los CAPS, utilizando el sistema de historias clínicas electrónicas, a excepción del número de pacientes hipertensos estimados en el área de cobertura del centro. Este dato fue calculado mediante la siguiente fórmula:

$$HTAe = \{[(Hab*0,7)*0,38]*0,32$$

donde HTAe representa el número de pacientes hipertensos estimados y Hab, el número total de habitantes en el área de cobertura del CAPS, obtenido de datos censales. Esta última variable se multiplicó por la proporción de personas ≥ 18 años, el resultado se multiplicó luego por la proporción de personas con cobertura pública exclusiva, y el resultado obtenido finalmente se multiplicó por la prevalencia estimada de hipertensión para la provincia de La Rioja.

En cuanto al tratamiento de los registros clínicos que los centros de salud utilizaron para la construcción de sus indicadores, se consideró como *hipertenso registrado* a todo paciente clasificado como tal según la CIE-10 (I10-I15) o que tuviera valores de presión arterial ≥ 140 o ≥ 90 mm Hg en al menos dos consultas, o que se encontrara recibiendo medicación antihipertensiva. Además, para considerar activo un registro, el paciente debía presentar al menos una consulta en el último año. Se consideró como *hipertenso tratado* a todo hipertenso registrado que recibiera tratamiento regular con algún medicamento antihipertensivo, obteniéndose el dato de aquellos tratados con dos

o más antihipertensivos. Por último, se definió como *hipertenso controlado* a todo aquel paciente registrado que presentaba valores de presión arterial sistólica <140 y presión arterial diastólica <90 mm Hg en las últimas dos consultas.

En cada uno de los CAPS, y para cada indicador, se construyeron curvas de tendencia temporal que comprendían a todo el período de observación. Se utilizó un modelo de análisis de datos longitudinales basado en ecuaciones de estimación generalizada (GEE, por su sigla en inglés) con el fin de ponderar el rol del azar en las variaciones temporales de las curvas. Para cuantificar el cambio porcentual en cada uno de los indicadores, se agrupó la información de los 5 CAPS, calculando las medias ponderadas según la proporción de población total bajo cobertura en cada centro.

Finalmente, se estratificó el análisis en dos períodos de tiempo signados por la irrupción de las restricciones por el COVID-19, establecidas en Argentina a fines de marzo de 2020.

RESULTADOS

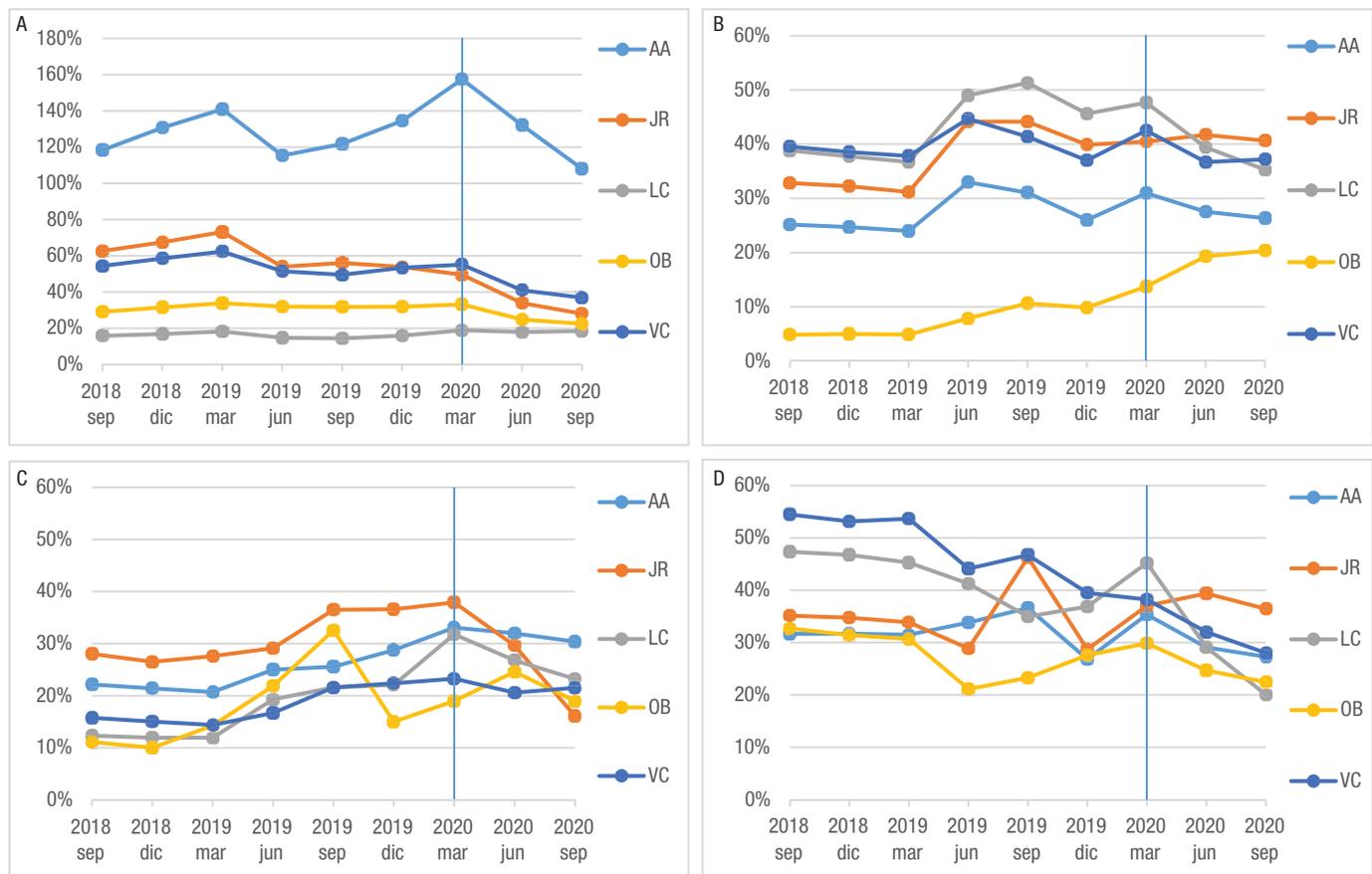
El número total de hipertensos estimados en el área de cobertura de los 5 CAPS fue 6 360 (AA: 1 272, JR: 763, OB: 1 272, LC: 2 375, VC: 678). La figura 1 muestra las tendencias temporales

de los 4 indicadores para cada uno de los 5 CAPS. El cuadro 1 muestra los promedios ponderados para cada uno de estos indicadores, en los tres momentos de interés: línea de base (septiembre 2018), cierre del último trimestre de la implementación previo al inicio de las restricciones por el COVID-19 y el período de implementación durante la pandemia.

Luego de 18 meses de implementación, e inmediatamente antes del inicio de las estrictas restricciones por el COVID-19, se observaron incrementos estadísticamente significativos en los niveles de tratamiento de la población bajo cobertura y en el uso de tratamiento combinado. Sin embargo, estas mejoras no impactaron en los niveles de control (véase el cuadro 1). Además, si bien se observó un aumento de la cobertura, esta tendencia no resultó estadísticamente significativa. A partir del inicio de las restricciones por la pandemia se observó una caída significativa en todos los indicadores, principalmente en el de cobertura.

Tomando en consideración ambos períodos y evaluando el comportamiento de los indicadores desde la línea de base hasta septiembre de 2020, se observó que la proporción de hipertensos en tratamiento y el uso de tratamiento combinado persistieron por encima de los valores basales pese a las restricciones debidas a la pandemia; esta diferencia fue estadísticamente significativa.

FIGURA 1. Evolución temporal de los indicadores para cada uno de los centros de atención primaria de salud, 2018-2020



A: Cobertura efectiva; B: Tratamiento de población bajo cobertura; C: Uso de tratamiento combinado; D: Control de la población bajo cobertura. La línea vertical muestra el inicio de las restricciones impuestas debido al COVID-19.

CUADRO 1. Evolución de los indicadores durante la implementación

Indicadores	Basal	pre-COVID	Final	Implementación			Implementación pre-COVID			Implementación COVID		
	Sep-18	Mar-20	Sep-20	general (Sep-18-Sep-20)		p	(Sep-18-Mar-20)		p	(Mar-20-Sep-20)		p
	(%)	(%)	(%)	(%)	Coficiente		(%)	Coficiente		(%)	Coficiente	
Cobertura efectiva	65,8	74,2	50,6	-15	-0,0048725	<0,01	8,4	0,0003696	0,87	-24	-0,0334748	<0,01
Tratamiento de población bajo cobertura	35,9	41,8	37,6	1,7	0,0023876	<0,01	5,9	0,0044412	<0,01	-4,2	-0,0051632	0,15
Tratamiento combinado	21,7	35,1	27,1	5,4	0,0039365	<0,01	13,4	0,0070391	<0,01	-8	-0,0116031	0,01
Control de población bajo cobertura	47,6	44,3	31,8	-16	-0,0047466	<0,01	-3,3	-0,0031106	0,02	-13	-0,0171486	<0,01

Nota: Evolución de los indicadores durante todo el período de implementación (Implementación general) e información desagregada en los períodos pre y posimplementación de restricciones debido a la pandemia por COVID-19 en Argentina (marzo 2020). Se reportan los valores promedio de los 5 centros de atención primaria de salud, ponderados por el tamaño de la población asistida.

DISCUSIÓN

La implementación de un programa sistematizado, con prácticas clínicas estandarizadas, un protocolo único y simplificado de tratamiento y una estrategia de monitoreo activo por parte de los CAPS, logró incrementar las tasas de tratamiento antihipertensivo y la utilización de tratamiento combinado en la población bajo cobertura durante los primeros 18 meses de implementación. Sin embargo, el incremento en la tasa de cobertura no alcanzó la significación estadística y el control de la hipertensión disminuyó de manera significativa (-3,3%). Según el análisis de la información contenida en las historias clínicas electrónicas, creemos que este efecto podría deberse a que la estandarización de la técnica de medición de la presión arterial y la utilización de dispositivos de medición automáticos y clínicamente validados mejoraron la precisión de los registros. Respecto de la información histórica, una proporción importante de pacientes que se encontraban aparentemente controlados, comenzaron a registrar valores más elevados de presión arterial. Además, esta estrategia eliminó el redondeo de cifras, reduciendo significativamente los valores terminados en 0 o 5, tal como lo demostraron las sucesivas auditorías realizadas a partir de marzo de 2019. Sin embargo, este resultado podría explicarse también por la posible falta en la intensificación de las dosis de medicamentos debido a que esta variable no fue registrada.

Los procesos de auditoría de las historias clínicas electrónicas también se enfocaron en mejorar la calidad de la información, por lo que la reducción inicial de la cobertura se debió a la eliminación de registros antiguos que no habían tenido consultas en el último año. No obstante, paralelamente se implementó una estrategia de búsqueda activa domiciliar dirigida por los agentes sanitarios que permitió recuperar y nuevamente brindar cobertura a muchos de estos pacientes hipertensos. Esa labor se vio reflejada en el incremento posterior y sostenido que mostró el indicador hasta la irrupción de la pandemia, particularmente en el CAPS AA. Es importante destacar que este centro reportó valores de cobertura superiores al 100% (118 a 157% de septiembre 2018 a marzo 2020), debido a que se trata de un CAPS que cuenta con un mayor nivel de complejidad e infraestructura al disponer de médicos especialistas (diabetólogos, cardiólogos, etc.), guardia médica de urgencias con atención las 24 h, laboratorio y diagnóstico por imágenes. Estas condiciones explican una elevada afluencia de pacientes de toda la ciudad, incluso más allá del área de responsabilidad del CAPS.

En 2019 se publicaron los resultados de una experiencia similar llevada a cabo entre 2016 y 2017 en Matanzas, Cuba. En ese período, la proporción de pacientes hipertensos bajo cobertura aumentó del 52,9 al 88,2%, el tratamiento pasó del 87,5 al 94% y el control de la población bajo cobertura aumentó del 59,3% al 68,4% (8). Las diferencias entre estos resultados y los de nuestra investigación podrían deberse a las características diferenciales entre ambos sistemas sanitarios. A diferencia del sistema sanitario cubano (un sistema único con cobertura universal), el sistema argentino se encuentra fragmentado en tres subsistemas (público, privado y de la seguridad social), está fuertemente basado en los cuidados especializados, y las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen una autonomía importante (cada jurisdicción tiene su propio ministerio de salud).

A los fines de una correcta interpretación de nuestros resultados, debemos destacar que el período de implementación tuvo dos etapas claramente diferenciadas y determinadas por la irrupción de la pandemia por COVID-19 en 2020 (véase la figura 1). El 20 de marzo de 2020, el gobierno nacional decretó un período de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (9) que se extendió hasta el 9 de noviembre de 2020 y que impulsó una reorganización total de los recursos sanitarios y su reorientación hacia la atención de la pandemia, lo que llevó incluso al cierre de algunos CAPS. Esta situación fue experimentada también por la mayoría de los países de la Región, como lo demuestra una encuesta realizada por la OPS en 28 Estados Miembros (10). En esta se observó que los servicios de salud ambulatorios destinados a la atención de las enfermedades no transmisibles se interrumpieron parcialmente en 18 países y por completo en 2 países; solo se mantuvieron activos en 7 países. Además, las encuestas de enfermedades no transmisibles, los programas públicos para su abordaje y la propia implementación de la Iniciativa HEARTS, fueron afectadas en 16, 12 y 8 países, respectivamente (10). Esta situación impactó significativamente en la disminución de todos los indicadores —principalmente en la cobertura—, tal como se observa en nuestro estudio.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Desde el punto de vista metodológico, la principal es la ausencia de un grupo control. Sin embargo, la Iniciativa HEARTS no pretende ser una prueba de concepto ya que se ha demostrado efectiva en diversos ámbitos. Por esta razón, los países que adhieren a ella comienzan la implementación en un grupo de centros, avanzando con el escalamiento y la expansión, tras el objetivo

de institucionalizarla como el modelo nacional para la gestión del riesgo cardiovascular en el primer nivel de atención. No obstante, esta debilidad en el diseño de la investigación impide ponderar factores concurrentes que pudieron haber influenciado los resultados. En segundo lugar, el denominador para el indicador de cobertura se obtuvo mediante una estimación en base a la mejor información disponible, aunque no fue posible conocer la distribución etaria de la población y así poder ajustar la prevalencia de hipertensión. Por último, el subregistro en las historias clínicas electrónicas de los CAPS previo a la implementación de HEARTS pudo haber afectado a los indicadores reportados como línea de base, particularmente a aquellos relacionados con el tratamiento. Esta situación podría haber sido particularmente importante en el CAPS OB.

En conclusión, la relevancia de esta investigación radica en mostrar las brechas y los desafíos existentes entre la planificación de una política sanitaria y su implementación, así como la importancia de promover un proceso de mejoría de la calidad de los servicios de salud. En tal sentido, resaltamos la necesidad de establecer un sistema de monitoreo permanente que permita identificar las dificultades, exponer los logros y establecer los ajustes correspondientes con el fin de mejorar los indicadores relacionados a la atención de la hipertensión y, en consecuencia, reducir la mortalidad cardiovascular. Es de vital importancia la voluntad política de priorizar la atención de las enfermedades

no transmisibles, más aún en un contexto de pandemia, en el que los pacientes con estas enfermedades son particularmente vulnerables a sus complicaciones graves y a morir a causa de enfermedades infecciosas.

Contribuciones de los autores. GR y AR concibieron la idea original del manuscrito y redactaron el primer borrador. CP, AR y VI definieron la metodología y realizaron el análisis estadístico. Todos los autores contribuyeron significativamente a la revisión y la edición, y aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflictos de interés. PO, GGA, SL, AR y GR son miembros o consultores de la Organización Panamericana de la Salud. CP fue consultora para la Organización Panamericana de la Salud. Los demás autores no tuvieron conflictos de interés que declarar.

Financiación. El proyecto de implementación fue llevado a cabo con recursos locales y fondos del Ministerio de Salud de Argentina, el Ministerio de Salud de La Rioja y aportes de la Organización Panamericana de la Salud.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Martínez R, Soliz P, Mujica OJ, Reveiz L, Campbell NRC, Ordunez P. The slowdown in the reduction rate of premature mortality from cardiovascular diseases puts the Americas at risk of achieving SDG 3.4: a population trend analysis of 37 countries from 1990 to 2017. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 Aug;22(8):1296-1309. doi: 10.1111/jch.13922.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021 Sep 11;398(10304):957-980. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01330-1.
- The World Bank Group [Internet]. World Bank Country and Lending Groups. Country Classification. Washington D.C.: World Bank; 2021 [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. 1a ed.; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC; 2019, actualizado en febrero 2022. [citado 29 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Proyecciones estimadas de población por provincia, 2010-2040, Argentina. [citado 25 marzo 2022]. Disponible en <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-85>
- Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos 2017, XXI edición; [citado 25 marzo 2022]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34386>
- Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington D.C. HEARTS en las Américas: publicaciones y recursos. [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-america/publicaciones-y-recursos>
- Valdés González Y, Campbell NRC, Pons Barrera E, Calderón Martínez M, Pérez Carrera A, Morales Rigau JM, et al. Implementation of a community-based hypertension control program in Matanzas, Cuba. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020 Feb;22(2):142-149. doi: 10.1111/jch.13814.
- Argentina Presidencia. Boletín Oficial de la República Argentina. Decreto 297/2020 – Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Ciudad de Buenos Aires, 19 de marzo 2020. DEC-NU-2020-297-APN-PTE-Disposiciones. [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas 2020. Washington D.C.: OPS; 2020. [citado 29 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-evaluacion-rapida-prestacion-servicios-para-enfermedades-no-transmisibles>

Manuscrito recibido el 30 de marzo de 2022. Aceptado para publicación, tras revisión, el 29 de agosto de 2022.

Implementation of the HEARTS Initiative in Argentina: initial results

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality and morbidity in the Region of the Americas, and hypertension is one of the main risk factors. In 2018, Argentina began implementing the HEARTS Initiative in five primary health care centers, through the National Plan for the Prevention and Control of Arterial Hypertension. This study presents the impact its implementation has had on the indicators of effective coverage, treatment, combination therapy, and control. The HEARTS Initiative has multiple components; these include training health teams, reassigning tasks based on the transfer of clinical competencies, providing automatic and clinically validated blood pressure measurement devices, and using a single standardized treatment protocol. A longitudinal data model (generalized estimating equation analysis) was used, and the information from the five health centers was grouped using weighted averages according to the size of the population under coverage. Analysis of the results was stratified into two time periods delimited by the imposition of restrictions due to COVID-19. During the first period of 18 months, significant improvement was observed in treatment (5.9%; $p < 0.01$) and combination therapy (13.4%; $p < 0.01$), with no significant change in coverage (8.4%; $p = 0.87$) and with a paradoxical decrease in control (-3.3%; $p = 0.02$). When the period of restrictions was compared to the previous period, a generalized reduction was observed in all indicators, particularly coverage (-23.6%; $p < 0.01$) and control (-12.5%; $p < 0.01$). However, treatment and combination therapy levels remained above baseline values (1.7%; $p < 0.01$ and 5.4%; $p < 0.01$, respectively).

Keywords

Cardiovascular diseases; hypertension; delivery of health care; Argentina.

Implementação da Iniciativa HEARTS na Argentina: primeiros resultados

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade, e a hipertensão, seu principal fator de risco. Em 2018, a Argentina começou a implementar a Iniciativa HEARTS em 5 centros de atenção primária à saúde por meio do Plano Nacional de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial. Este estudo apresenta o impacto de sua implementação nos indicadores de cobertura efetiva, tratamento, tratamento combinado e controle. A Iniciativa HEARTS inclui vários componentes. Entre eles, se destacam a capacitação das equipes de saúde, a reorganização das tarefas com base na transferência de competências clínicas, a disponibilização de aparelhos automáticos e clinicamente validados para aferição da pressão arterial e a utilização de um único protocolo padronizado de tratamento. Foi utilizado um modelo de equações de estimativas generalizadas para a análise de dados longitudinais, e as informações dos 5 centros de saúde foram agrupadas por meio de médias ponderadas de acordo com o tamanho da população coberta. A análise dos resultados foi estratificada em dois períodos de tempo delimitados pela irrupção das restrições em virtude da COVID-19. Durante os primeiros 18 meses, houve melhora significativa no tratamento (5,9%; $p < 0,01$) e no tratamento combinado (13,4%; $p < 0,01$), sem mudança significativa na cobertura (8,4%; $p = 0,87$) e com uma diminuição paradoxal no controle (-3,3%; $p = 0,02$). Durante as restrições e em relação ao período anterior, verificou-se redução generalizada em todos os indicadores, principalmente na cobertura (-23,6%; $p < 0,01$) e no controle (-12,5%; $p < 0,01$). No entanto, os níveis de tratamento e tratamento combinado persistiram acima dos valores basais (1,7%; $p < 0,01$ e 5,4%; $p < 0,01$, respectivamente).

Palavras-chave

Doenças cardiovasculares; hipertensão; atenção à saúde; Argentina.
