

DECRETO EJECUTIVO N° \_\_\_\_\_-S

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
Y LA MINISTRA DE SALUD**

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; 25 inciso 1), 27 inciso 1), 28 inciso 2) acápite b) y 103 inciso 1) de la Ley N° 6227 del 02 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 3, 4, 7 y 9 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; 1, 2 incisos b) y c) y 6 de la Ley N° 5412 del 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que es función del Estado por medio de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.
- 2.- Que la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud, dispone en el artículo 1° que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.
- 3.- Que la hipertensión arterial se encuentra entre las principales causas de muerte a nivel nacional y mundial, y ésta aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades renales y cerebrales y es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares.
- 4.- Que las autoridades de salud han planteado la necesidad de emitir lineamientos nacionales que orienten las acciones que las personas, instituciones y otras entidades deben seguir para lograr la prevención y la disminución en la prevalencia de la hipertensión arterial, ayudando a controlar los avances de esta enfermedad y sus efectos nocivos en el perfil epidemiológico de la población.
- 5.- Que para lograr lo anterior se considera oportuno y necesario oficializar la “NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL” y su respectiva implementación.
- 6.- Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 361 de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 "Ley General de la Administración Pública", el presente Decreto Ejecutivo fue sometido a consulta pública ante la ciudadanía y sectores interesados, en la plataforma virtual del Sistema de Control Previo (SICOPRE) del Ministerio de Economía, Industria y Comercio. Como resultado de este proceso se recibieron observaciones por parte de dos colaboradoras del Ministerio de Salud, las cuales fueron analizadas y tomadas en consideración.

7.- Que de conformidad con lo establecido en el artículo 12 bis del Decreto Ejecutivo N° 37045-MP-MEIC del 22 de febrero de 2012 y su reforma “Reglamento a la Ley de Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”, esta regulación cumple con los principios de mejora regulatoria, de acuerdo con el informe N° DMR-DAR-INF-067-2024 emitido por la Dirección de Mejora Regulatoria y Reglamentación Técnica del Ministerio de Economía, Industria y Comercio.

**Por tanto,**

**DECRETAN:**

**OFICIALIZACIÓN DE LA NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**Artículo 1.-** Oficialícese la “NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD”, para efectos de aplicación obligatoria en el ámbito público, privado y mixto de los servicios de atención en salud que operen en el país, según legajo anexo, el cual forma parte integral del presente Decreto Ejecutivo.

**Artículo 2.-** El Ministerio de Salud debe velar por la correcta aplicación de esta norma.

**Transitorio I.-** Los servicios de salud públicos, privados y mixtos cuentan con el plazo de seis meses a partir de la publicación del presente Decreto Ejecutivo, para la elaboración de manuales, protocolos o guías donde establezcan conforme a sus competencias, acciones para el abordaje integral de la hipertensión arterial.

**Transitorio II.-** Los servicios de salud públicos, privados o mixtos cuentan con el plazo de dos años a partir de la publicación del presente Decreto Ejecutivo, para que todos los dispositivos que utilicen para la toma de la presión arterial sean automáticos.

**Artículo 3º.-** Rige a partir de un mes después de su publicación en el diario oficial La Gaceta.

Dado en la Presidencia de la República. San José, a los quince días del mes de marzo del dos mil veinticuatro.

**RODRIGO CHAVES ROBLES**

**DRA. MARY MUNIVE ANGERMÜLLER  
MINISTRA DE SALUD**

**ANEXO 1**  
**NORMA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

**I. OBJETIVO.**

La presente norma tiene como objetivo establecer los lineamientos nacionales para el abordaje de la hipertensión arterial en los servicios de salud públicos, privados y mixtos, desde una perspectiva de eficiencia, calidad y calidez de los servicios, en observancia a los criterios técnicos y científicos actualizados y el derecho a la salud. La finalidad es contribuir con la reducción de la morbi-mortalidad por las enfermedades no transmisibles, en específico la hipertensión arterial y sus secuelas, así como la reducción de los costos en salud directos e indirectos derivados de la atención de estos fenómenos.

**II. ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

Esta norma nacional es de aplicación obligatoria en los servicios de salud públicos, privados y mixtos, involucrados en atención directa de las personas en riesgo de padecer o haber sido diagnosticadas con hipertensión arterial.

**III. JUSTIFICACIÓN.**

Las enfermedades cardiovasculares son las entidades clínicas más comunes, dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles. En el año 2017, fueron responsables de al menos 17 millones de muertes a nivel mundial y la gran mayoría en países de ingreso bajo y medio. La Hipertensión Arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y de las causas tratables de morbi-mortalidad más frecuentes en el mundo.

La prevalencia global se ha duplicado de 1990 al 2019, y las tasas de control y tratamiento en la población general siguen siendo inadecuadamente bajas especialmente en los países de ingreso medio y bajo. En el continente americano, la prevalencia de la hipertensión arterial de la población adulta representa alrededor de 250 millones de personas. En Costa Rica, la “Encuesta de factores de riesgo cardiovasculares del 2018” reportó que cerca de un 40% de la población encuestada tenía como diagnóstico clínico hipertensión arterial y para el año 2021 se notificaron más de 19 mil casos nuevos de hipertensión arterial en el país.

Por lo tanto, las Naciones Unidas en su agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ha planteado como uno de sus objetivos principales la disminución de la mortalidad secundaria a las enfermedades crónicas no transmisibles y la disminución de la incidencia de enfermedad cardiovascular.

Para ello se han desarrollado a nivel internacional, diferentes guías clínicas y guías de tratamiento basadas en evidencia con la finalidad de optimizar el manejo de la hipertensión arterial y disminuir el riesgo cardiovascular, sin embargo, la tarea de adaptar las prácticas clínicas en los diferentes países se ha vuelto un reto importante.

En el caso de Costa Rica la “Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030” y su “Plan de acción 2022-2025”, plantean algunas de las intervenciones en términos de la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares tanto a nivel de la atención primaria como de la prevención secundaria y establece la necesidad de elaborar este instrumento.

#### **IV. ACTUALIZACIÓN DE ESTA NORMA.**

La presente normativa debe ser revisada cada 5 años y en caso de ser necesario se deberán realizar los ajustes pertinentes, sin perjuicio de que se puedan realizar actualizaciones en un tiempo menor.

#### **V. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.**

##### **Definiciones:**

- a) **Abordaje integral de la salud:** El abordaje integral se enfoca en la cadena de factores que influyen en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, tomando en consideración:
  - i. Factores protectores o de riesgo presentes en los diferentes entornos de la vida cotidiana, donde las personas crecen, conviven, aprenden, trabajan, se divierten y se interrelacionan permitiendo un intercambio de costumbres, saberes, valores que influyen en sus comportamientos y hábitos de vida, como son: el hogar, el entorno estudiantil, laboral, comunitario y los servicios de salud.
  - ii. Factores intrínsecos de cada individuo, como su condición biológica, curso de vida, sexo, genética, entre otros.
  - iii. Factores asociados al macroentorno nacional, donde se dinamizan y formulan las estructuras y marcos políticos, legales, económicos, culturales, sociales y de infraestructura.
  - iv. Factores del macroentorno mundial e internacional, que influyen de diferentes maneras en la dinámica internacional, como, la globalización, las migraciones, la comercialización, los avances tecnológicos, entre otros, los cuales permean los movimientos económicos, culturales, sociales el cambio en los valores y posicionamientos culturales.
- b) **Actividad física:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. Es un pilar fundamental en el abordaje integral de la salud. (OMS, 2022).
- c) **Atención integral en salud:** Hace referencia al abordaje integral del proceso salud-enfermedad, de conformidad con el concepto de salud como construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Por ello incluye la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad, la rehabilitación y de las condiciones relacionadas con la salud. La atención integral en salud incorpora los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales y ecológicos, por lo

- que requiere del trabajo en equipos interdisciplinarios y un abordaje intersectorial e interinstitucional. (OPS, 2007).
- d) **Estilo de vida saludable:** Conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas, para mantener el cuerpo y la mente según lo recomendado, tanto lo relacionado con la salud mental, la alimentación, la actividad física, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. (CCSS, 2019).
  - e) **Factores de riesgo:** Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. (Echemendía, 2011; Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).
  - f) **Factores impulsores del control de HTA:** Son aquellos factores que permiten un adecuado control de la HTA, que han sido identificados en las revisiones sistemáticas de expertos de la estrategia HEARTS de la OPS/OMS. (OPS, s.f.).
  - g) **Hipertensión arterial:** enfermedad definida por el aumento de presión arterial, en pacientes adultos definido como presión arterial sistólica  $\geq 140$ mmHg y presión arterial diastólica  $\geq 90$ mmHg en al menos dos mediciones realizadas en distintos días y en pacientes pediátricos sobre el percentil 95 definidos para su edad, sexo y talla. (Unger, Borghi, Charchar, Khan, Poulter, Prabhakaran, et al., 2020).

#### **Abreviaturas:**

CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
MAPA:	Monitoreo ambulatorio de presión arterial
MDPA:	Monitoreo domiciliario de presión arterial
MS:	Ministerio de Salud
HTA:	Hipertensión Arterial
IECA:	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.
ARA-2:	Bloqueador del receptor de angiotensina 2.
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PA:	Presión arterial

## **VI. DISPOSICIONES GENERALES.**

- 6.1. Los servicios de salud cubiertos por el alcance de la norma deben disponer de estrategias de promoción y prevención, incluyendo la promoción del autocuidado de la población.
- 6.2. Los servicios de salud cubiertos por el alcance de la norma deben disponer de estrategias de sensibilización, educación continua, capacitación para el personal técnico y profesional y la promoción del trato humanizado para la persona usuaria, de manera que se fortalezca las competencias de las personas directamente responsables de brindar la atención integral en salud a las personas con hipertensión arterial.
- 6.3. Los profesionales en salud y el personal sanitario técnico de los servicios de salud cubiertos por esta norma, deben capacitarse cada dos años en la técnica y procedimiento para la medición de la presión arterial.
- 6.4. La vigilancia y reporte de notificación obligatoria de la hipertensión es responsabilidad de todos los servicios de salud cubiertos por esta norma.

- 6.5. El Ministerio de Salud y los servicios de salud públicos, privados o mixtos, así como otras instancias gubernamentales y universidades con competencia en este campo, debe articular esfuerzos para promover estilos de vida saludable en la población, así como acciones de prevención de la hipertensión arterial.
- 6.6. El Ministerio de Salud debe trabajar en alianza con los colegios profesionales propios de las especialidades que forman parte de la oferta de servicios de salud, para la prevención y atención integral en salud de las personas con hipertensión arterial (medicina, enfermería, farmacia, microbiología, nutrición, psicología, ciencias del movimiento humano) para generar procesos de formación, capacitación y actualización continua, así como para la fiscalización del ejercicio profesional de quienes participan en el abordaje integral de la salud de las personas con hipertensión arterial.
- 6.7. Los servicios de salud cubiertos por esta norma, deben disponer de estrategias que incluyan los factores impulsores del control de la HTA para el diseño e implementación de la atención integral que deben brindar, considerando los siguientes aspectos: 1) diagnóstico: exactitud de la medición de la presión arterial y evaluación del riesgo cardiovascular; 2) tratamiento: protocolo de tratamiento estandarizado e intensificación del tratamiento; 3) continuidad de la atención y seguimiento; 4) sistema de prestación del tratamiento: atención basada en un trabajo en equipo y reposición de la medicación y 5) evaluación del desempeño.
- 6.8. Los servicios de salud deben contar con dispositivos automáticos para la toma de la presión arterial, con el fin de disminuir sesgos en la medición para el diagnóstico y seguimiento.
- 6.9. Para el correcto diagnóstico y seguimiento los servicios de salud deben calibrar dos veces al año los dispositivos para la toma de la presión arterial.
- 6.10. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos que realicen el diagnóstico con hipertensión arterial a alguna persona, deberán realizar la correspondiente notificación Obligatoria según el Decreto Ejecutivo N° 40556-S del 7 de julio del 2017 “Reglamento de Vigilancia de la Salud”.

## **VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.**

### **7.1. Promoción de la salud:**

- 7.1.1. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos en conjunto con el resto de los actores sociales del Sistema Nacional de Salud, estableciendo alianzas intersectoriales y compromisos políticos, que faciliten la movilización de los recursos para la construcción social de la salud, deben fomentar la adquisición de conocimientos, prácticas y actitudes que favorezcan la promoción de hábitos cardiovasculares saludables, abarcando los siguientes aspectos:
  - 7.1.1.1 Cesación del fumado de tabaco.
  - 7.1.1.2 Evitar la ingesta excesiva de alcohol.
  - 7.1.1.3 Consumo moderado de sodio.
  - 7.1.1.4 Alimentación saludable.
  - 7.1.1.5 Higiene del sueño.
  - 7.1.1.6 Salud mental.
  - 7.1.1.7 Actividad física.

- 7.1.2. Se debe establecer una estrategia que incluya objetivos, actividades, metas, indicadores, plazos y responsables de las actividades para el desarrollo de las acciones descritas en el punto 7.1.1.

## 7.2. **Prevención.**

- 7.2.1. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos deben fomentar las medidas orientadas a detener o retardar el progreso de la HTA, según la evidencia científica, fomentando en las personas con HTA los estilos de vida saludables, ofreciendo información y educación para la adquisición de conocimientos, prácticas y actitudes en los siguientes temas:
  - 7.2.1.1 Cesación del fumado de tabaco.
  - 7.2.1.2 Evitar la ingesta excesiva de alcohol.
  - 7.2.1.3 Consumo moderado de sodio.
  - 7.2.1.4 Alimentación saludable.
  - 7.2.1.5 Higiene del sueño.
  - 7.2.1.6 Salud mental.
  - 7.2.1.7 Actividad física.
  - 7.2.1.8 Control médico periódico para la medición de la PA y evaluación del riesgo cardiovascular.
- 7.2.2. Se debe establecer una estrategia que incluya objetivos, actividades, metas, indicadores, plazos y responsables de las actividades para el desarrollo de las acciones descritas en el punto 7.2.1.
- 7.2.3. Los servicios de salud deben fomentar en las personas con HTA, medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de la enfermedad, con acciones de control, seguimiento y rehabilitación. Para lo cual deben establecer una estrategia que incluya objetivos, actividades, metas, indicadores, plazos y responsables de las actividades.

## 7.3. **Diagnóstico.**

- 7.3.1. Los servicios de salud deben asegurarse de que previo a toda consulta con un profesional de medicina, se realice la toma de la presión arterial.
- 7.3.2. Los servicios del primer nivel de atención deben asegurarse de que, a toda persona, se le tome la presión arterial una vez al año, como parte de la consulta en los servicios de salud, de la visita domiciliar u otro mecanismo de atención.
- 7.3.3. Si la PA es  $<140/90$  mm Hg, se debe controlar la PA al menos una vez al año.
- 7.3.4. Los servicios de salud que identifiquen por primera vez una persona con sospecha de hipertensión arterial (PA es  $>140/90$  mm Hg) deben referir al usuario para una valoración médica, donde se descarte o confirme el diagnóstico, lo cual se debe realizar en las siguientes dos semanas, según el procedimiento definido por cada establecimiento.
- 7.3.5. Se debe considerar realizar monitoreo ambulatorio de PA (MAPA) o monitoreo domiciliar de PA (MDPA), según disponibilidad, para confirmar el diagnóstico de HTA, el cual se confirma si valor promedio de PA del MAPA o MDPA es  $\geq 135/85$  mm Hg.

- 7.3.6. Los servicios de salud deben contar con un instrumento técnico que defina el procedimiento para establecer el diagnóstico, que incluya la diferenciación entre una crisis hipertensiva y un cuadro crónico de hipertensión arterial primaria.
- 7.3.7. Los servicios de salud públicos, privados y mixtos que identifiquen una mujer embarazada con hipertensión arterial primaria o esencial, con presencia de daño a órgano blanco, con comorbilidades presentes o una PA mayor a 160/110mm/Hg, deben realizar la referencia con prioridad para su atención a servicio de alto riesgo obstétrico.
- 7.3.8. Los servicios de salud que identifiquen una persona de 0 a 17 años de edad con PA sistólica o diastólica mayor o igual al percentil 95 para su edad, sexo y talla, deben realizar la referencia con prioridad para su atención a un servicio de pediatría.

#### 7.4. **Abordaje no farmacológico.**

- 7.4.1. Todo servicio de salud que brinde atención a las personas con hipertensión arterial, debe contar con instrumentos técnicos que permitan la operacionalización de los puntos de abordaje terapéutico descritos a continuación.
- 7.4.2. Para definir el abordaje terapéutico de las personas con HTA se les debe efectuar la estimación de riesgo cardiovascular según Tabla de Predicción de Riesgo de OMS/ISH; subcategoría AMR B.
- 7.4.3. Los pacientes menores de 40 años con diagnóstico de HTA deben ser evaluados por presencia de causas secundarias de HTA y en caso de encontrar datos que hagan sospechar esta situación se deben referir para manejo por un médico especialista, esto incluye a la población pediátrica.
- 7.4.4. A toda persona con HTA se le debe recomendar hacer los siguientes cambios en sus estilos de vida según los riesgos que se detecten e independientemente de las cifras de PA:
  - 7.4.4.1 Cesación del fumado.
  - 7.4.4.2 Reducción de peso para lograr mantener un índice de masa corporal normal (18.5–24.9 kg/m<sup>2</sup>) y una circunferencia abdominal en hombres < 102 cm y mujeres < 88 cm.
  - 7.4.4.3 Cambios en la alimentación saludable basada en las Guías alimentaria de Costa Rica, con énfasis en evitar alimentos altos en sodio y cocinar sin sal o poca sal.
  - 7.4.4.4 Evitar la ingesta de alcohol.
  - 7.4.4.5 Realizar actividad física: ejercicio aeróbico de intensidad moderada, al menos 30 minutos por día y al menos 5 días por semana.
  - 7.4.4.6 Control del estrés.
- 7.4.5. En aquellas personas que presenten una PA  $\geq$  180/110mm Hg o una PA  $\geq$  140/90mm Hg y asocien la presencia de alguno de los siguientes síntomas: disnea, dolor de pecho, pérdida de fuerza en alguna extremidad, desorientación, dificultad para hablar, deben referirse a un servicio de urgencias o a un servicio de emergencias para valoración médica inmediata.

## 7.5. Abordaje farmacológico.

- 7.5.1. Todo servicio de salud que brinde atención a personas con hipertensión arterial, debe contar con instrumentos técnicos que permitan la operacionalización de los puntos de abordaje farmacológico descritos a continuación.
- 7.5.2. Se debe iniciar tratamiento farmacológico a todo paciente que presente alguna de estas condiciones:
  - 7.5.2.1 PA entre 140/90 y 160/100 mm Hg, con un riesgo cardiovascular menor al 10%, cuando no se alcancen los objetivos de PA luego de 6 meses de tratamiento no farmacológico.
  - 7.5.2.2  $PA \geq 140/90$  mm Hg con un riesgo cardiovascular mayor al 10%.
  - 7.5.2.3  $PA \geq 160/100$  mm Hg, independientemente del riesgo cardiovascular.
- 7.5.3. Se establecen como metas de PA para el tratamiento de la HTA los siguientes valores de PA según el tipo de paciente:
  - 7.5.3.1 En pacientes sin riesgo cardiovascular incrementado (<10%) y sin comorbilidades:  $PA < 140/90$  mm Hg.
  - 7.5.3.2 En pacientes con riesgo cardiovascular aumentado ( $\geq 10\%$ ), sin diabetes y mayores de 50 años de edad: PA sistólica < 120 mm Hg.
  - 7.5.3.3 En pacientes mayores de 65 años de edad: PA sistólica < 150 mm Hg.
  - 7.5.3.4 En pacientes que adicionalmente son diabéticos:  $PA < 130/80$  mm Hg.
  - 7.5.3.5 En pacientes que adicionalmente tienen enfermedad renal crónica:  $PA \leq 140/90$  mm Hg.
  - 7.5.3.6 En pacientes que adicionalmente tienen enfermedad arterial coronaria: PA sistólica  $\leq 130$  mm Hg.
- 7.5.4. Al utilizar medicamentos antihipertensivos se deben considerar los siguientes aspectos:
  - 7.5.4.1 Utilizar las dosis más bajas posibles de los medicamentos al iniciar el tratamiento, para reducir los efectos secundarios.
  - 7.5.4.2 La selección del agente a utilizar se debe basar en:
    - 7.5.4.2.1. La disponibilidad de los medicamentos en el sistema de salud.
    - 7.5.4.2.2. El perfil de riesgo cardiovascular de cada persona.
    - 7.5.4.2.3. La presencia del daño a órgano blanco, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y Diabetes Mellitus.
    - 7.5.4.2.4. Presencia de otras patologías coexistentes que pueden favorecer o limitar el uso de una clase particular de antihipertensivo.
    - 7.5.4.2.5. La variación en la respuesta individual a las diferentes clases de medicamentos.
    - 7.5.4.2.6. Las interacciones con otros medicamentos empleados para otras condiciones presentes en la persona.
    - 7.5.4.2.7. El peso de la evidencia para la reducción del riesgo cardiovascular con cada clase de antihipertensivo.

- 7.5.4.3 Se debe considerar el tratamiento farmacológico con alguna de los siguientes grupos farmacológicos, considerando el impacto en la reducción de eventos cardiovasculares mayores y mortalidad:
  - 7.5.4.3.1. Diuréticos tipo tiazida.
  - 7.5.4.3.2. Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
  - 7.5.4.3.3. Bloqueador del receptor de angiotensina 2 (ARA-2).
  - 7.5.4.3.4. Bloqueadores canales de calcio.
  - 7.5.4.3.5. Beta bloqueadores.
- 7.5.5. Consideraciones especiales al utilizar tratamiento farmacológico:
  - 7.5.5.1 Los medicamentos de los grupos farmacológicos que se utilicen deben estar incluidos en el formulario terapéutico nacional vigente.
  - 7.5.5.2 El tratamiento farmacológico debe darse en monoterapia o en terapia combinada, de acuerdo con las características del paciente.
  - 7.5.5.3 No se debe utilizar un IECA y un ARA 2 en combinación.
  - 7.5.5.4 Los IECA y los ARA 2 son la elección inicial en pacientes que adicionalmente presentan Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Arterial Coronaria.
  - 7.5.5.5 Los IECA y los Beta-bloqueadores son la elección inicial en pacientes con falla cardíaca.
  - 7.5.5.6 En las pacientes embarazadas no se debe iniciar con un IECA o con un ARA 2.
  - 7.5.5.7 En la población de 55 a 60 años se debe iniciar con bloqueador de canales de calcio.
  - 7.5.5.8 En la población afrodescendiente se debe iniciar con el tratamiento con bloqueadores de canales de calcio.
- 7.5.6. En pacientes mayores de 40 años con un riesgo cardiovascular mayor al 10% se debe usar estatinas como parte del abordaje terapéutico.
- 7.5.7. En aquellos casos donde no se alcancen las metas de PA a pesar de utilizar terapia combinada con 3 medicamentos, se debe referir para manejo por especialista.

## **VIII. INDICACIONES DE SALUD PÚBLICA.**

- 8.1. Corresponde al Estado, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley N° 5395 del 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”, por medio del Ministerio de Salud en su calidad de ente rector, velar por la garantía del derecho a la salud en todas sus dimensiones.
- 8.2. El Ministerio de Salud como ente rector en salud, es el responsable de garantizar el cumplimiento de esta Norma, regulando su implementación y realizando el monitoreo y evaluación de esta norma, para una rendición de cuentas que permita la toma de decisiones estratégicas a nivel país.
- 8.3. El Ministerio de Salud, es el responsable de establecer las políticas públicas para la prevención de la hipertensión arterial.