

Revista de Ciencias Sociales

Factores relacionados a la inasistencia a un programa de hipertensión arterial

Rivera Romero, Viviana*
Buitrago Galindez, Samuel**
Collazos Quintero, Yennifer***
Ossa Narváez, Karol****

Resumen

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica; una dificultad para su control es la inasistencia a los programas de hipertensión, aun cuando la Organización Panamericana de la Salud, fomenta el desarrollo de políticas y proyectos de salud pública para prevenir la hipertensión arterial, así como también apoya proyectos que faciliten la provisión de medicamentos necesarios para su cuidado y prevención. Es por ello, que a través de un estudio descriptivo de corte transversal, se recolecta información sobre los factores que intervienen en la no asistencia al control en un programa de hipertensión arterial en una Empresa Social del Estado al norte del departamento del Cauca-Colombia, con una población de 810 pacientes; obteniendo una muestra de 260 personas, adicionalmente, se aplicó una proporción de no respuesta (20%), alcanzando un total de 312 participantes. Entre los resultados, el 72,1% eran mujeres, 35,3% tenían entre 61-70 años. Como factores de inasistencia se encontraron: Olvido 30,8%, insuficiencia en los recordatorios de citas que utiliza la institución 52,6% y más del 80% se sienten satisfechos con la atención brindada por el personal de salud. Concluyendo, que es necesario reorientar los programas considerando características de género y fortalecer estrategias que acerquen los programas a la población.

Palabras clave: Políticas públicas; programas de control; hipertensión; adherencia al tratamiento; gestión de salud.

* Magíster en Ciencias de la Enfermería. Especialista en Cuidados Oncológicos y Paliativos. Enfermera. Docente Investigadora de la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: viviana.rivera00@usc.edu.co  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6480-365X>

** Estudiante de Enfermería en la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: samuelpato@hotmail.com  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4098-7423>

*** Estudiante de Enfermería en la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: vanecoquin@live.com  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1012-2936>

**** Estudiante de Enfermería en la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: karol.ossa@hotmail.com  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5232-6382>

Factors related to non-attendance to an arterial hypertension program

Abstract

High blood pressure is a chronic disease; One difficulty in controlling it is non-attendance to hypertension programs, even though the Pan American Health Organization encourages the development of public health policies and projects to prevent high blood pressure, as well as supporting projects that facilitate the provision of drugs. necessary for their care and prevention. That is why, through a descriptive cross-sectional study, information is collected on the factors that intervene in the non-attendance to control in an arterial hypertension program in a State Social Enterprise north of the department of Cauca-Colombia, with a population of 810 patients; Obtaining a sample of 260 people, additionally, a non-response proportion (20%) was applied, reaching a total of 312 participants. Among the results, 72.1% were women, 35.3% were between 61-70 years old. As non-attendance factors, the following were found: 30.8% forgetfulness, insufficient appointment reminders used by the institution, 52.6% and more than 80% feel satisfied with the care provided by health personnel. Concluding, that it is necessary to reorient the programs considering gender characteristics and strengthen strategies that bring the programs closer to the population.

Keywords: Public politics; control programs; hypertension; adherence to treatment; health management.

Introducción

La hipertensión arterial, constituye en la actualidad un importante problema de salud pública, siendo una patología crónica altamente prevalente, se ubica como la tercera causa, de años potencialmente perdidos, a raíz del deterioro de la condición de salud por factores asociados a la enfermedad y a la pobre adherencia al tratamiento; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pesar de los avances para su detección, tratamiento y control, los pacientes tienen dificultad para adherirse a su tratamiento,

lo que conlleva a que se presente un gran número de eventos cardiovasculares secundarios al padecimiento de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS], 2017).

Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coordina la HEARTS en las Américas, organización dedicada a difundir las mejores prácticas para prevenir y controlar enfermedades cardiovasculares, dentro de las cuales está la hipertensión arterial, con el fin de causar impactos positivos en la población que padece de estas enfermedades, así

como aliviar la carga que representa el tratamiento y cuidado de las mismas para los familiares cercanos, avanzando de esta forma en la consecución de los objetivos para el desarrollo sostenible (OPS, 2020).

En Colombia, en los últimos 30 años las Enfermedades Cardio Vasculares (ECV), han ocupado los primeros cinco puestos de la lista de las principales causas de mortalidad de la población; no obstante, para el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), la pérdida de productividad a causa de las patologías cardiovasculares es sustancial, y deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen, incluso llegando a presentarse muertes de forma prematura (Minsalud, 2020). Las anteriores cifras, obligan a reflexionar sobre la efectividad de los programas de seguimiento de la hipertensión arterial, dado que son muchos los factores que conllevan al fracaso del control de cifras tensionales y a complicaciones del estado de salud.

Por otro lado, Gómez, et al. (2015) refieren que dentro de los factores que influyen negativamente en el control de los pacientes hipertensos, se encuentra la no asistencia a las consultas programadas, aspecto que contribuye a la cronicación de la patología. Así mismo, Rivera (2018) recalca que es trascendental una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afecte en su propia salud; Baron, Flórez y Zambrano (2016), en su estudio sobre complicaciones cardiovasculares precedidas por hipertensión arterial, afirma que la falta de control e inasistencia a las actividades preventivas y de seguimiento, puede conllevar a las alteraciones cardiovasculares, y por el contrario, la tensión arterial bien controlada, le permite al paciente llevar una vida más saludable.

El panorama anterior, condujo al Ministerio de Salud y Protección Social, a establecer las rutas de atención integral en salud, en donde una vez confirmado el diagnóstico de hipertensión, la persona debe ingresar a un programa de manejo integral para el control de la misma, con el objetivo de reducir la aparición de enfermedades asociadas y eventos mórbidos mortales, resaltando el papel de estos en el cuidado de salud de estos pacientes (Minsalud, 2016).

En el estudio desarrollado por Sánchez y González (2017) sobre ausentismo y complicaciones de salud en usuarios del programa de hipertensión arterial, se identificó que el 30% de los pacientes no asisten a sus controles, esta inasistencia puede ser debida a factores de tipo institucional, personales, socioeconómicos y práctica de tratamientos alternativos; de igual forma, la Secretaría de Salud del Cauca (2018), basados en los registros de asistencia al control de hipertensión, encontró que en una institución de salud ubicada al norte del departamento, 250 pacientes inscritos al programa de hipertensión arterial, no cumplían las citas planeadas, lo que correspondía al 30% de inasistencia al programa.

Esta inasistencia al programa de control de la hipertensión, afecta el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y el empoderamiento de los pacientes en su autocuidado, datos que motivan al desarrollo de la presente investigación, con el objetivo de identificar los factores relacionados a la inasistencia a un programa de hipertensión arterial, a través de un estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo y corte transversal, mediante la aplicación de un cuestionario que permitirá identificar los factores antes mencionados en el periodo 2019.

1. Fundamentación teórica

Los problemas de cuidado y previsión médica para las personas, es considerada una prioridad para organismos internacionales y gubernamentales, no solamente por la importancia a nivel de salud que implica, sino porque también influye en las condiciones para el desarrollo socio-económico de los países; implementando “acciones para activar la protección social y aumentar el acceso a los servicios de salud con estándares de calidad” (Vargas, Leal y Hernández, 2018, p.109). Por lo tanto, es una característica de la sociedad que debe garantizarse por los gobiernos nacionales, especialmente, los de países sub-desarrollados, quienes tienen la responsabilidad de gestionar las condiciones de acceso y atención asistencial a través de instituciones encargadas y mediante la promoción de políticas públicas direccionadas a tales fines.

Con las políticas públicas establecidas, destinadas al cuidado y atención de salud para los seres humanos, se busca dar respuesta a una de las necesidades sociales, minimizando los riesgos de proliferación de diferentes enfermedades y, protegiendo a la población de llegar a sufrir daños futuros, motivo por el cual, las políticas públicas se deben enfocar en establecer mecanismos y medios efectivos para alcanzar el bienestar y calidad de vida de la población (García y Piña, 2012; Ordoñez y Trelles, 2019; Restrepo, Cotrina y Daza, 2021). Adicionalmente, cabe destacar la importancia que tiene la política sanitaria, para gestionar el fácil acceso a los procesos de atención médica y la gratuidad de los mismos, siendo éstos subsidiados por el gobierno a fin de preservar la buena salud de sus

habitantes y la contratación y capacitación del personal médico especializado para atender desde los primeros auxilios hasta requerimientos más complejos que amerite el usuario (Chiara, 2016).

2. Control de la hipertensión arterial y la situación económica poblacional

La hipertensión arterial, es un padecimiento de salud en los seres humanos producida por diversidad de causas, sin embargo, entre las principales se pueden mencionar las altas temperaturas atmosféricas, problemas hereditarios, así como también de cambios de humor, situaciones de estrés, mala alimentación, entre otras. Esta enfermedad está presente entre los miles de habitantes a nivel mundial, razón por la cual, es necesario, además de crear mecanismos para su prevención y tratamiento, evaluar constantemente, las condiciones económicas, sociales, culturales y ambientales, que puedan afectar los niveles de calidad de vida y por ende la salud de la población (Alfonso, et al., 2017).

Por su parte, a medida que se logre ir perfeccionando dichos mecanismos y políticas para la prevención y el control de la hipertensión arterial, se irán minimizando los riesgos que implica esta enfermedad en la población a nivel mundial, donde una eficiente percepción del riesgo involucrado en la hipertensión arterial, obliga a llevar a cabo estrategias de promoción y educación en materia de salud para la población, acompañadas de incremento en los servicios de salud que se ofrecen, así como de sus niveles de calidad de atención a los usuarios, referidos a la disminución de la presión arterial en la población (Ferrer, et al., 2003; Álvarez, 2008).

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), causan aproximadamente dos terceras partes de las defunciones que ocurren en todo el mundo, sin embargo, es uno de los principales padecimientos del ser humano, que a pesar de sus niveles de riesgo puede ser corregible y más dentro de sistemas sanitarios o de salud eficaces, dado que para el caso específico de la hipertensión arterial, ésta puede ser diagnosticada y atendida satisfactoriamente con medicamentos económicos o de bajo costo y que sean administrados por una vez diaria (Patel, et al., 2017).

A modo de reflexión, es preciso que las autoridades gubernamentales encargadas del cuidado y prevención de la salud, dediquen sus esfuerzos a la creación y fomento de mecanismos que permitan tener fácil acceso a los sistemas y programas asistenciales para las comunidades, así como a la distribución de medicamentos, especialmente, las de bajos recursos, a fin de lograr aumentar los niveles de prevención de enfermedades, principalmente las cardíacas, las cuales provienen de diversidad de factores tanto hereditarios, como por malos hábitos alimentarios o de sometimiento a situaciones de estrés continuo, perjudicando el bienestar de la población, limitando los niveles de desarrollo social y económico.

3. Metodología

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, dirigido a recolectar información sobre los factores que intervienen en la no asistencia al control en un programa de hipertensión arterial en una Empresa Social del Estado (ESE)

al norte del departamento del Cauca, Colombia, con una población inscrita al programa de 810 pacientes; para lo cual, se calculó una muestra probabilística aleatoria simple de 260 personas, adicionalmente se aplicó la proporción de no respuesta en 20%, obteniendo un total de 312 participantes. La selección de los participantes, se realizó con base al registro de inscritos al programa y quienes participaron voluntariamente, se excluyeron los pacientes que no se encontraban al momento de la aplicación del instrumento o que tuvieran alguna discapacidad cognitiva.

Los participantes respondieron un cuestionario de preguntas cerradas tipo Likert, el cual fue realizado por los investigadores, donde se tuvo en cuenta los objetivos de la investigación y el marco referencial, que fue sometido a validación por expertos y constituido por 28 preguntas, que incluyeron variables independientes, como las características sociodemográficas; y variables dependientes, que comprenden los factores personales, sociodemográficos, institucionales a considerar en la inasistencia al programa. Una vez recogida la información se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2018, posteriormente se realizó un análisis descriptivo en donde se calcularon frecuencias y porcentajes de las variables del estudio.

De igual manera, cabe resaltar que este trabajo fue avalado por el comité de ética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, Colombia, con acta No. 09 de 2018, cumplió de acuerdo con la Asociación Médica Mundial de 1964, con los principios éticos para la investigación científica con seres humanos, en la Declaración de Helsinki.

4. Resultados y discusión

4.1. Características sociodemográficas

En cuanto a las características sociodemográficas de los entrevistados, el rango de edad que predomina son adultos mayores de 61 a 70 años con un 35,3%, seguido de 71 a 80 años con 23,4% y el de 51 a 60 años con 19,6%; en relación al género el 72,1% pertenece al género femenino y un 27,9% pertenece al masculino, este contexto se asemeja al estudio de Ocampo (2014), sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en establecimientos públicos, en donde el género femenino tuvo mayor participación al igual que el rango de edad de 60-66 años; iguales datos reportan varios estudios que evidencian que el género femenino es el de mayor proporción a enfermedades cardiovasculares como la HTA (Díaz, Herrera y Matéu, 2014; Pérez y Rendón, 2016; López y Chávez, 2016).

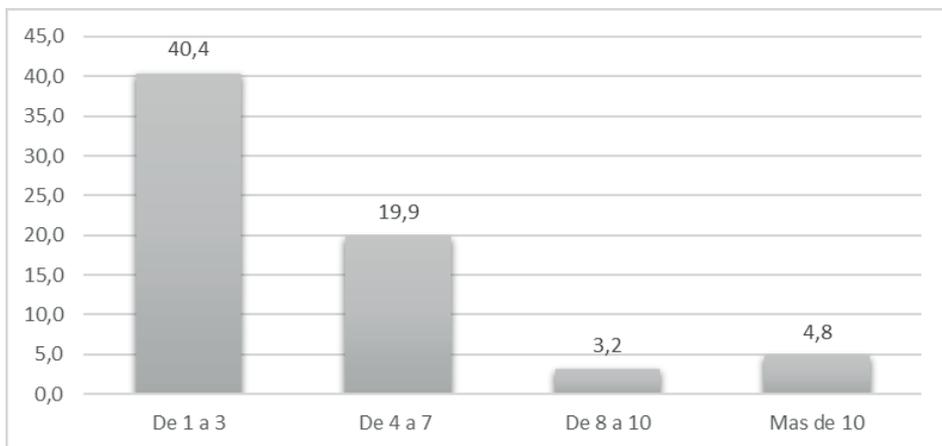
Así mismo, García (2017) resalta que “las mujeres tienen ahora mayor incidencia y prevalencia de diabetes e hipertensión que los hombres- (p.9), lo cual las expone a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares; o como también sostienen Veliz-Rojas, Mendoza-Parra y Barriga (2015), deja entrever que son las mujeres las que más acuden a los centros de salud.

En relación a la ocupación de las personas encuestadas, el 56,1% es ama de casa, seguida de trabajador independiente con un 21,2%, y pensionados el 16%. Asimismo, en cuanto al área de residencia,

se evidenció que el 69,2% es del área urbana del municipio y el 30,8% reside en el área rural; en correspondencia con el nivel educativo, el 60,6% ha realizado estudios de primaria, seguido de un 14,4% que no ha realizado estudios académicos, otro 14,4% al menos sabe leer, y el 11,9% ha realizado estudios de secundaria; estas son características representativas en los estudios relacionados con HTA, un contexto similar se observa en el estudio de Chiluita (2016), sobre los factores que influyen en la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial.

4.2. Programa de Hipertensión arterial

De las personas que participaron en este estudio, el 82,4% lleva inscrita al programa más de 3 años, seguido del 12,8% que forma parte de este desde 1 a 3 años, y un 4,5% de 6 meses a menos de 1 año. En relación con la asistencia, el 68,3% dejó de asistir alguna vez a su cita de control, en comparación al 31,7% que no ha faltado ni una vez. Las personas que no asistieron alguna vez al programa, se encontró que el 40,4% faltó de 1 a 3 veces al programa, seguido del 19,9% que no asistió de 4 a 7 veces (ver Gráfico I). Datos similares reporta Pérez, et al. (2014), al evaluar un programa de hipertensión; sin embargo, contrasta con el estudio de Gómez, et al. (2015), sobre conocimientos, actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos donde mencionan como prácticas positivas el cumplimiento en las citas de control.



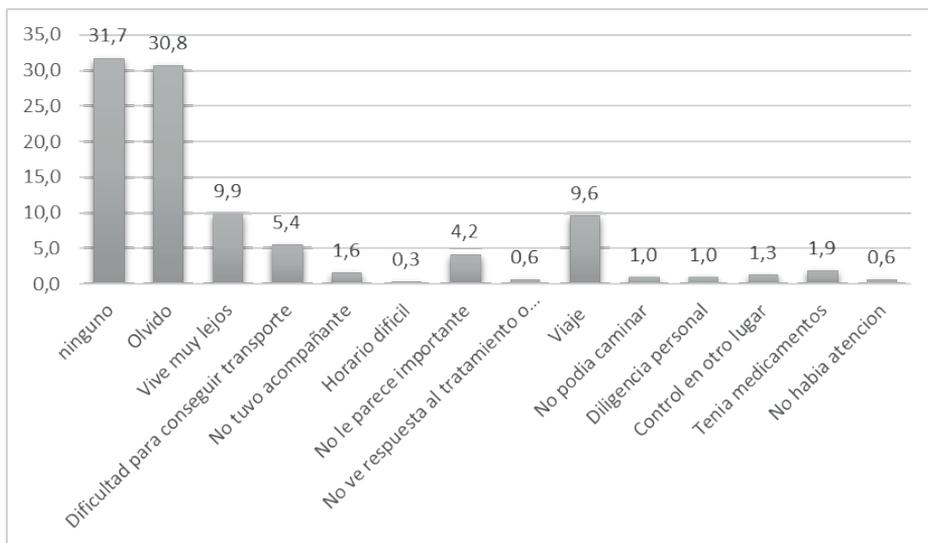
Fuente: Elaboración propia, 2019.

Gráfico I: Distribución porcentual de inasistencia a las citas del programa de hipertensión arterial

4.3. Factores causales de inasistencia al Programa de Hipertensión Arterial

a. Factores relacionados con el paciente: De los participantes encuestados que no asistieron en alguna oportunidad al programa, tal como se puede apreciar en el Gráfico II, el 30,8% manifestó que el motivo fue el olvido, vivir muy lejos el 9,9% y un 9,6% por motivo de viaje; cabe resaltar, que el 31,7% que indicó no tener

ningún motivo para no asistir, corresponde a los pacientes que no han faltado al programa. En este sentido, el olvido es un factor común, que describen estudios como el realizado por Castrillón, et al (2017), donde este factor se presentó en un 25% de los casos, y en la investigación realizada por Jabalera (2015), quienes corroboran esta tendencia, registrando el olvido con un 29,6%.



Fuente: Elaboración propia, 2019).

Gráfico II: Distribución porcentual motivo por el cual dejo de asistir a las citas de control

El total de los encuestados indica tener clara la importancia de asistir a sus citas de control con un 93,6% y manifiesta que nunca dejan de asistir cuando se sienten bien a su cita con 68,5%, algunas veces falta con un 26,9% y siempre falta cuando se siente bien con un 4,5%.

b. Factores socioeconómicos:

Un 61,2% de las personas encuestadas cuenta con los recursos económicos para trasladarse y asistir a sus citas de control y un 33,3% manifiesta que algunas veces cuenta con los recursos económicos para asistir. En relación con la ubicación del hospital, el 56,1% vive cerca, seguido de un 32,7% que vive lejos de la ESE; sin embargo, el 69,9% indicó que la distancia de su casa o trabajo al hospital no le dificulta para asistir a la cita y un 30,1% indica que si le entorpece

la asistencia. Estos factores han sido descritos por Salcedo y Gómez (2014), en el estudio, Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial, donde los factores socioeconómicos afectan la adherencia terapéutica, incluyendo la asistencia a las citas.

c. Factores institucionales:

En relación con estos factores, el 52,6% considera que los medios que utiliza la institución para recordarles las citas son insuficientes; seguido de un medianamente suficiente, con un 26,0%. Al respecto, Romero (2014), refiere que estos son reconocidos como agentes causales de baja adherencia al tratamiento. El 76% de las personas que participaron en el estudio, no conoce el proceso para cancelar y reprogramar la cita, en comparación

al 24% que si está al tanto del proceso. En ese sentido, Castrillón, et al. (2017) reporta estos mismos factores como causa de inasistencia de los pacientes a las consultas, puesto que el 37% de los encuestados en su investigación afirman que no reciben recordatorio de citas.

En cuanto al funcionamiento del programa, se encontró que el 75,3% considera que los horarios de atención que brinda la institución son buenos, un 22,4% lo considera regular; además, en relación a la frecuencia con que brinda información el personal de salud sobre el autocuidado, las complicaciones de la enfermedad y la importancia de asistir a sus controles, el 84,9% indicó que siempre se le ofrece información, seguido de un 12,8% que manifestó que solo la reciben algunas veces.

En relación con el trato del personal médico, el 89,7% considera que es digno, humanizado y respetuoso, seguido de un 10,3% que indica que algunas veces; asimismo, un 78,8% percibe que el médico se preocupa por su salud, seguido de un 18,9% que considera que solo lo hace algunas veces. En cuanto al trato de enfermería, el 91,7% considera que siempre es digno, humanizado y respetuoso, seguido de un 6,4% que considera que algunas veces le brinda este trato.

Esta percepción se asemeja en lo descrito por Pérez y Rendón (2016), donde el 84,8% califica como excelente la calidad del servicio, un panorama alentador, puesto que para Martín, et al. (2015); así como García, et al. (2018), la relación personal de salud-paciente juega un papel importante como agente motivador en la participación en los programas y favorece la adherencia al igual que el logro de metas terapéuticas.

Al respecto, Gallego (2016) en

relación al panorama anterior, invita a las instituciones gubernamentales a reforzar estrategias de acercamiento y seguimiento que realizan con los pacientes, con la finalidad de garantizar continuidad de los mismos en los programas, dado que es ampliamente conocido que la asistencia regular a estos es un factor que influye favorablemente en la adherencia al tratamiento de los pacientes y por consiguiente sus condiciones de salud.

De igual manera, los participantes del estudio consideran, que algunas veces les toca esperar mucho tiempo para ser atendidos, con un 49,4%; seguido de siempre les toca esperar, con un 27,6%. La mayor parte de la personas encuestadas en el estudio, manifiestan que es bueno el tiempo que dedica el personal del hospital en la atención de la consulta, con un 79,8%; además, un 83,3% de los participantes perciben que la calidad del servicio prestado es bueno y el 16% lo considera regular. En cuanto a la reprogramación de las citas, el 53,8% considera que algunas veces es fácil y oportuno reprogramar, seguido de un 43,6% que considera que siempre es fácil.

En relación con las citas del programa, el 41% indica que algunas veces se cumple con la hora programada, seguido de un 31,1% que considera que se cumple siempre; asimismo, el 75,6% manifiestan sentirse conformes con la duración de la consulta y el 22,1% indicó que algunas veces se sienten satisfechos con la duración de estas.

Referente a si el personal se preocupa o se comunican con ellos cuando no asisten a la consulta, el 49,4% de los participantes perciben que nunca el personal se preocupa o se comunican con ellos cuando dejan de asistir a la consulta, seguido de un 30,8% que manifiesta que el personal si se preocupa y el 19,9%

percibe que se preocupan o se comunican solo algunas veces.

Conclusiones

Se encontró que el género femenino fue el de mayor predominio de los participantes, al igual que el rango de 61-70 años, el nivel educativo primaria y la ocupación de ama de casa. Dentro de los factores que mayor presencia tienen sobre la inasistencia al programa de hipertensión, se evidenció que fueron los personales, en donde el olvido es el principal factor causal de inasistencia a las citas de control de hipertensión arterial, este debe ser subsanado mediante mecanismos y estrategias que permita a los pacientes recordar las citas de control, dado que, de acuerdo con la percepción de los pacientes, el 52% considera que la institución tiene mecanismos insuficientes para recordar las citas.

De igual manera, se evidenció que la atención brindada solo algunas veces cumple con la hora programada, lo que conlleva a que los usuarios deban esperar mucho tiempo para ser atendidos, factor que a un futuro puede cambiar la percepción del usuario acerca de la prestación del servicio y ser un agente desmotivante para la asistencia a las mismas. Es necesario reorientar los programas, considerando características de género y fortalecer estrategias que acerquen los programas a la población.

Referencias bibliográficas

- Alfonso, J. C., Salabert, I., Alfonso, I., Morales, M., García, D., y Acosta, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Medica Electrónica*, 39(4), 987-994.
- Álvarez, R. (2008). Salud familiar. En R. Álvarez (Ed.), *Medicina general integral: Salud y medicina* (pp. 127-137). Editorial Ciencias Medicas.
- Baron, T. M., Flórez, V. P., y Zambrano, E. E. (2016). *Complicaciones cardiovasculares precedidas por hipertension arterial en el Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta, Magdalena* (Tesis de especialización). Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta, Colombia.
- Castrillón, A., Grisales, D. P., Londoño, J., y Rua, L. (2017). *¿Cuales son los factores que elevan los porcentajes de inasistencia a la consulta médico programada y de especialistas en la IPS Interconsultas S.A.S durante el primer trimestre de 2017 ?* (Tesis de especialización). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia.
- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 10-22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.tpps>
- Chiluiza, M. A. (2016). *Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, Parroquia San Andrés* (Tesis de especialización). Universidad Tecnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Díaz, M., Herrera, Y., y Matéu, L. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes del municipio San Miguel del Padrón. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(4), 588-597.
- Ferrer, I., Sánchez, M. E., Betancourt, I., y Romero, M. D. C. (2003). Intervención comunitaria educativa del paciente hipertenso en un área de salud. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 7(3), 252-262.
- Gallego, M. (2016). *Programa de atención al paciente con hipertensión: ATENHTA* (Tesis de maestría). Universidad

- Pública de Navarra, Navarra, España.
- García, C. H., y Piña, J. A. (2012). Políticas públicas en materia de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000. *Salud & Sociedad*, 3(2), 194-209. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2012.0002.00006>
- García, D., Lores-Delgado, D., Dupotey-Varela, N. M., y Espino-Leyva, D. L. (2018). Atención Farmacéutica en adultos mayores hipertensos. Una experiencia en la atención primaria de salud en Cuba. *Ars Pharmaceutica*, 59(2), 91-98. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i2.7307>
- García, M. (2017). Factores de riesgo cardiovascular desde la perspectiva de sexo y género. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(S1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.11.021>
- Gómez, C. G., Orozco, B. M., Suárez, M. A., Rivera, A., y Castro, D. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso de la ciudad de Florencia, Colombia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 7(1), 32-38. <https://doi.org/10.25054/rfs.v7i1.177>
- Jabalera, M. L. (2015). *Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- López, A., y Chávez, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 15(1), 40-50.
- Martín, L., Bayarre, H., Corugedo, M. D. C., Vento, F., La Rosa, Y., y Orbay, M. D. L. C. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 33-45.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Minsalud (2016). *RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio -cerebro-vascular-metabólicas manifiestas, y las RIAS específicas para Hipertensión arterial- HTA, Diabetes mellitus – DM y Obesidad. Política integral de Atención en salud*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-cardio-cerebro-vascular.zip>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Minsalud (2020). *Enfermedades cardiovasculares*, Colombia. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Enfermedades-cardiovasculares.aspx>
- Ocampo, P. (2014). Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos establecimientos públicos. *In Crescendo*, 5(2), 181-192. <https://doi.org/10.21895/incres.2014.v5n2.04>
- Ordoñez, H., y Trelles, D. (2019). Control social en la participación ciudadana: Una visión desde los servicios públicos locales. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXV(4), 175-185.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud - OMS/OPS (2017). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números*. OMS/OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2020). *Hipertensión*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M. C., Hassell, T., Wyss, F., Hennis, A., Asma S., y Angell, S. (2017). Improved blood pressure control to reduce cardiovascular disease morbidity and mortality: The standardized hypertension treatment and prevention project. *Journal of Clinical Hypertension*, 18(12), 1284-1294. <https://doi.org/10.1111/jch.12861>
- Pérez, C., González, G., Carrasquilla, D.,

- García, E., Guarín, E., Luna, L., y Sirtori, L. (2014). Evaluación de un programa de atención de la hipertensión arterial, según normatividad vigente en Colombia. *Duazary*, 11(1), 14-21. <https://doi.org/10.21676/2389783x.716>
- Pérez, M., y Rendón, M. M. (2016). *Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la ciudad de Medellín 2016* (Tesis de especialización). Universidad del CES, Medellín, Colombia.
- Restrepo, J. L., Cotrina, Y. E., y Daza, A. (2021). Participación ciudadana en el sistema de seguridad social en salud en Colombia. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXVII(1), 230-240. <https://doi.org/10.31876/rcs.v27i1.35309>
- Rivera, L. G. (2018). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos del Centro de Salud Nro. 1 de Loja* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador.
- Romero, T. (2014). Adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿por qué aún no despegamos, y en qué medida influye en el control de la Presión Arterial? *Revista Chilena de Cardiología*, 33(3), 210-214. <https://doi.org/10.4067/s0718-85602014000300007>
- Salcedo, A., y Gómez, A. M. (2014). Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Avales de Enfermería*, XXXII(1), 33-43.
- Sánchez, B., y González, G. (2017). Ausentismo y complicaciones de salud en usuarios de programas de hipertensión arterial de Santa Marta. *Revista Salud Uninorte*, 33(2), 178-186.
- Secretaría de Salud del Cauca (2018). Registro de asistencia al Programa de Hipertensión, ESE en el norte del departamento del Cauca. <https://esenorte2.gov.co/tag/cauca/>
- Vargas, V., Leal, M., y Hernández, C. (2018). Agenda pública para el financiamiento de sistemas de información en organizaciones del sector salud. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXIV(2), 105-113.
- Veliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S., y Barriga, O. A. (2015). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.003>