

ADHERENCIA A UN PROGRAMA ESTATAL DE CONTROL DE LA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ESTUDIO DE CASO EN DOS MUNICIPIOS DE  
COLOMBIA. 2010-2011

**MARÍA CRISTINA CASAS PIEDRAHITA  
LILIANA MARÍA CHAVARRO OLARTE**

Manizales

Universidad Autónoma  
Facultad de Ciencia de la Salud  
Departamento de salud pública  
2012

ADHERENCIA A UN PROGRAMA ESTATAL DE CONTROL DE LA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN UN SERVICIO DE PRIMER NIVEL.  
COLOMBIA. 2010-2011

**MARÍA CRISTINA CASAS PIEDRAHITA  
LILIANA MARÍA CHAVARRO OLARTE**

Trabajo de investigación para optar al título de Maestría en Salud Pública

Asesor: Dora Cardona Rivas  
Profesora Facultad ciencias de la Salud



Manizales  
Universidad Autónoma  
Facultad de Ciencia de la Salud  
Departamento de salud pública  
2012

Nota de aceptación

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Manizales, 10 de diciembre de 2012

Al todo poderoso, nuestras familias,  
compañeros de trabajo por su  
Paciencia. Fueron apoyo para  
culminar hoy otra meta.  
A nuestra asesora a la cual todo este  
tiempo fuimos su nuevo apéndice.

## AGRADECIMIENTOS

A las instituciones en las cuales se llevo a cabo la recolección de la información, a la Dra. Dora Cardona asesora y a los profesores de la maestría en Salud Publica. Universidad Autónoma de Manizales.

## CONTENIDO

1. PRESENTACION.....	9
2. RESUMEN.....	10
3. ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACIÓN.....	13
5. OBJETIVOS.....	14
5.1 Objetivo General: .....	14
5.2 Objetivos específicos:.....	14
6. REFERENTE TEÓRICO.....	15
6.1 Adherencia.....	15
6.2 Hipertensión Arterial.....	15
6.3 Factores que influyen en la Adherencia.....	16
6.3.1 Socioeconómicas.....	16
6.3.2 Factores del Paciente.....	17
6.3.3 Factores relacionados con la enfermedad.....	17
6.3.4 Diagnóstico adecuado.....	18
6.3.5 Régimen terapéutico y correcta prescripción del tratamiento.....	18
6.3.6 Comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes.....	19
6.3.7 Análisis del servicio.....	19
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	23
8.1 Enfoque.....	23
8.2 Tipo de estudio.....	23
8.3. Población y muestra:.....	23
8.4 Fuentes de información.....	24
8.5 Técnicas e Instrumentos.....	24
8.6 Procedimiento.....	25
8.7 Análisis de la información.....	25
9. RESULTADOS.....	26
9.1 Adherencia al Programa de Hipertensión Arterial en una IPS del municipio de Dorada.....	26
9.2 Adherencia al Programa de Hipertensión Arterial en una IPS del municipio de Viterbo.....	36
9.3 Factores relacionados con la adherencia a dos programas de control de la Hipertensión arterial en dos municipios del departamento de Caldas.....	44
9.3.1 Características demográficas y socioeconómicas de los usuarios de un programa de hipertensión arterial en dos municipios del departamento de Caldas.....	44
10. DISCUSIÓN.....	48
11. CONCLUSIONES.....	52
11.1 RECOMENDACIONES.....	52
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53

## TABLAS

Tabla 1. Distribución. Programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas .....	26
Tabla 2. Datos edad. Según adherencia al programa de hipertensión arterial.	27
Tabla 3. Variables socioeconómicas según adherencia al programa de hipertensión arterial. ....	27
Tabla 4. Satisfacción de los pacientes según la adherencia al programa de hipertensión arterial. ....	29
Tabla 5. Percepción sobre el personal de salud que maneja el programa de HTA, según adherencia .....	31
Tabla 6. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia .....	32
Tabla 7. Factores de riesgo, antecedentes patológicos, riesgo y estadio de HTA según la adherencia al programa de hipertensión arteria .....	34
Tabla 8. Distribución de de 152 pacientes de un programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas.....	36
Tabla 9. Datos edad. Según adherencia al programa de hipertensión arterial.	37
Tabla 10. Variables socioeconómicas según adherencia al programa de hipertensión arterial. ....	37
Tabla 11. Satisfacción de los pacientes según la adherencia al programa de hipertensión arterial. ....	38
Tabla 12. Percepción acerca sobre el personal de salud que maneja el programa de HTA, según adherencia .....	40
Tabla 13. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia .....	41
Tabla 14. Factores de riesgo, antecedentes patológicos, riesgo y estadio de HTA según la adherencia al programa de hipertensión arterial .....	42
Tabla 15. Distribución de los usuarios de dos programas de control de hipertensión arterial según variables demográficas y socioeconómicas.....	44
Tabla 16. Edad promedio de los usuarios de un programa de hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. ....	45
Tabla 17. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia .....	45
Tabla 18. Razón de momios e intervalo de confianza para los conocimientos sobre la hipertensión arterial según adherencia a los programas según municipio.....	47

## **ANEXOS**

Anexo A. INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION HISTORIA CLINICA - HTA .....	56
Anexo B. ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HTA .....	57
Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	59
Anexo D. CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL.....	60



## **1. PRESENTACION**

Con el propósito de responder a uno de los principales problemas que afronta el país y el Sistema General de Seguridad Social, la carga de enfermedad debida a las Enfermedades Crónicas No transmisibles, dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en dos municipios del Departamento de Caldas, abordaron el análisis de los factores que afectan la adherencia de sus pacientes a los programas de control de la Hipertensión Arterial.

Para tal efecto se diseñó un estudio transversal que fue realizado sobre la población que reunía los criterios de permanencia en el programa con el fin de indagar sobre los factores sociodemográficos, de satisfacción con los servicios de salud, con la atención por parte del personal de salud y los conocimientos sobre la enfermedad. El estudio fue realizado entre los años 2010 y 2011 en una población del régimen de salud que es subsidiado por el Estado Colombiano.

Este documento presenta el informe de la investigación realizada esperando contribuya a la comprensión de la problemática que deben afrontar los programas de control de la hipertensión y al mejoramiento de las estrategias de seguimiento y control.

## 2. RESUMEN

La adherencia a los programas de control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión arterial, es un problema que afecta negativamente los resultados de la vigilancia de tales enfermedades y se desconocen los factores con los que se relaciona. Para establecer dicha relación se realizó un estudio transversal en una muestra aleatoria (95% nivel de confianza, error 5%) de 295 usuarios de dos programas del departamento de Caldas. Se utilizaron el test de Morinsky para medir la adherencia, encuesta y hoja de registro para los factores demográficos y socioeconómicos, satisfacción con los servicios de salud, percepción de la calidad de la atención por parte del personal médico y conocimientos sobre la enfermedad. La adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes, en los conocimientos sobre la enfermedad. Tales conocimientos se constituyen factores protectores o de riesgo para la adherencia. Considerar que los tratamientos se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, en los adherentes (RM 0,263; IC =,08-0,83) en Viterbo. No así la relevancia que se otorga al tratamiento medicamentoso que se constituye en un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5). En La Dorada son riesgo para la no adherir al programa el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11) y que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83).

Palabras clave: Adherencia, hipertensión arterial, gasto de bolsillo.

### 3. ANTECEDENTES Y DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La adherencia a los programas de promoción de la salud, y prevención de todas las enfermedades y de manera particular en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es de gran relevancia, hasta el punto de haberse constituido en una prioridad en salud en el mundo. El incumplimiento o barreras que impiden el logro efectivo de los programas incide negativamente no sólo en la eficacia de los tratamientos prescritos sino ante todo con el incremento en la morbilidad y mortalidad de varias enfermedades lo cual, además, ocasiona un incremento en los costos de asistencia hospitalaria y gasto de bolsillo de los hogares. Si bien el problema de la adherencia a la atención de la salud es de carácter multifactorial, ésta ha sido analizada, principalmente respecto al paciente (1) dejando de lado problemas que pueden relacionarse con la prestación de los servicios de salud como los costos que dicha atención puede generar al usuario.

Dentro de esos se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, por parte de los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos y por los propios pacientes. Por ejemplo:

- Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto de medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada en caso de ser trabajador y la afectación a la productividad de su puesto de trabajo.
- El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y en un almacenamiento innecesario de medicamentos, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia (2).

De otra parte el gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos(3).

La pobre adherencia a las políticas y programas estatales, es un problema de magnitud mundial; en los países desarrollados el promedio es solo del 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica, en los países en desarrollo es alta debido a la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud (4,5). El impacto de la interrupción de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública según el informe de la OMS 2004.

Una de las enfermedades en las que el problema de la adherencia es muy relevante es la hipertensión arterial (HTA), enfermedad crónica de alta prevalencia en Colombia y Caldas, demostrándose su asociación con la morbimortalidad cardiovascular. Dicha incidencia puede disminuir a expensas del control de la HTA. La HTA supone, así mismo, uno de los procesos que ocasionan mayor consumo de recursos en general y un alto número de consultas, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria (6).

Según los datos de mortalidad del DANE desde 1980 hasta 2006 la enfermedad hipertensiva está dentro de las 10 primeras causas. Ocupando el 9° lugar en el 2006 con el 12.58, y según el Sistema de Información del Ministerio de Salud, la hipertensión esencial fue la tercera causa de consulta en 2007 en Caldas con el 3.98% (7).

Se desprende de esto la importancia de analizar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los tratamientos ya que el estímulo a la adherencia al tratamiento, y su aceptación por parte de los pacientes incide en los beneficios sociales logrados, mejores resultados sanitarios, mejora de la calidad de vida y aumento en la seguridad de los pacientes, así como ahorro de los costos de todas las partes implicadas (4). Cabe señalar que:

- Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados (2).

Pero el control de la Hipertensión es un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones (6).

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos se hace indiscutible si se analizan las repercusiones que este tiene desde el punto de vista clínico, médico, económico y psicosocial y se demuestra que afecta cuestiones que tienen que ver con la calidad de la atención, con la relación médico-paciente, con el uso racional de los recursos y los servicios de salud, entre otros. Siendo un problema complejo, de tan alta magnitud, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores; es importante que el estudio y abordaje de la adherencia terapéutica sea multidisciplinario (4,5,6).

De ahí que se convierta en un asunto serio para la salud pública contemporánea, más si se tiene en cuenta que es un problema mundial. Constituye un avance significativo en el reconocimiento de la envergadura de este problema por parte de organismos internacionales, la iniciativa mundial lanzada en 2001 por el grupo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS con el trabajo realizado en el marco de un proyecto sobre

adherencia terapéutica a largo plazo, el que generó un informe técnico divulgado entre 2003 y 2004. El documento, está dirigido básicamente a los formuladores de políticas y directivos de los sistemas de salud, cuyas decisiones deben repercutir en las estrategias nacionales y locales que mejoren los resultados de salud y la eficiencia económica del sector, además de servir de referencia a científicos, investigadores y personal de salud en su labor cotidiana(4).

Para documentar el problema, de la adherencia a los programas de ECNT, en Caldas se ha formulado la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué características del servicio y del usuario están asociadas a la adherencia al programa de control de Hipertensión Arterial en las IPS de I nivel de los Municipios de La Dorada y Viterbo afiliados al Régimen Subsidiado

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La adherencia deficiente a los tratamientos compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud pública, desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud.

La OMS 2004, proporciona un análisis crítico sobre el problema de la no adherencia a los tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y recomienda incrementar la investigación sobre la adherencia terapéutica a fin de reconocer los grandes beneficios en las personas que abordan la adherencia terapéutica de forma eficaz, evidenciado por los efectos positivos presentados en cinco a diez años, con ausencia completa o radical de complicaciones posteriores al diagnóstico de hipertensión arterial.

De acuerdo con las anteriores consideraciones es necesario establecer la relación entre la adherencia de los usuarios a los controles de programa de HTA, con factores socioeconómicos, clínicos, de percepción de los servicios de salud y conocimientos sobre la enfermedad.

El presente estudio constituye un aporte de relevancia social, por la información recolectada a la solución de un problema de carácter sanitario, evidenciado en los altos índices de no adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial, como gran precursor de las enfermedades cardiovasculares y de las implicaciones sobre la calidad de vida de la población, igualmente da inicios para nuevas investigaciones sobre este tema.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General:**

Establecer la relación entre la adherencia de los usuarios a un programa de hipertensión arterial con factores sociales, de la prestación de servicios de salud y conocimiento de la patología en dos servicios estatales de primer nivel en entre 2010 y 2011.

### **5.2 Objetivos específicos:**

Caracterizar los usuarios de los programas de HTA según las variables demográficas y socioeconómicas, de los usuarios registrados en el programa de hipertensión arterial, en los municipios de municipio de La Dorada y Viterbo durante 2010-2011.

Caracterizar los pacientes según su adherencia al programa de hipertensión arterial.

Determinar la satisfacción con el acceso a los servicios de salud respecto la percepción de la calidad de la atención brindada por el personal de salud, según su adherencia al programa.

Determinar algunos conocimientos sobre la hipertensión arterial y su tratamiento y su relación con la adherencia al programa.

Determinar la relación entre el cumplimiento con los exámenes de laboratorio con la adherencia al programa.

Determinar los factores de riesgo, antecedentes y características de clínicas de los pacientes y su relación con la adherencia.

## **6. REFERENTE TEÓRICO**

Para la comprensión del estudio se presentan a continuación los conceptos que fundamentan la realización del presente estudio.

### **6.1 Adherencia**

Se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud (1,4,6).

La OMS conceptualiza la adherencia terapéutica como una mejor manera de captar los cambios dinámicos y complejos necesarios de muchos actores durante periodos prolongados de mantener la salud óptima de las personas con enfermedades crónicas (6).

Como falta de adherencia al tratamiento se entiende la falta de convicción personal y responsabilidad de los pacientes para realizar los comportamientos que les han sido explicados y sugeridos por los profesionales de la salud como necesarios para obtener resultados benéficos (toma de los medicamentos, dieta saludable, actividad física, no consumo de alcohol y tabaco y autocontrol emocional). Las conductas no adherentes se dan por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente y su entorno económico, cultural y social, de otros derivados de la enfermedad en sí, del tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.(5,6)

### **6.2 Hipertensión Arterial**

Enfermedad crónica asintomática que se caracteriza por una elevación de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 120 mm Hg. y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mm Hg, es considerada hoy como una de las principales problemáticas de salud pública. Actualmente 7,1 millones de personas mueren como resultado de tensión arterial elevada, reconociéndose como una de las tres primeras causas de morbi-mortalidad mundial y nacional, uno de los primeros lugares de causas de incapacidad, uno

de los principales motivos de consulta médica y una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social (1,3,8).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica de alta prevalencia en Colombia, estando demostrada su asociación con la morbimortalidad cardiovascular; su tratamiento y control favorecen la disminución de la incidencia de tales enfermedades de un modo eficiente. La HTA supone, así mismo, uno de los procesos que ocasionan mayor consumo de recursos en general y un alto número de consultas, principalmente en el ámbito de Atención Primaria (1).

### **6.3 Factores que influyen en la Adherencia**

#### **6.3.1 Socioeconómicas**

El estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares (6,9).

La OMS (2004) señala que se presentan deficiencias en la adherencia a los tratamientos de larga duración tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. A algunos *aspectos socioeconómicos* tales como: la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la lejanía del centro de atención médica, el costo elevado del transporte y el alto costo de la medicación se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia terapéutica. El informe técnico de la OMS (2004) reporta las siguientes variables socioeconómicas como importantes en la adherencia para la hipertensión: analfabetismo, desempleo, suministro limitado de medicamentos y elevado costo de la medicación.

También se ha observado que el factor modulador no es la presencia de la característica demográfica en sí misma sino ciertos factores habitualmente asociados a ella. Ejemplo: en ancianos, el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas y prospectos (10).

Según informe de la OMS 2004, la edad es un factor que influye sobre la adherencia al tratamiento pero de manera irregular y su deficiencia puede afectar a todos los grupos etáreos; la adherencia en niños y adolescentes se presenta en un rango de 48 a 100 %, con un promedio de 58 % en los países desarrollados.

Con respecto al género, algunas publicaciones registran una mejor adherencia en las mujeres (11) y otros no. En un estudio sobre el patrón de cumplimiento de antihipertensivos en pacientes hipertensos en atención primaria realizado en

España no se encuentra relación entre cumplimiento y sexo femenino (12). En un trabajo sobre factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de adultos mayores hipertensos se reporta que los hombres alcanzan mayores puntajes respecto a las mujeres situación que podría ser explicada por los roles de género diferentes que se adoptan en el cuidado de la salud o en la pareja (13,14)

### 6.3.2 Factores del Paciente

Diferentes estudios relacionados con la adherencia terapéutica concluyen que el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; además de no percibir la necesidad de tratamiento y las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento influyen en la adherencia. Sin embargo, ellos resaltan la complejidad y la multiplicidad de los factores (1,6, 9).

Entre las características del paciente que afectan de manera negativa la adherencia se encuentran: la falta de comprensión de la enfermedad y sus desenlaces; el modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; la historia previa de falta de adhesión; las creencias relacionadas con la salud; la insatisfacción con el profesional o el tratamiento (1,6, 9). Estas tienen relación con aspectos culturales que es pertinente tener en cuenta.

Como problema central en el tratamiento de la hipertensión arterial, numerosos estudios se han centrado en la búsqueda de los factores o determinantes implicados en la conducta de adherencia. Entre los múltiples factores o variables que se han relacionado con el incumplimiento del tratamiento en hipertensión se han estudiado las características personales (la motivación y la colaboración del paciente, sus conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el tratamiento, el grado de amenaza que la enfermedad representa, variables de personalidad, etc) (15).

### 6.3.3 Factores relacionados con la enfermedad.

Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas)

Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente;. Algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica (1,9).

Los factores de la enfermedad están referidos a la naturaleza de la misma y a las exigencias particulares derivadas de ella con que se enfrenta el paciente. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o

incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que en las enfermedades crónicas y sobre todo en las que tienen un carácter asintomático esta es menor (9).

Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones. Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios de comportamiento que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar (9).

#### 6.3.4 Diagnóstico adecuado.

La hipertensión arterial es uno de los grandes problemas de salud pública por su alta prevalencia, porque muchos hipertensos no han sido detectados o son inapropiadamente tratados y porque constituye un factor de riesgo primario de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. De acuerdo con estimativos de la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia la hipertensión arterial tiene una prevalencia de 11,6% en población mayor de 15 años, aunque en mayores de 18 años de origen africano (25% de los colombianos) alcanza el 39% y asciende al 50% en personas de 49 años o más (9).

#### 6.3.5 Régimen terapéutico y correcta prescripción del tratamiento.

Estos factores se refieren a las características del tratamiento, de los medicamentos y efectos secundarios de la medicación y el desembolso económico que se deba realizar. En la no-adherencia al medicamento, las situaciones más frecuentes son no iniciar la toma del medicamento, no tomarlo de acuerdo a las instrucciones, omitir una o más dosis, duplicar la dosis (sobredosis), suspensión prematura del tratamiento, tomar la dosis a una hora equivocada, tomar medicamentos por sugerencia de personal no médico. En estos casos se recomiendan las monoterapias para mejorar la adherencia (1,9).

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento (9).

Otra cuestión es la duración del tratamiento. Si es corto se fracasa menos en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este

incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo (6). También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia (6).

#### 6.3.6 Comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes.

Según Holguín y Silva German, en la adherencia influyen de manera significativa la comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias para lograr la satisfacción del paciente y realizar una supervisión adecuada. Los modelos conductuales sugieren que las terapias prescritas por la mayoría de los médicos controlarán la HTA solo si el paciente está motivado para tomar la medicación prescrita y para establecer y mantener estilos de vida saludables. La motivación mejora cuando se tienen experiencias positivas con el personal médico y tiene relación con la confianza y empatía que logra establecer.

Igualmente Holguin y Silva German consideran que la comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento.

#### 6.3.7 Análisis del servicio

La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención de salud.(3,16)

En cuanto a los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria, la OMS 2004, plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello.

También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser

reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades, sobre todo las crónicas (6).

Dentro de la organización de los servicios de salud, son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de médico en el momento que el paciente lo requiere o los cambios sistemáticos del profesional de asistencia. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con el médico que le indicó el tratamiento que se ve afectada cuando tiene que recurrir a otro facultativo (4)

La comunicación entre los profesionales sanitarios y pacientes es fundamental, los profesionales con aptitudes y actitudes negativas para informar el tratamiento que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación contribuyen a la falta de adherencia al mismo. De igual forma, la ausencia de instrucciones escritas o efectuadas de modo deficiente con lenguaje demasiado técnico o rasgos incomprensibles no favorecen la adhesión. Otro aspecto es el modo en que el médico estimula la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico, la colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento (6).

De hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son por ende imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que se ha demostrado son determinantes de la adherencia de los pacientes (6). Son múltiples los estudios realizados sobre las problemáticas de los prestadores de servicios de salud sobre las cuáles se espera incidir con la formulación de la Política Nacional de prestación de Servicios de Salud. Esta privilegia la mejora en el acceso a los servicios de salud, la calidad en la atención y la eficiencia en la prestación del servicio. De allí la importancia que al interior de las instituciones se fortalezcan estos tres ejes; son fundamentales para lograr calidad en la prestación del servicio e incrementar, en consecuencia, la satisfacción del usuario (17).

Siguiendo la ley 100 de 1993 , en el Acuerdo 029 de 2009, se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivos y subsidiados con el fin de: 1) Garantizar la accesibilidad a los medicamentos y dispositivos médicos; 2) Garantizar la conservación de la calidad de los medicamentos y dispositivos médicos; 3) Ofrecer información para garantizar la conservación de la calidad una vez dispensado; 4) Garantizar la distribución o dispensación oportuna; 5) Contar con indicador de oportunidad o faltantes; 6) Garantizar el ofrecimiento inmediato de la información requerida, entre otros (17).

Lo anterior no ha sido logrado a cabalidad; según estudios. Se ha encontrado que sólo el 30% de los mayores de 65 años que toman 8 o más medicamentos

son capaces de recordar las instrucciones sobre su administración, y sólo el 20% de estos reconocía tomarlos adecuadamente. Por otro lado, la falta de adherencia, que la OMS ha considerado como tema prioritario de salud pública, se sitúa en torno al 40% en los pacientes mayores con enfermedades crónicas (4).

Por todo ello, en el marco de las políticas de cohesión para el año 2009 se dio prioridad a las políticas de seguridad de los pacientes y de uso racional de los medicamentos, en especial a enfermos crónicos y polimedicados. Este plan intenta fomentar la autorresponsabilidad del paciente en sus cuidados, proporcionándole medios que mejoran su cumplimiento terapéutico al tiempo que se incide en la educación sanitaria como elemento clave en todo el proceso, ya que la intervención educativa basada en este sistema, mejora la adherencia al tratamiento, contribuye a la disminución del consumo de recursos sanitarios y ayuda a detectar problemas relacionados con la medicación (17).

En diciembre de 2000 el Ministerio de Salud promulga la Resolución 412 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, entre estas la atención para pacientes hipertensos que a la fecha es la que rige la atención; en el año 2008 se incluye en el POS algunos servicios ambulatorios especializados que benefician a la población HTA y DM a través del acuerdo 395/2008, con la Resolución 4003/2008 del 21 de octubre de 2008, se complementa el conjunto de actividades y servicios ambulatorios de segundo y tercer nivel de complejidad para el manejo de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus Tipo 2 para los adultos de 45 años o más, en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, el cual contribuye a la atención integral de los pacientes con estos diagnósticos y previene la ocurrencia de complicaciones incluida la Enfermedad Renal Crónica, siendo esta última una enfermedad de alto costo para el sistema, igualmente establece las indicaciones y frecuencias para hacer un uso adecuado de los recursos asignados, a la luz de las Guías de Práctica Clínica nacionales basadas en evidencia, de las inclusiones de actividades e intervenciones de II y III Nivel de Complejidad para el manejo integral de los pacientes con los diagnósticos descritos, con lo cual se busca permitirá la construcción de líneas de base para estas enfermedades y posteriormente la evaluación a través de indicadores trazadores que reflejen a partir del control de la enfermedad y de la incidencia de las complicaciones crónicas secundarias, la gestión del riesgo y la administración adecuada de los recursos asignados a las EPS-S. (18,19,20).

## 7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En el cuadro siguiente se presentan las variables del estudio y su operacionalización

Variable	Operacionalización	Indicador
Adherencia	Test de Morinsky Levin	%
Factores socioeconómicos	Edad en años	Promedio-desviación estándar
	Nivel educativo	Grado superior de escolaridad
	Ingresos en pesos colombianos/mes	Promedios/escala de ingresos
Satisfacción con los servicios de salud	Información	%
	Oportunidad en la atención	%
	Acceso a medicamentos	%
Satisfacción con el personal de salud	Con el médico	%
	Con la enfermera	%
Conocimientos sobre la enfermedad	Conocimientos sobre tratamiento, control.	%
Factores de riesgo	Presencia de dislipidemia, obesidad, inactividad física, tabaquismo.	%
Antecedentes patológicos	Diabetes, hipotiroidismo, enfermedad pulmonar crónica.	%
Clasificación de riesgo	Bajo, medio y alto según registro en la historia clínica	%
Estadio de la hipertensión	1, 2, 3 óptimo, normal según registro en la historia clínica.	%

## 8. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

**8.1 Enfoque.** Se realizó un estudio de enfoque empírico-analítico de alcance explicativo.

**8.2 Tipo de estudio** El diseño del estudio fue transversal. Es un tipo de estudio en el cual se indaga simultáneamente la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio.

### 8.3. Población y muestra:

En primer lugar se precisaron los criterios de inclusión que debía tener la población de estudio. Pacientes con diagnóstico de hipertensión, inscritos en el programa de hipertensión arterial, con edades iguales o superiores a 45 años, de procedencia urbana, pertenecientes al régimen subsidiado, que asistieron mínimo a dos y máximo a los seis controles establecidos por el programa entre el 1 de junio de 2010 hasta el 1 junio de 2011.

La población de los usuarios fue de 1205 de los cuales 677 son de Viterbo y 528 de La Dorada.

Para ambas poblaciones se calculó, de manera independiente, el tamaño de la muestra. Se seleccionó una muestra aleatoria capaz de captar la proporción de adherencia con un error del 5% y una confianza del 95%. Para el cálculo del tamaño de muestra, se promediaron las proporciones de adherencia a tratamiento de HTA resultantes de diversos estudios en Colombia. El promedio resultante fue de 85,2%, el cual se aproximó por defecto a 85% para ajustar posibles errores de estimación. La muestra resultante por método aleatorio simple sin reposición.

Para calcular el tamaño de la muestra se usó la expresión:

$$n = K^2 * p * q * N$$

$$(e^2 * (N - 1) + K^2 * p * q)$$

**N:** Población: usuarios

**K:** Constante confianza, para este caso es del 95%

**e:** Probabilidad de error de 5%

**p:** 0.85

**q:** 0.15

**Muestra:** 152 usuarios de Viterbo y 143 de La Dorada.

El cálculo se realizó en Epi 7.

**8.4 Fuentes de información.** En estudio incluyó fuentes de información primaria.

Las fuentes de información primaria fueron los pacientes quienes a través de encuesta proporcionaron la información relacionada con la adherencia al programa, la percepción sobre el acceso a los servicios del programa, la atención brindada por los profesionales responsables del programa y los conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.

La fuente de información secundaria fue la historia clínica a partir de la cual se obtuvo la información sobre las siguientes variables: edad, sexo, etnia, exámenes paraclínicos, factores de riesgo, antecedentes patológicos y clasificación de riesgo.

### 8.5 Técnicas e Instrumentos

Como técnicas de información se utilizaron la observación directa e indirecta. La observación directa a través del test de Morisky-Green-Levine y la encuesta sobre las variables de satisfacción con los servicios de salud, con la atención por el personal de salud y conocimientos sobre la enfermedad.

La observación indirecta se realizó a través del registro de la información sobre factores de riesgo, antecedentes patológicos y clasificación de riesgo que se encontraba en la historia clínica.

En el siguiente cuadro se presentan los instrumentos utilizados para la obtención y registro de las variables del estudio.

Variables	Instrumento
Adherencia al programa de hipertensión arterial	Test de Morisky-Green-Levine (21,22) que incluye cuatro preguntas formuladas de manera dicotómica (falso o verdadero):  ¿Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión?  ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?  Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Y  Si alguna vez le cae mal el medicamento, ¿deja de tomarlo?  Se considerara que el paciente es adherente si contesta negativamente a las cuatro preguntas y no lo es si contesta afirmativamente al menos una de ellas.
Características demográficas y socioeconómicas-	Encuesta a través de la cual se indagó por los datos del

	usuario, nivel académico, actividad económica, ingresos.
Percepción del acceso a los servicios de salud y calidad de la atención brindada por el personal de salud.	Escala tipo Likert a través el usuario expresó su valoración, subjetiva, del acceso a los servicios de salud y la atención brindada por el personal de salud como: excelente, buena, aceptable, deficiente y mala.
Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.	Se incluyeron 5 preguntas de respuesta falso-verdadero sobre la enfermedad y el tratamiento.
Exámenes paraclínicos de control	Hoja de registro para de los siguientes exámenes: hemograma, glicemia basal, perfil lipídico, uroanálisis, creatinina sérica
Factores de riesgo, antecedentes patológicos, clasificación de riesgo y estadio de la hipertensión arterial.	Hoja de registro para factores de riesgo: dislipidemia, obesidad, inactividad física, tabaquismo  Hoja de registro para antecedentes patológicos: diabetes, hipotiroidismo, enfermedad pulmonar crónica.  Hoja de registro para la clasificación del riesgo: bajo, medio y alto.  Hoja de registro para le estadio de la hipertensión arterial: 1, 2, 3 óptimo, normal.

## 8.6 Procedimiento

Para la obtención de la información se presentó el proyecto al Comité de Ética de cada institución prestadora de los servicios (IPS) responsable del programa de hipertensión. Según la resolución 8430 de 1993 (23), la investigación no se incurre en daño al paciente y se garantiza la confidencialidad de la información y el uso académico de los resultados.

Obtenida la autorización por parte de la IPS se procedió a identificar en la base de datos los usuarios del programa que cumplían con los criterios de inclusión. Entre estos se realizó el cálculo del tamaño de la muestra. Se seleccionaron aleatoriamente y se contactaron para presentarles el proyecto y obtener su consentimiento informado.

Obtenido el consentimiento por parte de los usuarios se procedió a obtener la información a través de los instrumentos diseñados para ello.

## 8.7 Análisis de la información

Se aplicaron las operaciones de la estadística descriptiva para el análisis bivariado de la variable adherencia con las demás variables medidas en el estudio.

Para determinar la relación entre la adherencia y tales variables se aplicó el estadístico Chi cuadrado. Con el fin de determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento se calculó la razón de momios y el intervalo de

confianza para las variables que mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes.

La información fue analizada en el paquete estadístico SPSS (11.5)

## 9. RESULTADOS

Los resultados del estudio se presentan, inicialmente, por municipios. Posteriormente se presentara una breve comparación entre los resultados de los dos municipios.

### 9.1 Adherencia al Programa de Hipertensión Arterial en una IPS del municipio de Dorada.

La tabla 1 muestra las características de la muestra incluida en el estudio. De 143 de La Dorada pacientes el 73% fueron mujeres, el 29% refieren no haber estudiado, el 76% carecen de ocupación y el 79% reporta ingresos entre 0 y \$ 199000 pesos colombianos.

Tabla 1. Distribución. Programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas

Distribución de 143 pacientes de un programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas			
Variable		N	%
Sexo	Masculino	39	27
	Femenino	104	73
Nivel educativo	Básica primaria	77	54
	Básica secundaria	23	16
	Técnico	1	1
	Ninguno	42	29
Ocupación	Ninguna	109	76
	Asalariado-Independiente	34	24
Ingresos	0 a 199.000,00	113	79
	Más de 200.000,00	30	21

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

La adherencia al Programa de HTA, de estos pacientes, asciende al 43,4% de los encuestados. Los adherentes tienen una edad media de 65,3 años y en los no adherentes de 63,2 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que adhieren al programa y quienes no lo hacen ( $p= 0,25$ ). Es mayor el promedio de edad en los pacientes no adherentes (tabla 2).

Tabla 2. Datos edad. Según adherencia al programa de hipertensión arterial.

Estadísticos de grupo				Prueba T		
	Adherencia	N	Media	Desviación típ.	T	Sig
Edad	SI	62	65,3225	9,7925	1,1443	0,2544
	No	81	63,2716	11,2116	1,1651	0,2459

Fuente: Historia Clínica

Respecto a las variables socioeconómicas, como saber leer y escribir, nivel de escolaridad, nivel educativo alcanzado y ocupación no se observaron diferencias entre los pacientes adherentes y no adherentes ( $p \leq 0,05$ ). Los ingresos mensuales de los encuestados tampoco presentaron diferencias entre los dos grupos de pacientes. Estos resultados se observan en la tabla 3.

Tabla 3. Variables socioeconómicas según adherencia al programa de hipertensión arterial.

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
Sexo	Masculino	20 32,3%	19 23,5%	0,16
	Femenino	42 67,7%	62 76,5%	
Caracterización de la etnia	Negro	2 3,20%	0 0,00%	0,18
	Mestizo	60 96,80%	81 100,00%	
	Blanco	0 0,00%	0 0,00%	
Sabe leer y escribir	Si	42 67,70%	61 75,30%	0,20
	No	20 32,30%	20 24,70%	
Nivel educativo mas alto alcanzado	Ninguno	20	22	

		32,30%	27,20%	
	Básica primaria (1o - 5o)	32 51,60%	45 55,60%	0,75
	Básica secundaria y media(6o - 13o)	10 6,10%	13 16,00%	
	Técnico	0 0,00%	1 1,20	
<b>Ocupación</b>	Independiente	8 12,90%	15 18,50%	
	Asalariado	5 8.10%	6 7,40%	0,66
	Ninguno	49 79,00%	60 74,10%	
<b>Ingresos Mensuales</b>	\$0 - \$199.000	50 80,60%	63 77,80%	
	\$200.000 Y MAS..	12 19,40%	18 22,20%	0,41

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

En cuanto a los factores de la satisfacción de los pacientes con el servicio relacionados con la adherencia, (Tabla 4) se observó que la mayoría de los encuestados, adherentes y no adherentes, consideran que la información recibida sobre el programa de HTA, la oportunidad en la asignación de citas, los horarios en la atención y los tramites en la entrega de medicamentos es excelente-buena oscilando entre 82% a 93 % , sin diferencias estadísticamente significativas. Se observaron diferencias respecto a la satisfacción con entrega de medicamentos ( $p \leq 0,05$ ) siendo esta menor en los adherentes, Así mismo se presento aceptable oscilando 88,7% a 74,1% en la oportunidad de los exámenes de laboratorio, disponibilidad de la atención respecto al lugar de residencia y los tramites para obtener la cita sin diferencias significativas.

Tabla 4. Satisfacción de los pacientes según la adherencia al programa de hipertensión arterial.

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
Información recibida sobre el programa de HTA en la IPS	EXCELENTE- BUENA	50 80,6%	64 79,0%	0,49
	ACEPTABLE	0 0,0%	17 21,0%	
	DEFICIENTE	12 19,4%	0 0,0%	
Oportunidad en la asignación de citas	EXCELENTE- BUENA	54 87,1%	67 82,7%	0,31
	ACEPTABLE	0 0,0%	0 0,0%	
	DEFICIENTE	8 12,9%	14 17,3%	
La oportunidad en los exámenes laboratorio	EXCELENTE- BUENA	2 3,2%	6 7,5%	0,13
	ACEPTABLE	55 88,7%	62 76,5%	
	DEFICIENTE	5 8,1%	13 16,0%	
La disponibilidad de la atención respecto al lugar de residencia	EXCELENTE- BUENA	2 3,2%	3 3,75%	0,39
	ACEPTABLE	51 82,3%	59 72,8%	
	DEFICIENTE	9 14,5%	19 23,5%	
Los trámites necesarios para obtener	EXCELENTE- BUENA	2 3,2%	10 12,3%	0,12

las citas.	ACEPTABLE	55 85,5%	60 74,1%	
	DEFICIENTE	7 11,3%	11 13,6%	
Los horarios atención según las necesidades de los pacientes	EXCELENTE- BUENA	60 96,8%	70 86,5%	0,09
	ACEPTABLE	0 0,0%	1 1,2%	
	DEFICIENTE	2 3,2%	10 12,3%	
Los trámites que realizó para obtener los medicamentos	EXCELENTE- BUENA	61 98,4%	77 95,1%	0,27
	ACEPTABLE	1 1,6%	4 4,9%	
	DEFICIENTE	0 0,0%	0 0,0%	
Calificación de los pacientes sobre la entrega de medicamentos.	EXCELENTE- BUENA	62 100,0%	76 93,8%	0,05
	ACEPTABLE	0 0,0%	5 6,2%	
	DEFICIENTE	0 0,0%	0 0,0%	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

La mayor proporción de pacientes tiene una buena percepción del desempeño del personal de salud que maneja el programa hipertensión arterial. Del 84% al 98,4% de los pacientes adherentes como no adherentes consideran las actividades realizadas por el médico y enfermera de excelente-buenas a aceptable. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes (Tabla 5).

Tabla 5. Percepción sobre el personal de salud que maneja el programa de HTA, según adherencia

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
El médico da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	EXCELENTE-BUENA	61 98,4%	74 91,4%	0,07
	ACEPTABLE	0 0,00%	7 8,6%	
	DEFICIENTE	1 1,6%	0 0,00%	
El médico lo trata de una manera amistosa y atenta	EXCELENTE-BUENA	3 4,8%	8 9,8%	0,64
	ACEPTABLE	59 95,2%	68 84,0%	
	DEFICIENTE	0 0,00%	5 6,2%	
El médico toma decisiones adecuadas sobre el control de la P.A	EXCELENTE-BUENA	3 4,8%	81 100,00%	0,25
	ACEPTABLE	58 93,6%	69 85,2%	
	DEFICIENTE	1 1,6%	5 6,2%	
La enfermera da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	EXCELENTE-BUENA	3 4,8%	71 87,7%	0,49
	ACEPTABLE	58 93,6%	7 8,60%	
	DEFICIENTE	1 1,6%	3 3,7%	
La enfermera lo trata de una manera amistosa y atenta	EXCELENTE-BUENA	3 4,8%	7 8,6%	0,36
	ACEPTABLE	58	70	

		93,6%	86,5%	
	DEFICIENTE	1 1,6%	4 4,9%	
La enfermera toma decisiones adecuadas sobre el control de la P.A	EXCELENTE-BUENA	3 4,8%	7 8,6%	0,35
	ACEPTABLE	57 91,9%	68 84,0%	
	DEFICIENTE	2 3,3%	6 7,4%	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

Respecto a los conocimientos sobre la enfermedad (Tabla 6) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes en: "La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación" siendo mayor la proporción de pacientes no adherentes que consideran verdadera esta afirmación ( $p \leq 0,05$ ). Igualmente creer que en la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas" ( $p \leq 0,03$ ) fue mayor en los no adherentes.

La realización oportuna de los exámenes de laboratorio es uno de los indicadores que revela si el paciente es adherente o no. Se destaca una mayor proporción de exámenes incompletos en el grupo de no adherentes sin diferencias estadísticamente significativas al ser comparados con los adherentes ( $p=0,56$ ).

Tabla 6. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia

Variable		Adherencia al tratamiento		p
		SI	NO	
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación	VERDADERO	62 100,0%	76 93,8%	0,05
	FALSO	0 0,0%	5 6,2%	
En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras		VERDADERO	59 68	

de tensión son elevadas		95,2%	84,0%	0,03
	FALSO	3 4,8%	13 16,0%	
En la hipertensión, sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso	VERDADERO	9 14,5%	19 23,5%	0,13
	FALSO	53 85,5%	62 76,5%	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	SI	57 91,9%	72 88,9%	0,37
	NO	5 8,1%	9 11,1%	
Exámenes de laboratorio completos	SI	29 46,8%	38 46,9%	0,56
	NO	33 52,2%	43 53,1%	

Fuente: Historia clínica

La tabla 7 muestra los factores de riesgo, los antecedentes patológicos, la clasificación según riesgo y el estadio de la HTA. El comportamiento de la adherencia al programa según esas variables se presenta en la tabla 6. El 28,7% de los adherentes y el 35% de los no adherentes presentan más de un factor de riesgo. El factor de riesgo más frecuente es inactividad física seguida de la dislipidemia combinada con obesidad, inactividad física y tabaquismo en ambos grupos de pacientes.

En cuanto a los antecedentes patológicos se observa que los más frecuentes fueron la combinación de HTA con otras patologías con proporciones muy similares en ambos grupos, 16,1% en adherentes y 19,6% en no adherentes. Las combinaciones más frecuentes corresponden a la HTA con dislipidemia, Diabetes mellitus, EPOC e hipotiroidismo.

Frente a la clasificación del riesgo llama la atención que tanto los pacientes adherentes (27,3%, 12,6%) como no adherentes (30,8%, 20,3%) presentan riesgo bajo y medio. En ambos grupos se observa, además, pacientes con riesgo alto siendo mayor esta proporción entre los no adherentes (5,6%). No obstante no se identificó diferencia estadísticamente significativa con el grupo de los adherentes.

Respecto al estadio de la HTA, una mayor proporción de pacientes se encontraron con estadio de la HTA óptimo sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 7. Factores de riesgo, antecedentes patológicos, riesgo y estadio de HTA según la adherencia al programa de hipertensión arteria

Variable		Adherencia al tratamiento		p
		SI	NO	
Factores de riesgo	Dislipidemia	14 (9,8%)	14 (9,8%)	0,28
	Obesidad	6 (4,2%)	6 (4,2%)	
	Inactividad física	41 (28,7%)	50 (35,0%)	
	Tabaquismo	0 (0,0%)	4 (2,8%)	
	Dislipidemia- Obesidad	0 (0,0%)	4 (2,8%)	
	Dislipidemia- Tabaquismo	1 (0,7%)	1 (0,7%)	
	Dislipidemia- Obesidad-Tabaquismo	0 (0,0%)	1 (0,7%)	
	Tabaquismo y alcoholismo	0 (0,0%)	1 (0,7%)	
Antecedentes patológicos	HTA	23 (16,1%)	28 (19,6%)	
	DM	14 (9,8%)	17 (11,9%)	

	EPOC	0 (0,0%)	1 (0,7%)	,50
	DISLIPIDEMIA	11 (7,7%)	13 (9,1%)	
	HIPOTIROIDISMO	0 (0,0%)	1 (0,6%)	
	OTROS	6 (4,2%)	14 (9,8%)	
	HTA-DISLIPIDEMIA	0 (0,0%)	2 (1,4%)	
	DISLIPIDEMIA- OTROS	1 (0,7%)	2 (1,4%)	
	DM –DISLIPIDEMIA	3 (2,1%)	2 (1,4%)	
	DM – OTROS	3 (2,1%)	0 (0,0%)	
	EPOC- OTROS	1 (0,7%)	1 (0,7%)	
Clasificación de riesgo	RIESGO BAJO	39 (27,3%)	44 (30,8%)	,58
	RIESGO MEDIO	18 (12,6%)	29 (20,3%)	
	RIESGO ALTO	5 (3,5%)	8 (5,6%)	
Estadío de la HTA	ESTADIO 1 140-159/90-99	8 (5,6%)	15 (10,5%)	
	ESTADIO 2 160-179/100-109	3	8	

		(2,1%)	(5,6%)	
	ESTADIO 3 $\geq$ 180/110	1 (0,7%)	1 (0,7%)	,67
	OPTIMA $\geq$ 120/80	41 (28,7%)	44 (30,8%)	
	NORMAL $\geq$ 130/85	9 (6,3%)	13 (9,1%)	

Fuente: Historia clínica.

## 9.2 Adherencia al Programa de Hipertensión Arterial en una IPS del municipio de Viterbo.

La tabla 8, muestra las características de la muestra incluida en el estudio.

De 152 pacientes el 79% fueron mujeres, el 84% refieren no haber estudiado, el 84% carecen de ocupación y el 76% reporta ingresos entre 0 y \$ 199000 pesos colombianos.

Tabla 8. Distribución de de 152 pacientes de un programa de Hipertensión Arterial según variables sociodemográficas y económicas.

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Masculino	32	21
	Femenino	120	79
Nivel educativo	Básica primaria	84	55
	Básica secundaria	18	12
	Ninguno	50	33
Ocupación	Ninguna	128	84
	Asalariado-Independiente	24	16
Ingresos	0 a 199.000,00	116	76
	Más de 200.000,00	36	24

Fuente: Encuesta

La adherencia al Programa de HTA, de estos pacientes, asciende al 46,7% de los encuestados.

Los adherentes tienen una edad media de 63,1 años y en los no adherentes de 67,1 años. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que adhieren al programa y quienes no lo hacen ( $p=0,035$ ). Es mayor el promedio de edad en los pacientes no adherentes (tabla 9).

Tabla 9. Datos edad. Según adherencia al programa de hipertensión arterial.

Estadísticos de grupo					Prueba T	
	Adherencia	N	Media	Desviación típ.	T	Sig
Edad	SI	71	63,1408	11,933	-2,122	0,0354
	No	81	67,0864	10,975		

Fuente: Historia Clínica

Respecto a las variables socioeconómicas, como saber leer y escribir, nivel de escolaridad, nivel educativo alcanzado y ocupación no se observaron diferencias entre los pacientes adherentes y no adherentes ( $p > 0,05$ ). Los ingresos mensuales de los encuestados tampoco presentaron diferencias entre los dos grupos de pacientes. Estos resultados se observan en la tabla 10.

Tabla 10. Variables socioeconómicas según adherencia al programa de hipertensión arterial.

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
Sexo	Masculino	17 23,9%	15 18,5%	0,41
	Femenino	54 76,1%	66 81,5%	
Caracterización de la etnia	Negro	1 1,40%	2 2,50%	0,36
	Mestizo	70 98,60%	77 95,00%	
	Blanco	0 0,00%	2 2,50%	
Sabe leer y escribir	Si	61 85,90%	68 84,00%	0,74
	No	10 14,10%	13 16,00%	
Nivel educativo mas alto alcanzado	Ninguno	26	24	

alcanzado		36,60%	29,70%	0,19
	Básica primaria (1o - 5o)	34 47,90%	50 61,70%	
	Básica secundaria y media(6o - 13o)	11 15,50%	7 8,60%	
Ocupación	Independiente	12 16,90%	10 12,30%	0,31
	Asalariado	0	2 2,50%	
	Ninguno	59 83,10%	69 85,20%	
Ingresos Mensuales	\$0 - \$199.000	57 80,30%	59 72,80%	0,18
	\$200.000 Y MAS..	14 19,70%	22 27,20%	

Fuente: Encuesta

En cuanto a los factores de la satisfacción de los pacientes con el servicio relacionados con la adherencia, (Tabla 11) se observó que la mayoría de los encuestados, adherentes y no adherentes, consideran que la información recibida sobre el programa de HTA, la oportunidad en la asignación de citas, exámenes de laboratorio, la disponibilidad del lugar y los tramites para obtener citas fue excelente-buena. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los servicios y la adherencia.

Tabla 11. Satisfacción de los pacientes según la adherencia al programa de hipertensión arterial.

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
Información recibida sobre el programa de HTA en la IPS	EXCELENTE- BUENA	68 95,8%	79 97,5%	0,44
	ACEPTABLE	3 4,2%	2 2,5%	
Oportunidad en la asignación de citas	EXCELENTE- BUENA	56	71	

		78,9%	87,7%	0,31
	ACEPTABLE	13 18,3%	9 11,1%	
	DEFICIENTE-PESIMO	2 2,8%	1 1,2%	
<b>La oportunidad en los exámenes laboratorio</b>	EXCELENTE- BUENA	71 100,0%	80 98,8%	0.533
	ACEPTABLE	0%	1 1,2%	
<b>La disponibilidad de la atención respecto al lugar de residencia</b>	EXCELENTE- BUENA	69 97,2%	79 97,5%	0.639
	ACEPTABLE	2 2,8%	2 2,5%	
<b>Los trámites necesarios para obtener las citas.</b>	EXCELENTE- BUENA	70 98,6%	80 98,8%	0,71
	ACEPTABLE	1 1,4%	1 1,2%	
<b>Los horarios atención según las necesidades de los pacientes</b>	EXCELENTE- BUENA	60 84,5%	68 84,0%	0,71
	ACEPTABLE	11 15,5%	13 16,0%	
<b>Los trámites que realizó para obtener los medicamentos</b>	EXCELENTE- BUENA	60 84,5%	67 82,7%	0,47
	ACEPTABLE	11 15,5%	14 17,3%	
<b>Calificación de los pacientes sobre la entrega de medicamentos.</b>	EXCELENTE- BUENA	71 100,0%	80 98,8%	0,28
	ACEPTABLE	0%	1 1,2%	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

La mayor proporción de pacientes tiene una buena percepción del desempeño del personal de salud que maneja el programa hipertensión arterial. El 100% de los pacientes adherentes como no adherentes consideran las actividades realizadas por el médico como excelentes o buenas. En cuanto a los conceptos de la enfermera no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y no adherentes (Tabla 12).

Tabla 12. Percepción acerca sobre el personal de salud que maneja el programa de HTA, según adherencia

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
El médico da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	EXCELENTE-BUENA	71 100,00%	81 100,00%	NA
El médico lo trata de una manera amistosa y atenta	EXCELENTE-BUENA	71 100,00%	81 100,00%	NA
El médico toma decisiones adecuadas sobre el control de la P.A	EXCELENTE-BUENA	71 100,00%	81 100,00%	NA
La enfermera da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	EXCELENTE-BUENA	69 97,20%	74 91,40%	0,11
	DEFICIENTE	2 2,80%	7 8,60%	
La enfermera lo trata de una manera amistosa y atenta	EXCELENTE-BUENA	69 97,20%	74 91,40%	0,11
	DEFICIENTE	2 2,80%	7 8,60%	
La enfermera toma decisiones adecuadas sobre el control de la P.A	EXCELENTE-BUENA	69 97,20%	71 87,70%	0,08
	ACEPTABLE	0 0,00%	2 2,40%	
	DEFICIENTE	2 2,80%	8 9,90%	

Fuente: Encuesta realizada a los pacientes

Respecto a los conocimientos sobre la enfermedad (Tabla 13), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes

en: La hipertensión los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas” siendo mayor la proporción de pacientes no adherentes que consideran verdadera esta afirmación ( $p \leq 0,02$ ). Igualmente creer que en la hipertensión, solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso ( $p \leq 0,01$ ) fue mayor en los no adherentes. En cuanto al cumplimiento de las indicaciones relacionadas con la dieta el 66.2% de los adherentes la cumplen, frente al 51,9% de los no adherentes que no cumple ( $p \leq 0,03$ ).

La realización oportuna de los exámenes de laboratorio es uno de los indicadores que revela si el paciente es adherente o no. Se destaca una mayor proporción de exámenes incompletos en el grupo de no adherentes con diferencias estadísticamente significativas al ser comparados con los adherentes ( $p=0,01$ ).

Tabla 13. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia

Variable		Adherencia al tratamiento		p
		SI	NO	
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación	VERDADERO	71 100,0%	81 100,0%	NA
	FALSO	0	0	
En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas	VERDADERO	4 5,6%	15 18,5%	0,02
	FALSO	67 94,4%	66 81,5%	
En la hipertensión, sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso	VERDADERO	6 8,5%	19 23,5%	0,01
	FALSO	65 91,5%	62 76,5%	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	SI	47 66,2%	39 48,1%	0,03
	NO	24 33,8%	42 51,9%	
Exámenes de laboratorio completos	SI	65 91,5%	62 76,5%	0,01
	NO	6	19	

		8,5%	23,5%	
--	--	------	-------	--

Fuente: Historia clínica

La tabla 14 muestra los factores de riesgo, los antecedentes patológicos, la clasificación según riesgo y el estadio de la HTA. El comportamiento de la adherencia al programa según esas variables se presenta en la tabla 6. El 78,8% de los adherentes y el 79% de los no adherentes presentan más de un factor de riesgo. El factor de riesgo más frecuente es la dislipidemia combinada con obesidad, inactividad física y tabaquismo en ambos grupos de pacientes.

En cuanto a los antecedentes patológicos se observa que los más frecuentes fueron la combinación de HTA con otras patologías con proporciones muy similares en ambos grupos, 70,4% en adherentes y 67,9% en no adherentes. Las combinaciones más frecuentes corresponden a la HTA con dislipidemia, Diabetes mellitus, EPOC e hipotiroidismo.

Frente a la clasificación del riesgo llama la atención que tanto los pacientes adherentes (48%, 38,0%) como no adherentes (38,3%, 43,2%) presentan riesgo medio y alto. En ambos grupos se observa, además, pacientes con riesgo alto siendo mayor esta proporción entre los no adherentes (43,2%). No obstante no se identificó diferencia estadísticamente significativa con el grupo de los adherentes.

Respecto al estadio de la HTA, una mayor proporción de pacientes se encontraron con estadio de la HTA óptimo sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 14. Factores de riesgo, antecedentes patológicos, riesgo y estadio de HTA según la adherencia al programa de hipertensión arterial

Variable		Adherencia al tratamiento		p
		SI	NO	
Factores de riesgo	Dislipidemia	7 (9,90%)	8 (9,90%)	
	Obesidad	1 (1,40%)	2 (2,50%)	
	Inactividad física	5 (7,0%)	6 (7,40%)	
	Alcoholismo	1	0 (0%)	

		(1,40%)		
	Consumo de grasa no polinsaturada en exceso	1 (1,40%)	1 (1,20%)	
	Dislipidemia – Obesidad	12 (16,90%)	11 (13,60%)	
	Dislipidemia –Inactividad física	8 (11,30%)	14 (17,30%)	
	Dislipidemia – tabaquismo	0 (0%)	2 (2,50%)	
	Dislipidemia- Obesidad-Inactividad física- Tabaquismo	30 (42,2%)	27 (33,3%)	
	Obesidad-Inactividad física y otros	6 (8,50%)	6 (7,40%)	
	Inactividad física- Tabaquismo y otros	0	4 (4,90)	
Antecedentes patológicos	HTA	7 (8,40%)	7 (8,60%)	0,61
	HTA-DM	4 (5,40%)	2 (2,70%)	
	HTA-EPOC	1(2,40%)	0	
	HTA-DISLIPIDEMIA	13 (18,50%)	10 (12,30%)	
	HTA-OTROS	9 (12,80%)	17 (20,80%)	
	HTA-DM-EPOC-DISLIPIDEMIA	17 (24,0%)	21 (25,90%)	
	HTA-HIPOTIROIDISMO-DISLIPIDEMIA	20 (28,50%)	24 (29,60%)	
Clasificación de riesgo	RIESGO BAJO	5 7,0%	4 4,9%	<b>0,41</b>
	RIESGO MEDIO	34 48%	31 38,3%	
	RIESGO ALTO	27 38,0%	35 43,2%	
	RIESGO MUY ALTO	5	11	

		7,0%	13,6%	
Estadio de la HTA	ESTADIO 1 140-159/90-99	1 1,4%	3 3,7%	0,23
	ESTADIO 2 160-179/100-109	0%	2 2,5%	
	OPTIMA 120/80	67 94,4%	67 82,7%	
	NORMAL 130/85	3 4,2%	8 9,9%	

Fuente: Historia clínica.

### 9.3 Factores relacionados con la adherencia a dos programas de control de la Hipertensión arterial en dos municipios del departamento de Caldas.

A continuación se presentan las características demográficas y socioeconómicas de los pacientes de los pacientes de dos programas de control de la hipertensión arterial.

#### 9.3.1 Características demográficas y socioeconómicas de los usuarios de un programa de hipertensión arterial en dos municipios del departamento de Caldas.

La distribución de los usuarios de los programas de Viterbo y Dorada se observan en la tabla 15. La distribución es similar en ambos grupos.

Tabla 15. Distribución de los usuarios de dos programas de control de hipertensión arterial según variables demográficas y socioeconómicas.

Variable	Categorías	Viterbo	Dorada	Total	%
Sexo	Masculino	32	39	71	24.1
	Femenino	120	104	224	75.9
Nivel educativo	Básica primaria	84	77	161	54.6
	Básica secundaria	18	23	41	13.9
	Técnico	0	1	1	0.3
	Ninguno	50	42	92	31.2
Ocupación	Ninguna	128	109	237	80.3
	Asalariado-Independiente	24	34	58	19.7

<b>Ingresos</b>	0 a 199.000,00	116	113	229	77.6
	Más de 200.000,00	36	30	66	22.4

La adherencia observada fue de 46,6% en Viterbo y de 43,4% en la Dorada.

Se presentan a continuación las variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre adherentes en cada municipio. Tal es el caso de la edad.

En la tabla 16 se puede observar, que en Viterbo, el promedio de edad de los usuarios es mayor en los pacientes no adherentes, siendo significativa esta diferencia con relación a la adherencia al programa. No ocurre lo mismo en el programa del municipio de la Dorada.

Tabla 16. Edad promedio de los usuarios de un programa de hipertensión arterial en dos municipios de Colombia.

Estadísticos de grupo				Prueba T		
Municipio	Adherencia	N	Media	Desviación típ.	T	Sig
Edad Viterbo	SI	71	63,1408	11,933	-2,122	0,0354
	No	81	67,0864	10,975		
Edad La Dorada	SI	62	65,3225	9,7925	1,1443	0,2544
	No	81	63,2716	11,2116	1,1651	0,2459

Respecto a la satisfacción con el acceso a los servicios de salud se observaron diferencias en dicha percepción en los pacientes del municipio de Viterbo respecto a la entrega de los medicamentos por parte de la IPS. Dicha satisfacción fue menor en los no adherentes con diferencias estadísticamente significativas.

En ambos municipios se observa que los conocimientos sobre la enfermedad tienen relación con la adherencia al programa. La tabla 17 muestra los resultados obtenidos en cada municipio.

Tabla 17. Conocimientos sobre la enfermedad y el programa HTA según adherencia

Variable		Adherencia al tratamiento		P
		SI	NO	
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación (Viterbo)	VERDADERO	71 100,0%	81 100,0%	NA
	FALSO	0	0	
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y	VERDADERO	62	76	0,05

medicación (La Dorada)		100,0%	93,8%	
	FALSO	0 0,0%	5 6,2%	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta (Viterbo)	VERDADERO	47 66,2%	39 48,1%	0,03
	FALSO	24 33,8%	42 51,9%	
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta (La Dorada)	VERDADERO	57 91,9%	72 88,9%	0,37
	FALSO	5 8,1%	9 11,1%	
En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (Viterbo)	VERDADERO	4 5,6%	15 18,5%	0,02
	FALSO	67 94,4%	66 81,5%	
En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (La Dorada)	VERDADERO	59 95,2%	68 84,0%	0,03
	FALSO	33 52,2%	43 53,1%	
En la hipertensión, sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso (Viterbo)	VERDADERO	6 8,5%	19 23,5%	0,01
	FALSO	65 91,5%	62 76,5%	
En la hipertensión, sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso (La Dorada)	VERDADERO	9 14,5%	19 23,5%	0,13
	FALSO	53 85,5%	62 76,5%	

Con el fin de establecer el riesgo que representan los conocimientos sobre la adherencia al programa de hipertensión, en los dos municipios, se calculó la

razón de momios y el intervalo de confianza para cada conocimiento en el que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios adherentes y no adherentes. Los resultados se observan en la tabla 18.

Los resultados difieren según municipios.

Los pacientes del Dorada, adherentes y no adherentes están de acuerdo en que la hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación. Sin embargo considerar que en esta condición los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas es un factor protector, es decir, en los adherentes (RM 0,263; IC =,08-0,83). No así la relevancia que se le da al tratamiento medicamentoso que se constituye en un factor de riesgo para los no adherentes (RM 3,8; IC 1,9-6,5).

Para el caso de La Dorada los conocimientos que se constituyen en riesgo para la no adherir al programa son el que la hipertensión pueda controlarse con dieta, ejercicios y medicación (RM 1,8; IC 1,56-2,11) que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas (RM 3,8; IC 1,02-13,83). Es un factor que favorece la adherencia el considerar que en la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso.

Tabla 18. Razón de momios e intervalo de confianza para los conocimientos sobre la hipertensión arterial según adherencia a los programas según municipio.

Conocimientos	Viterbo	La Dorada
	RM IC 95%	RM e IC 95%
La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación		1,8; IC 1,56 -2,11 P=0,05
En la hipertensión los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas	0,263 IC 0,08-0,83 P= 0,01	3,8; IC 1,02 -13,83 P=0,03
En la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso	3,5; IC 1,9-6,5 P= 0,01	0,55; IC 0,231 - 1,328 P=0,13

## 10. DISCUSIÓN

En los municipios objeto de estudio se encontró una adherencia en los pacientes estudiados del 43,3% para La Dorada y 46,7% en Viterbo; datos que concuerdan con los promedios mundiales reportados sobre la falta de adherencia (6). La OPS (24) y estudios realizados en Latinoamérica muestran que la adherencia en hipertensión arterial oscila entre 37 y 52% (11).

Van Dulmen (2006), considera que el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial. Debido a su alarmante magnitud sigue siendo un reto para los profesionales de la salud y los científicos sociales, por lo que los esfuerzos por explicar y mejorar la adherencia han sido múltiples (4, 26).

Tanto en pacientes adherentes como no adherentes predomina el sexo femenino sin que se presenten diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Lo anterior contradice lo expresado por Mill y Diaz (27) quienes destacan que las mujeres, por los múltiples roles que desempeñan en la sociedad hacen caso omiso de su enfermedad y de las prácticas de autocuidado.

Según la edad, en Viterbo, la mayor edad se relaciona con una menor adherencia al programa ( $p= 0,03$ ), Sin embargo, Brannon en el 2002 (28) publicó que la edad y sexo son factores poco consistentes como predictores de la adherencia pues, ésta, se relaciona con otros factores.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto de la etnia en ninguno de los municipios dado el predominio en ambos grupos de usuarios de la etnia mestiza. Cabe mencionar que según la OMS 2004, la etnia, con frecuencia, constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una etnia particular viven en su país de origen o en otro sitio como inmigrantes.

Con relación a variables socioeconómicas se encontró, en todo el grupo de pacientes, adherentes y no adherentes, que compartían condiciones socioeconómicas como el desempleo, el nivel educativo y los bajos ingresos. Si bien estas variables no mostraron diferencias entre los grupos, probablemente la explicación esté dada por la pertenencia de todos a un régimen de seguridad social previsto para las personas que carecen de los recursos para acceder al sistema de salud.

Aunque, de acuerdo con la OMS (6), no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la

adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. En el caso del presente estudio no se pudo establecer si las diferencias socioeconómicas se relacionan con la adherencia por la homogeneidad de los pacientes inscritos en el programa de hipertensión.

Para la percepción del acceso al programa de hipertensión arterial se encontró que en proporciones muy similares tanto adherentes como no adherentes de ambos municipios consideran que los servicios prestados en la IPS, son excelentes y buenos. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Price y colaboradores 2003 (29), los cuales reportaron resultados similares en cuanto a la confianza que los pacientes tienen en los servicios y en los profesionales que los atienden, aspectos que resultan de gran valor en la adherencia. Igualmente la encuesta nacional de Salud 2007 muestra que en la consulta externa los pacientes con hipertensión arterial reciben atención médica, suministro de medicamentos y recomendaciones según su estado de salud. A pesar de la satisfacción con los servicios no se logró establecer relación entre ésta y la adherencia, excepto en la entrega de medicamentos en uno de los municipios.

Respecto a la opinión del paciente acerca de la claridad de las explicaciones del personal se encontró que más del 94,2% de los encuestados en ambos municipios consideraron que las explicaciones de personal de salud fueron suministradas en un lenguaje claro, entendible y sencillo y que estos los trataron de manera amistosa. Estos hallazgos fueron similares a lo encontrado por Contreras 2006 (30), en Colombia quien describió que un 95% expresó que recibió enseñanzas con palabras sencillas por parte del médico y las enfermeras y que un 94% consideró que el trato que reciben del personal de salud lo animan a volver a los controles. Según la OMS 2004 otros estudios han revelado que la atención de los pacientes por profesionales de enfermería especialmente adiestradas dio lugar a mayor adherencia. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción y la comunicación del paciente con el equipo de salud son variables que pueden contribuir con la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos (4).

Al igual que la satisfacción con los servicios de salud la percepción de la calidad de la atención por parte de los profesionales de la salud no permitió explicar las diferencias entre pacientes adherentes y no adherentes.

En cuanto al conocimiento del usuario sobre la enfermedad y el programa HTA se identificó que, los conocimientos, con variaciones entre municipios, son los únicos que explican en alguna medida la adherencia a los programas. Representan riesgo para la adherencia a los programas: creer que en la hipertensión solo es importante mantener el tratamiento medicamentoso, que los tratamientos solo se realizan si las cifras de tensión son elevadas y que la hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación.

En el grupo de pacientes no adherentes es evidente el desconocimiento de la importancia del tratamiento permanente de la condición de hipertensión ya que lo circunscriben a cuando se tiene la presión alta. A este respecto Martin A, afirma, que es aproximadamente dos veces más probable, que se incremente la no adherencia en las personas que no tienen conocimientos adecuados de su enfermedad que en aquellas que sí los tienen. Estos resultados muestran claramente que el conocimiento de la enfermedad contribuye a la percepción de su gravedad y resulta un aspecto fundamental para lograr la adherencia y el control de la misma. Según Matos L (31), se puede evidenciar que las creencias de los pacientes acerca del tratamiento deben ser evaluadas en conjunto con la educación brindada y los factores biológicos, culturales y familiares para lograr tener una buena adherencia al tratamiento y disminuir el abandono de los tratamientos medicamentosos.

El conocimiento acerca del control de la HTA con dieta, ejercicios y medicación revela conocimientos apropiados para el manejo de la enfermedad; no obstante, la relación con la adherencia es diferente en los municipios siendo este hecho un factor predisponente a no adherir al programa en uno de los municipios. Esto probablemente se relacione con las dificultades que se han documentado sobre las dificultades en el seguimiento del plan de comidas como lo han señalado Granados Gámez Genoveva y colaboradores en el año 2007. Estos resultados hacen pensar que para lograr una buena adherencia al tratamiento se debería llegar a un acuerdo entre el paciente y el personal de salud acerca de la forma para establecer el tratamiento, las medidas más adecuadas y el modo de llevarlo a cabo evaluadas en conjunto con la educación brindada y los factores biológicos, culturales y familiares.

Autores como Granados 2007 plantean que los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento, les permiten actuar de manera consciente, sobre bases claras y reales, teniendo en cuenta las principales características, efectos, riesgos y comportamientos adecuados para el manejo de la hipertensión.

Respecto de las variables relacionadas con los factores de riesgo, los antecedentes patológicos y el estadio de la hipertensión no se encontró relación entre los adherentes y no adherentes. Hay que señalar que una limitante del programa es no realizar seguimiento a estas variables lo cual restringe la valoración del alcance de los resultados que se pueden lograr a través de un programa de control de la hipertensión arterial.

La importancia de la adherencia en la obtención de resultados clínicos ha sido documentada por DiMatteo y colaboradores. En un meta-análisis de 63 estudios, plantearon que la adherencia al tratamiento, comparada con la no adherencia, reduce en 26% el riesgo de un resultado clínico pobre o nulo, y que la oportunidad de tener un buen resultado clínico, si el paciente es adherente, es casi tres veces la oportunidad que en pacientes no adherentes. Adicionalmente, estima que de 100 pacientes adherentes, 63 tendrán buenos

resultados clínicos y 37 resultados pobres o nulos, comparado con un 50/50 en los pacientes no adherentes (10).

El incremento en la proporción de resultados clínicos buenos en pacientes adherentes amerita el esfuerzo que debe ser realizado por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

## **11. CONCLUSIONES**

Se encontró una adherencia inferior al 50% en los pacientes estudiados en ambos municipios; dato que concuerda con los promedios mundiales de falta de adherencia. Sin embargo algunas conclusiones del estudio, respecto a los factores relacionados con la adherencia, derivan de las condiciones socioeconómicas de una población que es beneficiaria de los programas del estado. El hecho de que sean personas que no contribuyen económicamente al aseguramiento en salud, posiblemente, explique:

1. Que no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes adherentes y los no adherentes, según variables socioeconómicas.
2. Que la satisfacción con los servicios de salud y la buena percepción de la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud no explique la adherencia a los programas de hipertensión en los dos municipios.
3. Que las variables que muestran relación con la adherencia sean los conocimientos sobre la hipertensión y su manejo.

Se reveló insuficiencia en los programas en el seguimiento y control de los factores de riesgo y antecedentes patológicos o comorbilidades de los pacientes.

### **11.1 RECOMENDACIONES**

Los hallazgos muestran que, a nivel individual, los conocimientos sobre la enfermedad son factores que favorecen o no la adherencia terapéutica de las personas hipertensas. Lo anterior llama la atención sobre la pertinencia de abordar enfoques orientados al cambio comportamental basado en el conocimiento de aspectos relacionados con la evolución, el control y tratamiento de la enfermedad.

Este es uno de los factores que más se relaciona con los procesos de educación en salud (promoción de la salud) y en el que, al parecer, no hay evidencias sobre los enfoques a privilegiar.

La insuficiencia de los programas en el seguimiento a los pacientes respecto a la evolución de los factores de riesgo, estadio y comorbilidades requiere de un cambio de orientación en los programas de control de la hipertensión arterial centrados.

## 12. REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

1. Holguín, Lyda, Arrivillaga Quintero, Cáceres Delcy , Varela, María Teresa Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. 2006;5(3):535-548 [Consultado 2010 Mar 15 ] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C, nov. 2005; 23-78 [Consultado 2010 Mar 19 ] Disponible en:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo17047DocumentNo6114.pdf>
3. Aurelio Mejía Mejía, Evaluación económica de programas y servicios de salud. Geren. Polit. Salud, 2008; 7(15): 91-113. [Consultado 2010 Mar 16 ] Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-15/estudios-3.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud (2005). Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. [Consultado 2010 Mar 15 ] Disponible en: Word WideWeb: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)
5. Martín Alfonso Libertad, Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Escuela Nacional de Salud Pública, Rev. Cub Sal Púb. 2006; 32(3) [Consultado 2010 Mar 19 ] Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revista/spu/vol32\\_3\\_06/spul3306.htm](http://www.bvs.sld.cu/revista/spu/vol32_3_06/spul3306.htm)
6. Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. [Consultado 2010 Mar 16 ] Disponible Wide Web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
7. Seguimiento al sector salud en Colombia .Así vamos en salud.. Indicadores del estado de salud. Primeras causas de mortalidad Colombia 1980-2006 [Consultado 2010 Mar 15 ] Disponible en: <http://www.asivamosesalud.org/index.php>
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías y Normas 412- Tomo 2.p185-192. [Consultado 2010 Mar 25] Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/.../DocNewsNo16159DocumentNo4189>
9. Silva Germán Enrique, Galeano Esmeralda, Correa Jaime Orlando, Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Med Col, 2005; 30(4):268-273. [Consultado 2010 Mar 16] Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.js?Cve=163113820004>

10. DiMatteo, M. R. Giordani, P. J., Lepper, H. S. y Croghan, T. W. Adherencia de los pacientes y resultados de tratamiento médico: un meta-análisis. *Medical Care* 2002; Volume 40(Issue 9): pp 794-811. [Consultado 2011 Nov. 21] [http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2002/09000/Patient\\_Adherence\\_and\\_Medical\\_Treatment\\_Outcomes\\_.9.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2002/09000/Patient_Adherence_and_Medical_Treatment_Outcomes_.9.aspx)
11. Martín Alfonso Libertad, Adherencia al Tratamiento en hipertensos. [Tesis doctoral en Ciencias de la Salud]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública. 2009. [Consultado 2010 Mar 24 ] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento de tesis para rcsp libertadfinal.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf)
12. Sicras-Mainar A, Fernández-Bobadilla J, Rejas-Gutiérrez J, García-Vargas M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacient. *An Med Interna* 2006; 23(8), [Consultado 2010 Mar 17] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v23n8/original2.pdf>
13. Crespo tejero N, Rubio Franco V.J, Casado Morales MI, Factores Modulares de la adherencia farmacológica en Hipertensión Arterial: estudio exploratorio. *Rev. Hipertensión*. 2000; 17 (1): 4-8. [Consultado 2010 abr. 7] Disponible en: [http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta adherencia.pdf](http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/hta_adherencia.pdf)
14. Ante Marcela C, Cataldo O Hernan, Gonzales V. Carolina, Rivillo D. Marco, Vera P. Alfredo. Factores condicionantes de la baja adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial entre 20 y 64 años del CESFAM Buen Amigo de la comuna de San Felipe, durante el periodo Julio 2006 a Junio 2007, Universidad Austral de Chile. Modulo II: Gestión e Investigación de la salud Familiar y comunitaria. Mayo-Julio 2007. [Consultado 2010 abr. 13] Disponible en: <http://medicina.auch.cl/saludpublica/.../2/La%20Serena%202007/>
15. Granados Genoveva, Roales Nieto Jesús G. Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *Rev. International Journal of clinical and Health Psychology*. 2007; 7 (3): 697-707. [Consultado 2010 abr. 7 ] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/337703308.pdf>
16. El Gasto de Bolsillo en Salud en América Latina y el Caribe: Razones de Eficiencia para la Extensión de la Protección Social en Salud. Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS, México, 29/11 - 1/12/99. [Consultado 2010 Mar 17] Disponible en: <http://www.white.oit.org.pe/spaish/260ameri/oitreg/activid/segsoc/acervo/oit-s/textfinal2>
17. Alberto TCL. El Sistema de Salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud. In: de DbdddFdSdpdDdPdD, Valle IFdSdlUd, editors. Cali; 2011.

18. Ministerio de la Protección Social. Guías y Normas 412- Tomo 2.p185-192. [Consultado 2010 Mar 25] Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/.../DocNewsNo16159DocumentNo4189>

19. Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 395 de 2008. [Consultado 2010 Mar 25] Disponible en <http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/acuerdo%20395%20de%202008.pdf>

20. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 4003 de 2008. (21 de octubre). Diario Oficial No. 47.151 de 23 de octubre de 2008. [Consultado 2010 Mar 25] Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/resolucion%204003%20de%202008.pdf>

21. Salazar Na y col. Elaboración y Aplicación de un Instrumento para Determinar la Adhesión al Tratamiento y Factores Asociados en Pacientes con Presión Arterial Elevada. Escuela de Psicología Universidad Central de Venezuela. [Consultado 2010 Mar 19] [http://www.ucv.ve/uploads/media/Psicologia\\_2006\\_1\\_Completa.pdf](http://www.ucv.ve/uploads/media/Psicologia_2006_1_Completa.pdf)

22. Ben Angela Jornada NCR, Mengue Sotero Serrate. Teste-de Morisky-Green e Breve Cuestionario de Medicación párrafo Avaliar adesão a Medicamentos. Rev. Saúde Pública [serie en Internet]. 2012 Abr 2012;46 No 2([citado 2011,diciembre 27]):279-289.

23. Ministerio de Salud. Colombia.. Resolución número 8430 de 1993. [Consultado 2011 Oct 25] Disponible en: [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)

24. Organización Panamericana de Salud. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas. Colombia 2001. [consultado 2011 noviembre 21] <http://www.paho.org/spanish/sha/prflcol.htm>



## Anexo B. ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HTA

Número de encuesta..... Fecha: Día..... Mes ..... Año.....

Nombre de la IPS ..... Municipio .....

### 1. DATOS DEL USUARIO:

NOMBRES APELLIDOS:\_\_\_\_\_

No. IDENTIFICACION:\_\_\_\_\_

SEÑALE CON UNA X, SI O NO			
Sabe leer y escribir	SI	NO	

SEÑALE CON UNA X EL NIVEL ACADÉMICO MÁS ALTO ALCANZADO:			
Básica Primaria....		Básica Secundaria y media (6 a 13).....	
Técnico.....		Tecnólogo.....	
Universitaria (sin título).....		Postgrado (título)....	
Ninguno			

SEÑALE CON UNA X LA ACTIVIDAD QUE REALIZA:			
Trabajador Independiente		Trabajador Asalariado	
Ninguno		Ingresos \$	

CALIFIQUE DE 1 A 5 LA PERCEPCION DEL SERVICIO Y ACCESIBILIDAD AL PROGAMA DE HTA: (1) EXCELENTE; (2) BUENO; (3) ACEPTABLE; (4) DEFICIENTE; (5) PESIMO; (n) NO SABE								
PREGUNTAS	RESPUESTAS						OBSERVACIONES DADAS POR EL ENCUESTADO	
	1	2	3	4	5	n		
<b>2. PERCEPCION DEL SERVICIO Y ACCESIBILIDAD</b>								
2.1 La información que le da la IPS, respecto al programa de HTA	1	2	3	4	5	n		
2.2 La oportunidad para la asignación de citas	1	2	3	4	5	n		
2.3. La oportunidad para las citas de exámenes: laboratorio, otros	1	2	3	4	5	n		
2.4 La disponibilidad de la atención respecto a su lugar de residencia es:	1	2	3	4	5	n		
2.5 Los trámites que debe realizar para obtener una cita de control del programa de HTA son:	1	2	3	4	5	n		
2.6 Los horarios de atención según sus necesidades son:	1	2	3	4	5	n		

2.7 Los trámites que debe realizar para la entrega de medicamentos son:	1	2	3	4	5	n	
2.8 La entrega de los medicamentos (se los entregaron todos, algunos etc.)	1	2	3	4	5	n	
CALIFIQUE DE 1 A 5 LA PERCEPCION QUE TIENE DEL PERSONAL DE SALUD QUE MANEJA EL PROGRAMA DE HTA (1) EXCELENTE; (2) BUENO; (3) ACEPTABLE; (4) DEFICIENTE; (5) PESIMO; (n) NO SABE							
<b>PREGUNTAS</b>							<b>OBSERVACIONES DADAS POR EL ENCUESTADO</b>
<b>3. PERSONAL DE SALUD</b>							
3.1 El médico da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	1	2	3	4	5	n	
3.2 El médico me trata de una manera amistosa y atenta	1	2	3	4	5	n	
3.3 El médico toma decisiones adecuadas sobre el control de mi P.A	1	2	3	4	5	n	
3.4 La enfermera da las explicaciones en un lenguaje claro, entendible y sencillo	1	2	3	4	5	n	
3.5 La enfermera me trata de una manera amistosa y atenta	1	2	3	4	5	n	
3.6 La enfermera toma decisiones adecuadas sobre el control de mi P.A	1	2	3	4	5	n	

<b>4. SEGÚN SUS CONOCIMIENTOS SOBRE LA HTA Y EL PROGRAMA CONTESTE MARCANDO CON UNA X LO QUE CONSIDERE VERDADERO(1) FALSO(2)</b>							
4.1 La hipertensión es una enfermedad que se padece toda la vida con cualquier tipo de tratamiento.							
4.2 La hipertensión puede controlarse con dieta, ejercicios y medicación							
4.3 En la hipertensión, los tratamientos sólo se realizan si las cifras de tensión son elevadas							
4.4 En la hipertensión sólo es importante mantener el tratamiento medicamentoso							
CALIFIQUE DE 1 A 2 EL GRADO DE CONOCIMIENTO 1 (SI) 2( NO)							
<b>PREGUNTAS</b>	1	2					
<b>5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE HTA</b>							
5.1 Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta?	1	2					
5.2 Se le ha olvidado tomar alguna vez los medicamentos para su Hipertensión?	1	2					
5.3 Es descuidado en la hora que debe tomar la medicación?	1	2					
5.4 Cuando se siente bien ¿deja de tomar la medicación?	1	2					
5.5 Si alguna vez le cae mal el medicamento, deja de tomarlo?	1	2					

## Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, .....(nombre completo), Cédula de identidad N°....., de ....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en La Dorada, autorizo a LILIANA CHAVARRO OLARTE, investigadores responsable del proyecto y/o a quienes este designe como sus colaboradores directos, para realizar una entrevista requerida por el proyecto de investigación descrito en la página precedente, consistente en la/ las siguiente/s acción/es:

- ② Encuesta en la cual se realiza una serie de preguntas referente a estado de salud, conocimiento de la enfermedad, estado económico y satisfacción en el programa de HTA.

Declaro que he sido informado/a en forma previa a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente, sobre las eventuales molestias, incomodidades que no tiene un costo económico que yo deba asumir.

Declaro, además, que he recibido una detallada explicación sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Declaro estar en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, por lo que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Puedo contactarme con el Comité de Bioética, a través de la Dirección de Investigación de la Universidad Autónoma de Manizales, dirección Antigua Estación del Ferrocarril, teléfono 8727272 Ext. 184, correo electrónico posgrados@autonoma.edu.co, Horario: 8-12 a.m , 2-6p.m (Lunes a viernes).

Finalmente, declaro que, adicionalmente, los investigadores responsables, han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda importante que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa que el domicilio de ellos para estos efectos es: Universidad Autónoma de Manizales, dirección Antigua Estación del Ferrocarril, teléfono 8727272 Ext. 184, correo electrónico posgrados@autonoma.edu.co, Horario: 8-12 a.m , 2-6p.m (Lunes a viernes).

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma usuario: .....

Firma de los Investigador: .....

## Anexo D. CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Yo, .....(nombre completo), Cédula de identidad N° ....., mayor de edad o autorizado por mi representación legal, de la IPS ESE SALUD DORADA ubicada en ....., autorizo a LILIANA CHAVARRO OLARTE, investigadores responsable del proyecto y/o a quienes este designe como sus colaboradores directos, para realizar una entrevista requerida por el proyecto de investigación descrito en la página precedente, consistente en la/ las siguiente/s acción/es:

- ② Encuesta en la cual se realiza una serie de preguntas referente a estado de salud, conocimiento de la enfermedad, estado económico y satisfacción en el programa de HTA.

Declaro que he sido informado/a en forma previa a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente, sobre las eventuales molestias, incomodidades que no tiene un costo económico que yo deba asumir.

Declaro, además, que he recibido una detallada explicación sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Declaro estar en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, por lo que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Puedo contactarme con el Comité de Bioética, a través de la Dirección de Investigación de la Universidad Autónoma de Manizales, dirección Antigua Estación del Ferrocarril, teléfono 8727272 Ext. 184, correo electrónico posgrados@autonoma.edu.co, Horario: 8-12 a.m , 2-6p.m (Lunes a viernes).

Finalmente, declaro que, adicionalmente, los investigadores responsables, han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda importante que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa que el domicilio de ellos para estos efectos es: Universidad Autónoma de Manizales, dirección Antigua Estación del Ferrocarril, teléfono 8727272 Ext. 184, correo electrónico posgrados@autonoma.edu.co, Horario: 8-12 a.m , 2-6p.m (Lunes a viernes).

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma Gerente: .....

Firma de los Investigador: .....