

Acceso a las acciones de prevención y control de la hipertensión arterial: una responsabilidad compartida

Oscar Javier Pico Espinosa*

*MD. Asistente de Investigación. Grupo de Investigación en Demografía, Salud Pública y Sistemas de Salud (GUINDESS). Departamento de Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.
Correspondencia: Dr. Oscar Pico. Calle 43 N° 11a-69. Barrio El Carmen. Floridablanca. Santander. Colombia. Correo electrónico: oscarj.pico@gmail.com

RESUMEN

La hipertensión arterial es un problema de salud que cada vez tiene mayor impacto en la sociedad dado que es considerada como una de las principales causas de muerte e invalidez. Se realizó una revisión de la literatura con el objetivo de estudiar el acceso a las acciones de prevención y control de esta enfermedad, principalmente de tipo no farmacológico. Los factores asociados a los pacientes corresponden a creencias, desconocimiento de la enfermedad o de estrategias para su manejo. A nivel de los servicios de salud se encuentran factores relacionados con la capacidad de los profesionales para dar educación o fomentar estilos de vida saludable, y aspectos organizativos de las instituciones de salud. Se recalca la importancia de la participación de otros sectores de la sociedad para el control de esta condición, basados en el hecho de que muchas de las acciones sobrepasan los límites del sector salud. (MÉD.UIS. 2013;26(2):35-41).

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Prevención y Control. Hipertensión. Promoción de la Salud.

Accessibility to action for prevention and control of hypertension: a shared responsibility

ABSTRACT

Hypertension is an increasing health problem with a great impact on society as it is considered one of the leading causes of death and disability. A literature review was made in order to study the accessibility to mainly non-pharmacologic prevention and control actions for this morbid condition. Patient-related factors are beliefs, unawareness of the disease or strategies for its control. At the health services level, it was found that the main factors are related to health practitioners' abilities to give education or to promote healthy life styles, besides the organization of health institutions. Attention is called about the importance of the involvement of other society sectors to control this health issue, based on the fact that many proposed interventions go beyond the health services field of action. (MÉD.UIS. 2013;26(2):35-41).

Key words: Health Services Accessibility. Prevention and control. Hypertension. Health Promotion.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial puesto que es considerada la primera causa de enfermedad coronaria, falla cardíaca y evento cerebrovascular, y la segunda causa de falla renal¹. Dado que se trata de una enfermedad multicausal, requiere de intervenciones para su control desde diferentes frentes de acción como son la actividad física regular, alimentación saludable, eliminación del tabaquismo, restricción del consumo de alcohol, tratamiento farmacológico efectivo y atención médica de calidad, entre otras estrategias de manejo específicas².

Se estima que la HTA es responsable del 12,8% de las muertes a nivel mundial (7,5 millones), teniendo mayor impacto en poblaciones de ingreso socioeconómico bajo³. De hecho, en algunos estudios se ha observado que las personas de este grupo muestran cifras de tensión arterial diastólica aproximadamente 10 mmHg mayor que las de estrato socioeconómico alto⁴. Para el año 2008 se estimó una prevalencia en el mundo de 40% en mayores de 25 años, de 35% en la región de las Américas (39% en hombres y 32% en mujeres), y de 37% en Colombia³. En el año 2009 en Bucaramanga, Colombia la principal razón de visitas al servicio de consulta externa en el grupo poblacional de 45 a 64 años fue la HTA con un

17,3% del total de consultas, y en mayores de 65 años el 31,8%; siendo esta más frecuente en personas del régimen subsidiado que el contributivo⁶.

Estos datos revelan inequidades en el estado de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos indicando dificultades para los más pobres a la hora de acceder a un abordaje adecuado de esta enfermedad. Con respecto a lo anterior, esta revisión se centrará en los factores relacionados con el acceso a las Acciones de Prevención y Control (APC) de la HTA principalmente de tipo no farmacológico.

Se realizó una búsqueda de artículos en la base de datos Pubmed utilizando los descriptores MeSH "Health Services Accessibility", "Prevention and control" and "Hypertension", aplicando filtro para artículos publicados en inglés, español y portugués, de texto completo de libre acceso. Adicionalmente se realizó una búsqueda utilizando los mismos descriptores en la base de datos Bireme y se incluyó bibliografía sobre aspectos teóricos relevantes.

EL CONCEPTO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El concepto de acceso es multidimensional y complejo, Frenk lo define como "el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención en salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención en salud"⁷. Andersen, uno de los investigadores que más ha aportado en este tema, propuso la teoría conductual sobre el acceso a los servicios de salud⁸⁻¹⁰ y desarrolló un modelo para su estudio¹¹ que se resume más adelante.

Este último autor, introdujo diferentes conceptos sobre el acceso, denominando acceso potencial a la disponibilidad de los recursos, acceso real a la utilización de los recursos disponibles por parte de los pacientes y acceso efectivo al impacto en el estado de salud que tiene la utilización de los servicios⁸.

Posteriormente, Andersen amplía este concepto, en compañía de Aday expone que además de los elementos propios del individuo, en el acceso también intervienen las políticas y características de los prestadores de servicios en salud¹¹. A partir de allí otros autores^{12,13} han adaptado los conceptos para el estudio de los factores involucrados con el acceso, concordando en que resulta de una interacción entre las características de varios actores de diferente

naturaleza. A continuación se exponen brevemente tres elementos fundamentales para el acceso del individuo a los servicios de salud¹⁰.

FACTORES PREDISPONENTES DEL INDIVIDUO

En el primero de estos elementos se establece que toda persona tiene una serie de características definidas, dentro de estas se incluyen las biológicas como la edad, el sexo y la carga genética; sociales como el nivel educativo, la ocupación, la religión, el tipo de familia, el estatus de desplazamiento, entre otros; y de creencias sobre el concepto de enfermedad, el conocimiento sobre las enfermedades o la actitud hacia los servicios de salud¹⁰.

Todas estas características varían de un individuo a otro y algunas de ellas son objeto de modificaciones según las influencias del entorno y del contexto sociocultural en el que se desarrolle cada uno de ellos. Dependiendo de cómo estén distribuidas todas estas características en una persona, se determinará su predisposición para acceder a los servicios de salud o a intervenciones específicas en materia de salud¹⁰.

RECURSOS HABILITADORES

Además de los factores predisponentes, existen condiciones que habilitan al individuo a acceder a los servicios de salud, entre ellas están el nivel de ingreso económico, la afiliación a seguridad social, medios económicos o de transporte para desplazarse hasta un sitio de prestación de servicios de salud, dependiendo de si reside en área rural o urbana, o pertenecer a una comunidad en la que se promueve la utilización de ciertos espacios para el mejoramiento de la salud¹⁰.

Por otro lado, el entorno también actúa como factor habilitador o como barrera, ejemplo de esto es la proporción de médicos generales, especialistas u otros profesionales del campo de la salud que cubren la demanda de la población, la disponibilidad de hospitales o centros de salud cercanos y la estructura organizacional de las entidades que facilitan la prestación de servicios a quienes los buscan¹⁰.

EL CONCEPTO DE NECESIDAD

Finalmente, el tercer y tal vez el más importante factor condicionante del acceso a los servicios de salud es que exista necesidad de ello.

MAYO-AGOSTO

Andersen clasifica la necesidad como percibida, que depende de la percepción del paciente, y como necesidad real, la cual varía con el estado de arte de la medicina y con el profesional de la salud⁸.

La necesidad percibida tiene dos componentes, que exista un evento estresante, por ejemplo una lesión, dolencia o riesgo que sea suficientemente importante para generar una acción, sabiendo que dicha acción implicará esfuerzo; y en segundo lugar que exista la convicción o esperanza de que el uso de los servicios de salud va a producir cualquier grado de mejoría^{14,15}. La necesidad percibida puede ser baja en caso de que no se conozca, reconozca o si se niega un problema de salud¹⁴.

La necesidad real la establece el profesional de salud, por lo tanto se requiere que ya se haya dado una interacción previa para que dicho profesional pueda determinar si existe o no tal necesidad de atención o si el paciente podrá beneficiarse de ésta¹⁴.

Para citar un ejemplo, un hombre de 65 años procedente de una zona rural de bajos recursos a quien se le ha diagnosticado recientemente HTA, no percibe la necesidad de invertir recursos ni tiempo en ir hasta el hospital del pueblo a monitorear sus cifras de tensión arterial o reclamar medicamentos, puesto que por el momento no siente nada que le impida continuar con su trabajo. Aún si existieran factores predisponentes y habilitadores adecuados, en la ausencia de necesidad no se va a producir ningún tipo de interacción entre el paciente y los servicios de salud.

ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Como se dijo anteriormente, por tratarse la HTA de una enfermedad multicausal, para su control se recomiendan además de las medidas farmacológicas, cambios en el estilo de vida, como son el mantenimiento de un índice de masa corporal adecuado, una dieta balanceada, restricción del consumo de sal, ingesta moderada de bebidas

alcohólicas, abstinencia total del uso del tabaco y actividad física regular^{1,2,16,17}.

Con base en lo anterior, las APC de la HTA, y de la mayoría de las enfermedades, no pueden limitarse a las actividades que puedan desarrollarse en un contexto hospitalario o de una institución de servicios de salud. No hay duda de que son los profesionales de salud y los servicios sanitarios bien organizados quienes se encargan de un sinnúmero de intervenciones importantes como identificar riesgos, establecer modelos terapéuticos, dar educación en salud, manejar complicaciones y apoyar procesos de rehabilitación. Sin embargo, al hablar de una enfermedad tan difícil de controlar, como lo muestran las cifras, las acciones van más allá del alcance del sector de la salud, involucrando sectores sociales, políticos y económicos, a través de políticas públicas efectivas.

En ese orden de ideas, además de las APC relacionadas con tener un sistema de salud eficiente y sólido, se necesitan acciones que garanticen la disponibilidad de espacios accesibles para la realización de actividad física regular, políticas sobre la disponibilidad de alimentos saludables a bajo costo e iniciativas para la restricción del consumo de alcohol o cigarrillo. Así, además de características individuales para el acceso (Ver Cuadro 1), se mencionan elementos relacionados con las APC de la HTA agrupados según si corresponden a los servicios de salud o a otros sectores y si son de tipo ecológico, financiero, organizativo o cultural (Ver Tabla 1).

Cuadro 1. Características relacionadas con el individuo/paciente.

<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la enfermedad, su impacto, factores de riesgo y estrategias para su manejo • Percepción del riesgo • Creencias en salud • Confianza en el Sistema de Salud • Bajo nivel de ingreso socioeconómico • Bajo nivel educativo • Pobre adherencia a la terapéutica propuesta

Fuente: autor.

Tabla 1. Elementos relacionados con el entorno.

Tipo	Relacionadas directamente con los servicios de salud	Relacionadas con otros sectores
Ecológico	Distancia y ubicación geográfica de centros de atención primarios y de referencia	Disponibilidad de alimentos saludables en la región Distribución de espacios para realización de actividad física Espacios libres de humo de tabaco Vías o medios de acceso insuficientes

Tipo	Relacionadas directamente con los servicios de salud	Relacionadas con otros sectores
Financiero	Costo de cuotas moderadoras o copagos.	Costo de utilización de escenarios deportivos. Precios de bebidas alcohólicas o productos que contienen tabaco. Costo del transporte.
Organizativo	Aseguramiento en salud. Duración de consultas médicas que permitan una evaluación completa y consejería sobre medidas no farmacológicas. Asignación de responsabilidades y estímulos al médico general Personal calificado y calidad de la atención prestada. Disponibilidad de médicos especialistas, psicólogos, nutricionistas.	Organización de los sitios de trabajo o estudio que permitan el desarrollo de estilos de vida saludables. Eficiencia de instituciones estatales encargadas de regular el mercado de alimentos. Cumplimiento de leyes antitabaquismo. Generación y apoyo de iniciativas para la promoción de actividad física.
Cultural	Modelo de relación médico-paciente. Actitud del personal de salud hacia las medidas no farmacológicas.	Imaginario relacionado con el estilo de vida reforzados a través de los medios de comunicación.

Fuente: autor.

La mayoría de estudios que se han llevado a cabo se han orientado a estudiar los factores relacionados con los servicios de salud y más específicamente con el personal médico. Una investigación se centró en identificar la percepción de un grupo de cardiólogos sobre las barreras para el control de la HTA de sus pacientes, el 92,6% de ellos las atribuían a la pobre adherencia al tratamiento, lo cual relacionaban con el elevado precio de los fármacos, sin embargo, solo 21,4% de ellos

aconsejaba sobre cambios en el estilo de vida¹⁸.

Otro estudio, esta vez realizado en médicos de atención primaria (generales y especialistas), agrupó las barreras según si estaban relacionadas con los pacientes o con el sistema de salud¹⁹ (Ver Tabla 2). Los autores concluyeron que hacía falta mayor entrenamiento del médico en la motivación de los pacientes y acciones políticas para asegurar el mejor funcionamiento del sistema¹⁹.

Tabla 2. Barreras relacionadas con los pacientes y con el sistema de salud.

Relacionada con los pacientes	Relacionada con el Sistema de Salud	
	Del Médico tratante	De las instituciones
Dificultades económicas y otras responsabilidades que impiden seguir las recomendaciones y acceder a las citas por falta de transporte, tiempo o dinero. Comorbilidades que limitan para la realización de actividad física, para el desplazamiento o porque síntomas como el dolor se vuelve prioridad. p. ej. depresión. Falta de motivación o apatía: relacionada con la personalidad y resiliencia.	Frustración por no alcanzar las metas de control de HTA. Sensación de incapacidad para realizar la motivación de los pacientes y llevar a cabo estrategias para las que no está bien preparado (sí lo están otros miembros del equipo de salud). Frustración por la resistencia que ponen los pacientes a adoptar las recomendaciones.	Dificultades para obtener citas y remisiones. Pobre entendimiento del sistema por parte de los pacientes. Acceso insuficiente a un equipo multidisciplinario (esto impide la continuidad). Falta de tiempo asignado a los profesionales para hacer consejería. Baja remuneración por las actividades de Promoción y Prevención Falta de un sistema único de información efectivo.

Adaptada de Referencia 19.

MAYO-AGOSTO

También se han documentado experiencias en zonas muy alejadas de los centros urbanos, en donde solo se cuenta con personal de salud no médico, quienes tras un corto entrenamiento y con dotación básica de equipos diagnósticos y medicamentos pueden mejorar el acceso de los pacientes con HTA a los servicios sanitarios y posteriormente observar una mejoría de su estado de salud²⁰. No obstante, estas acciones requieren vigilancia, renovación continua y estar integradas a redes de atención en salud^{17,20}.

El estudio CoSMO (Cohort Study Of Medication Adherence Among Older Adults por sus siglas en inglés)²¹, buscó identificar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con HTA o diabetes mellitus encontrando que los que mostraban menor adherencia eran los hombres jóvenes y de raza negra, además de fallas a nivel del médico a la hora de preguntarle a sus pacientes sobre su percepción acerca del tratamiento. Por otro lado, una revisión sistemática sobre barreras para el control de la HTA en afroamericanos muestra que a nivel de los pacientes hace falta mayor conocimiento sobre su enfermedad y sus consecuencias, pobre adherencia al tratamiento, reacciones adversas a los medicamentos, falsas creencias e inhabilidad para cambiar el estilo de vida. En cuanto a los médicos se encontró falta de cumplimiento de las guías de manejo, poca capacidad para enfatizar en el cambio del estilo de vida y falta de habilidad para ajustar las dosis de los medicamentos antihipertensivos²².

La forma en la que se asignan las citas también podría estar relacionada con el seguimiento oportuno de los pacientes, al programarlos en el momento que salen de consulta, en vez de darles la responsabilidad de llamar o buscar la cita ellos mismos²³.

Como muestra de la influencia que tienen otros sectores en las APC, Zaitune *et al* menciona que la escolaridad influye no solo en la adquisición de conocimientos teóricos, sino también en la habilidad de modificar creencias y reconocer la importancia de adoptar prácticas beneficiosas para el control de una enfermedad²⁴. Adicionalmente, aún falta mayor educación en salud sobre la HTA, sus factores de riesgo y la autopercepción acerca del mismo; incluso, en población con buenos ingresos y alto nivel educativo se observa falta de conciencia sobre la enfermedad y los riesgos que se corren por padecerla. En una encuesta realizada a mujeres con al menos un factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular, entre el 81 y 84% de ellas no se identificaban a sí

mismas en alto riesgo²⁵. En esta misma encuesta se observó que una de cada diez personas atribuía su incumplimiento de las citas al costo de estas y casi una de cada cinco de ellas a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico por la misma causa.

En Colombia, existen programas orientados a actividades de educación en salud, actividad física y recreación ligados a las labores asistenciales de las instituciones prestadoras de salud, en los cuales desafortunadamente se observa poca participación²⁶. Un estudio llevado a cabo en población hipertensa en Manizales, Colombia, reveló que los principales argumentos para la inasistencia a estas actividades eran falta de tiempo, pereza, distancia, falta de recursos económicos para el desplazamiento hacia el lugar e incluso por desconocimiento de su existencia o forma de funcionamiento, porque no es suficientemente atractivo para los pacientes o simplemente porque no existen²⁷. Si bien, el cumplimiento de citas para el control de HTA fue 91%, la asistencia a las actividades educativas, en la misma población estudiada, fue de menos del 22% y menos del 4% utilizaba espacios para la realización de actividad física en su vecindario, lo que permite concluir que la importancia que se le da a las acciones no farmacológicas es muy baja comparada con las acciones farmacológicas, tanto por parte de los pacientes como de los mismos prestadores de salud²⁷.

Con relación al acceso a espacios para la realización de actividad física o alimentos saludables, dada la complejidad para la medición de lo que se ha denominado el medio ambiente construido, es decir el medio ambiente modificado o creado por el hombre, se requieren más investigaciones dentro de esta nueva disciplina, sin embargo, hasta el momento se ha observado una relación clara entre la disponibilidad de espacios para realización de actividad física o disponibilidad de alimentos saludables a bajo costo y el índice de masa corporal. Entre las barreras de acceso a la realización de actividad física se han identificado la distancia a los espacios de recreación y deporte, la ubicación de las viviendas en una ciudad dada, la inclinación de las calles, la presencia de andenes, la seguridad del sector, entre otros²⁸.

DISCUSIÓN

La mayoría de los artículos consultados se refieren al acceso según la organización de los servicios de salud, a las actitudes del usuario o del médico, o a la

adherencia a medicamentos, pero poco se tiene en cuenta las acciones no farmacológicas, posiblemente por la gran complejidad para su abordaje. Como elementos constantes se encuentran la necesidad de capacitación continua del médico en el manejo de la enfermedad tanto en aspectos farmacológicos como de educación en salud y la falta de información o desconocimiento por parte de los pacientes acerca de la enfermedad y las estrategias para su control.

Con respecto a lo anterior, cabe mencionar que el acceso del paciente a APC involucra aspectos idiosincráticos en cuanto al concepto de enfermedad y cómo debe manejarse, al asumirse que enfermedad es igual a médico, medicamento u hospital, dejando por fuera otras intervenciones, que aunque basadas en la evidencia, aún no han podido penetrar completamente en el imaginario del paciente.

Si bien los profesionales de salud tienen un rol de liderazgo en este aspecto, la responsabilidad de las crecientes cifras de morbilidad relacionadas con la enfermedad en cuestión no puede seguir cayendo sobre sus hombros, puesto que para su control se requiere destinación de recursos desde los entes gubernamentales, adecuada planeación urbana, generación de empleo, educación de calidad, medios de transporte cómodos y accesibles, políticas antitabaquismo y antialcoholismo, mejoramiento de la seguridad en las calles, diseños arquitectónicos inteligentes, estímulos al sector agrícola, regulación de los contenidos de campañas publicitarias, medios de comunicación con responsabilidad social, entre otros.

CONCLUSIONES

Para que se dé una interacción entre el paciente y los espacios o recursos disponibles para el control de la HTA se requiere tanto la disponibilidad de recursos físicos y organizativos, como la generación de la necesidad de utilización en el paciente. Esta necesidad puede ser generada por diferentes vías, la primera de ellas es a través de la educación en salud por parte del sector competente a nivel individual y grupal; la segunda, por medio de una comunidad empoderada e interesada en la salud de sus individuos y en tercer lugar, por un entorno que en lugar de barreras, estimule el tránsito libre hacia las acciones relacionadas con estilos de vida saludables.

Debe existir una capacitación constante por parte de los profesionales en salud sobre las estrategias más efectivas de motivación y educación, así como

una capacitación permanente de los pacientes sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y medidas de control atractivas.

Existen muchos vacíos en el conocimiento sobre las APC de la HTA debido a la dificultad para involucrar al ejercicio clínico aspectos de carácter psicológico, social y medioambiental. Una posible estrategia es reforzar en los programas curriculares de medicina la capacitación en comunicación efectiva y educación en salud.

Se vislumbran oportunidades de investigación sobre las actitudes de las personas a aspectos no clínicos del manejo de las enfermedades y sobre la influencia del medio ambiente construido en el control de estas. El acceso a las APC para una enfermedad como la HTA es un tema complejo y que requiere más de un frente de acción, en donde el responsable no es solo el paciente, el médico, el gerente del hospital o el ministro de salud, en realidad se trata de una responsabilidad compartida.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Myriam Ruiz Rodríguez del departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander por su orientación en el desarrollo de este manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Varela EA. Aspectos epidemiológicos. En: Sociedad Colombiana de Cardiología. Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Colom Cardiol. 2007;13(Supl 1):189-94.
2. The seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Hypertension. 2003;42:1206.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Italy: World Health Organization; 2010. p.176.
4. Bautista L, Vera-Cala L, Villamil L, Silva S, Peña I, Luna L. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. Sal Pub Mex. 2002;44(5):399-405.
5. Observatorio de Salud Pública de Santander. Informe de morbilidad basado en Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS) consulta externa. Bucaramanga: Observatorio de Salud Pública de Santander; 2009. p.7.
6. Observatorio de Salud Pública de Santander. Informe de morbilidad basado en Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS) consulta externa. Bucaramanga: Observatorio de Salud Pública de Santander; 2008. p.1.
7. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Sal Pub Mex. 1985;27(5):438-53.
8. Andersen R. Revisiting the Behavioral model and access to medical care: Does it matter? J. Health Soc. Behav. 1995;36(1):1-10.
9. Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. Med Care. 2008;46(7):647-53.
10. Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants

- of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):1-28.
11. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*.1974;9(3):208-20.
 12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Suppl 2:190-8.
 13. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Serv Res*.1998 Aug;33(3 Pt 2):625-84.
 14. Shengelia B, Tandon A, Adams O, Murray C. Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):97-109.
 15. Rosenstock I, Strecher V, Becker M. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ J*. 1988;15(2):175-83.
 16. Ministerio de la Protección Social. Guías de atención de la hipertensión arterial. Colombia: Ministerio de la Protección Social. p.68.
 17. WHO CVD-risk management package for low – and medium-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2002. p.38.
 18. Wang L. Physician-related barriers to hypertension management. *Med Princ Pract*. 2004;13(5):282-5.
 19. Crosson JC, Heisler M, Subramanian U, Swain B, Davis GJ, Lasser N, et al. Physicians' perceptions of barriers to cardiovascular disease risk factor control among patients with diabetes: results from the translating research into action for diabetes (TRIAD) study. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(2):171-8.
 20. Labhardt ND, Balo JR, Ndam M, Grimm JJ, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:339-48.
 21. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med Clin North Am*. 2009;93(3):753-69.
 22. Odedosu T, Schoenthaler A, Vieira DL, Agyemang C, Ogedegbe G. Overcoming barriers to hypertension control in African Americans. *Cleve Clin J of Med*. 2012;79(1):46-56.
 23. Gladstone J, Howard M. Effect of advanced access scheduling on chronic health care in a Canadian practice. *Can Fam Physician*. 2011;57:21-5.
 24. Zaitune M, De Azevedo M, Galvão C, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalencia, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):285-94.
 25. Dearborn J, McCullough L. Perception of risk and knowledge of risk factors in woman at high risk for stroke. *Stroke*. 2009;40(4):1181-6.
 26. Muñoz L, Cerezo M, González M, Paz A, Realpe C, Vélez C, et al. Accesibilidad a acciones de promoción y prevención de la salud y prevención de población hipertensa de Pereira, Colombia, 2008. La mirada del paciente. *Investig Andina*.2009;11(18):6-21.
 27. Realpe C, González M, Vélez C, Cerezo M, Paz A, Muñoz LP, et al. Acceso al programa de hipertensión en el sistema general de seguridad social en salud, 2008.Hacia la Promoción de la Salud. 2008;13:195-209.
 28. Papas M, Alberg A, Ewing R, Helzlsouer K, Gary T, Klassen A. The built environment and obesity. *Epidemiol Rev*. 2007;29:129-43.