

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRES
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA – COLOMBIA. 2017**

MÓNICA CHÁVARRO FERNÁNDEZ

monicachavarro@ usantotomas.edu.co.

3107887475

MÓNICA SÁNCHEZ FALLA

monicasanchezf@ usantotomas.edu.co.

3002661197

Asesor

Deisy Arrubla S

Md PhD Salud Pública

Maestría de Salud Pública

Facultad de Economía

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS.....	3
LISTA DE ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. MARCO TEÓRICO	18
4. METODOLOGÍA	26
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	26
4.4. VARIABLES	27
4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN	34
4.6. PRUEBA PILOTO.....	35
4.7. PLAN DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	36
4.8 CALIDAD DE LOS DATOS Y CONTROL DE SESGOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.9. SOFTWARE DISPONIBLE	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5. PRINCIPIOS ÉTICOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6. HALLAZGOS Y RESULTADOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
6.2. ANÁLISIS BIVARIADO.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
7. DISCUSIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
8. LIMITACIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
9. CONCLUSIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
10. RECOMENDACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
11. REFERENCIAS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Mortalidad por HTA en Colombia y Huila 2008-2012.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2 Desigualdades en Agrado, Tello y Suaza.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3 Desplazamiento forzado Agrado, Tello y Suaza.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4 Factores de riesgo para HTA	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5 Muestra.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6 Operacionalización de variables	27
Tabla 7 Encuestas revisadas	35
Tabla 8 Características sociodemográficas.....	39
Tabla 9 Salud de la población.....	40
Tabla 10 Determinantes estructurales: económicos.....	43
Tabla 11 Determinantes Intermedios: Territorio	44
Tabla 12 Determinantes intermedios: conductuales.....	45
Tabla 13 Determinantes intermedios: Servicios de salud.....	46
Tabla 14 Bivariado: Determinantes estructurales e intermedios: sociodemográficos	48
Tabla 15 Determinantes estructurales: socioeconómicos	49
Tabla 16 Determinantes intermedios: conductuales.....	54
Tabla 17 Determinantes intermedios: servicios de salud	54
Tabla 18 Desenlaces en salud.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

HTA: Hipertensión Arterial

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

ASIS: Análisis de situación de salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAS: Presión Arterial Sistólica

PAD: Presión Arterial Diastólica

PSE: Posición Socioeconómica

IAM: Infarto Agudo de Miocardio

ACV: Accidente cerebrovascular

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

IMC: Índice de Masa Corporal

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

PA: Presión Arterial

RESUMEN

La hipertensión arterial constituye una de las principales causas de atención sanitaria en el mundo. Existe relación entre las condiciones en que la gente nace, vive, trabaja y envejece y la situación de salud de las poblaciones; estas condiciones se relacionan con aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales, llamados en conjunto *Determinantes sociales de la Salud* (DSS). El objetivo de este estudio fue analizar los determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la hipertensión arterial en los municipios de Agrado, Tello y Suaza del departamento del Huila. Se hizo un estudio transversal. La recolección de la información se realizó mediante encuesta estructurada, a la cual se aplicó prueba piloto para ajustar las preguntas a la población objeto. La población se escogió mediante muestreo aleatorio simple, participando 497 personas con diagnóstico de enfermedad hipertensiva Suaza (54.5% n=271), Agrado (25.1% n=125) y Tello (20.3% n=101). Los principales resultados obtenidos fueron, el sexo femenino ocupó el 68.4%, el grupo de edad más predominante fue el de 60 a 69 años de edad para Suaza y Agrado (35.0% y 40.0% respectivamente) y el grupo de 80 y más años para Tello (29.3%). El bajo nivel educativo es similar en los tres municipios al igual que el desempleo, los cuales se observan en mayores proporciones. Los municipios se clasifican principalmente en estrato 2. Para el análisis bivariado, se utilizó el X² las variables con diferencias estadísticamente significativas fueron: obesidad, la edad de inicio laboral. Se concluye que las condiciones socioeconómicas de los pacientes encuestados de los tres municipios son bajas, con bajo nivel escolar y de ingresos, lo que se evidencia en las conductas de salud, en el acceso a los servicios de salud y en los desenlaces relacionados con la HTA que pueden deteriorar las capacidades de realizar las actividades de la vida diaria de los pacientes y disminuir su funcionalidad y satisfacción con el estado de salud.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas a nivel mundial ha existido un creciente interés por el estudio y la erradicación de las disparidades en salud. En el año 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la (OMS) (1) publicó el reporte “Subsanar las desigualdades en una Generación”, en la tercera recomendación general que emitió dicha Comisión, se establece que es necesario reconocer que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial siendo un punto de partida esencial para la acción. Las desigualdades e inequidades sociales en el campo de la salud han sido consideradas improcedentes, injustas, e innecesarias (aunque no inevitables, ni irremediables), ya que agravan sistemáticamente las condiciones de las poblaciones vulnerables, dadas las estructuras sociales subyacentes y las instituciones políticas, económicas y legales.

Por su lado, en cuanto a la HTA en el mundo, las enfermedades cardiovasculares causan cerca de 17 millones de muertes anuales y entre ellas las complicaciones de la hipertensión generan los 9,4 millones de muertes. “Para 2008, en el mundo se habían diagnosticado con hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008” (2). Para el mismo año, según la OMS, en Colombia la prevalencia de tensión arterial alta en adultos mayores de 25 años fue de 34,3% en hombres y de 26,5% en mujeres, muy similar a la estadística del grupo de países de ingresos medianos altos, donde la prevalencia fue de 35,3% para hombres y de 28,3% para mujeres (3). En Colombia según los datos de la Cuenta de Alto Costo durante el quinquenio 2009-2013, las personas identificadas con hipertensión arterial por los servicios de salud se incrementó en un 35%, pasando de 0,052 (994.838 casos) a 0,070 (1.507.094 casos) mujeres por cada 100.000 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 25%, trasladándose de 0,032 (563.317 casos) a 0,040 (907.260 casos) hombres por cada 100.000 afiliados, alcanzando la mayor diferencia relativa en el 2013, cuando el 62,42% de los casos se presentó en las mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud un 75% mayor que en los hombres(3).

El departamento del Huila no es ajeno a las estadísticas nacionales, la prevalencia de HTA para el año 2015 fue de 5,92 en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS (4). En

Suaza, para el 2016 la prevalencia fue de 4,46 (5), en Tello de 4,8 (10) y Agrado 0,051 para el año 2017 (6), para este último municipio, según el ASIS municipal, el sexo femenino representa el 65,5% de los usuarios de la ESE con este diagnóstico y en el grupo de edad de 15 a 44 años representa el 92% de los casos, mostrando al igual que en el caso nacional, tendencia de ser una enfermedad más prevalente en las mujeres.

Los anteriores municipios representan las zonas norte (Tello), centro (Agrado) y sur (Suaza) del Departamento del Huila, todos de sexta categoría, los cuales fueron elegidos como objeto de estudio porque la prevalencia de HTA al igual que en el país es también predominante, así como las condiciones de vulnerabilidad, calidad de vida desfavorable y carencia de recursos que repercuten y determinan el estado de salud de sus pobladores; por lo tanto el presente estudio buscó establecer las relaciones entre los determinantes sociales en salud y la prevalencia de HTA en los tres municipios mencionados.

La investigación en primer lugar, expone la formulación del problema de investigación con la respectiva pregunta de investigación, allí se explica la situación actual del departamento y cada uno de los municipios en materia de las desigualdades sociales que enfrentan y la prevalencia de la enfermedad. Se presenta el objetivo general y los específicos que permitieron responder la pregunta de investigación y seguidamente se encuentra el marco teórico. Respecto a la metodología, se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, el instrumento utilizado fue la encuesta, aplicada a los usuarios con el diagnóstico de HTA en los tres municipios. Se realizó un análisis univariado con frecuencias absolutas y relativas, y para el análisis bivariado se aplicó correlación de Pearson para analizar el nivel de correlación de las variables.

La segunda parte del documento da cuenta de los hallazgos obtenidos en cuanto a los determinantes sociales y las desigualdades configuradas en los resultados. También se presenta la discusión de resultados centrales encontrados en la investigación. Finalmente, se detallan las conclusiones del proceso de investigación. Se presenta además las fortalezas y limitaciones, así como las recomendaciones sugeridas.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Una de las principales causas de muerte a nivel mundial son las enfermedades cardiovasculares, siendo más común la hipertensión arterial (2), ha causado por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% por accidentes cerebrovasculares. La prevalencia en mayores de 25 años es menor en los países de ingresos elevados (35%) si se compara con los países de menores ingresos (40%), con una menor prevalencia en la Región de las Américas en un 35% y más alta en el África con un 46%.

Colombia no es ajena a esta realidad, según el ASIS Nacional 2017 (3), las enfermedades no transmisibles fueron el 65,51% de motivo de consultas en los servicios de salud para el periodo 2009 a 2017, siendo el principal grupo de edad demandante las personas mayores de 60 años. La prevalencia calculada en servicios de salud en régimen contributivo y subsidiado es de 6,4 por cada 100 afiliados, el 62,42% se presentó en mujeres, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de un 75% mayor que en los hombres. Respecto a los comportamientos de la población hipertensa, las cifras de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (7) muestran además que el 7% de hipertensos refieren consumir medicamentos para controlar la enfermedad, el 3% han asistido a consulta de nutrición, el 1% a consulta de psicología y el 3% recibió educación sobre actividad física alguna vez como parte de la consulta, evidenciándose fallas en la atención integral a estos pacientes.

Además, en el diagnóstico del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia 2012-2021 (8), se encuentra que la morbilidad por enfermedades no transmisibles con mayor frecuencia en ambos sexos después de 45 años fue la hipertensión arterial (6,1%), seguida por enfermedades del corazón (2,3%) y diabetes o epilepsia (2,8%). Todo esto sumado a que la hipertensión arterial es el motivo de consulta ambulatoria general más frecuente tanto para los hombres (8.7%) como para las mujeres (11.2%).

Del mismo modo, en el Departamento del Huila según el ASIS 2017 (9), realizado por la Secretaria de Salud Departamental, las enfermedades del Sistema Circulatorio son las de mayor mortalidad debido a las enfermedades isquémicas del corazón seguidas por las enfermedades cerebrovasculares a causa de la hipertensión arterial, siendo para el 2015

una tasa de mortalidad masculina de 25,63 por 100000 habitantes y de 22,96 para la población femenina.

Para el estudio de la enfermedad en los municipios, se tiene en cuenta la morbilidad; el ASIS 2015 del municipio de Agrado (6), muestra que durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2012, el grupo de causas que mayor incidencia tuvo en años de vida potencialmente perdidos fueron las enfermedades del sistema circulatorio con una proporción entre el 10 y el 55%. El municipio de Tello por su parte también refleja que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte durante el 2005 a 2011 (10).

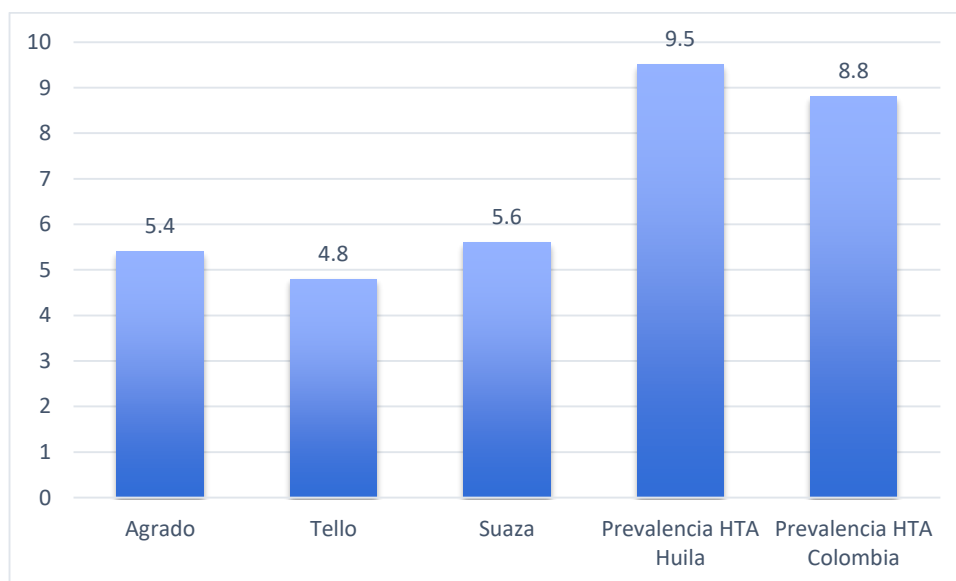


Ilustración 1 Porcentaje Población Hipertensa 2015

Igualmente, en el municipio de Suaza (5) las principales causas de mortalidad tanto para hombres como mujeres están relacionadas con enfermedades isquémicas, teniendo como base patologías crónicas como HTA y diabetes, resaltando que para hombres y mujeres se observa una tendencia al descenso de las enfermedades isquémicas de corazón y un aumento en las enfermedades cerebrovasculares. En síntesis, en los tres municipios a estudiar la HTA se encuentra entre las diez primeras causas de consulta externa, siguiendo un comportamiento igual al departamento y al país. Ver tabla 1

Tabla 1 Mortalidad de Enfermedad Hipertensiva en Colombia y Huila 2008 - 2012

AÑO	COLOMBIA		HUILA	
	Mortalidad por enfermedad hipertensiva	Tasa	Mortalidad por enfermedad hipertensiva	Tasa
2008	5.734	12.90	132	12,52
2009	5.665	12.59	121	11,32
2010	6.359	13.97	156	14,40
2011	6.658	14.46	133	12,12
2012	6.993	15.01	162	14,57

Ahora bien, los Determinantes Sociales de la salud han sido relacionados con la distribución social de la morbilidad y mortalidad en las diferentes poblaciones. Wilkinson y Marmot refieren la existencia de un gradiente social inverso que explica los peores resultados de enfermedades crónicas, particularmente de HTA (10 - 17). Asimismo, la OMS ha identificado que la mayor prevalencia de HTA se asocia a deficientes condiciones de vida de la población, esto obedece a que existen factores complejos, como los ingresos, la educación y la vivienda, que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y las comunidades, en este caso en la enfermedad hipertensiva.

Lo anterior permite plantear que la explicación de la enfermedad debe trascender el enfoque convencional de factor de riesgo el cual ha primado en los estudios sobre HTA (18). Toda vez que el análisis de factor de riesgo no da cuenta de los procesos estructurales que subyacen la distribución de la morbilidad y mortalidad, y que las intervenciones que de estos derivan no muestran resultados positivos en la disminución de la misma (19).

Los municipios del estudio se caracterizan por profundas desigualdades sociales, que se evidencian en la tabla 2, donde se puede apreciar que tienen necesidades básicas insatisfechas – NBI- superior al del departamento del Huila (32,62%), siendo Tello el de mayor porcentaje de población con NBI (53,45%), le sigue Suaza (45,6%) y Agrado (44,92%). Igualmente, estos territorios reportan altos márgenes de miseria y hacinamiento. Es decir, los tres municipios se caracterizan por el bajo nivel socioeconómico de la

población, cuya principal labor y fuente de ingreso es la actividad agrícola (5,6,7). En cuanto a educación son bajos los niveles de cobertura en educación secundaria y media, con peores resultados en Suaza.

Tabla 2 Desigualdades en Agrado, Tello y Suaza

INDICADORES DE INGRESO	AGRADO	TELLO	SUAZA
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	44,92	53,45	45,6
Proporción de población en miseria	17,02	21,08	18,9
Proporción de población en hacinamiento	5	14,13	6,71
COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN			
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	110,4	98,2	58
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario	117,5	83,2	20,6
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	85,8	44,2	Sin Dato
CONDICIONES DE VIDA			
Cobertura de servicios de electricidad	90,8	89,9	79,4
Cobertura de acueducto	66,4	67,7	54,2
Cobertura de alcantarillado	54,1	44,6	38,5
Cobertura de servicios de telefonía	15,4	12,5	9,5
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	59,68	45,9	55,2
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	37,36	36,5	47

Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	22,04	32,6	42
SISTEMA SANITARIO			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	12,65	13,9	7,34
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	70,67	71,9	92,7
FACTORES CONDUCTUALES, PSICOLÓGICOS Y CULTURALES			
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar * (Forensis 2011)	252,7	79,1	17,66
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer* (Forensis 2011)	67,01	149,5	136,58

Fuente (7,8,9): ASIS: Huila, Agrado, Tello y Suaza 2012

Otro aspecto que caracteriza la región y en particular los municipios estudiados, es la afectación por el conflicto armado interno, siendo receptores de procesos de desplazamiento forzado. Desde el año 2005 hasta 2013 se ha registrado una recepción de 19.420 familias victimas del desplazamiento forzado en el departamento del Huila, siendo Suaza el municipio de mayor recepción. Ver tabla 3.

Tabla 3 Desplazamiento forzado Agrado, Tello y Suaza. 2005-2013

Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	RECEPCION TOTAL DE HOGARES
Agrado	2	7	13	14	4	1	7	10	-	58
Tello	4	10	14	19	13	1	8	4	-	73
Suaza	36	83	114	73	18	12	50	71	3	460

Fuente: SIR. Secretaria de Gobierno Departamental (28)

Se suma una baja respuesta institucional, por ejemplo, la cobertura en servicios públicos, los cuales incluyen servicio de acueducto, de alcantarillado, de energía eléctrica,

recolección de basuras; la cobertura en servicios de salud y estilos de vida poblacionales (7,8,9).

Respecto a la cobertura de los servicios públicos, se identifica que el servicio de acueducto y alcantarillado tiene porcentajes bajos, especialmente el municipio de Suaza, con porcentajes de 52,2% y 38,5% respectivamente. Además, el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua y con inadecuada eliminación de excretas es mayor con relación al departamento, lo que refleja un mayor índice de riesgo de calidad del agua (IRCA). Asimismo, se identifica que el porcentaje de cobertura de afiliación al SGSSS es inferior al departamento, siendo a nivel departamental de 87%, para Agrado de 70,67%, Tello de 71,9%, excepto Suaza, con una cobertura en afiliación del 92,7%.

En resumen, los tres casos a estudiar muestran disparidades socioeconómicas y políticas que de acuerdo a Wilkinson y Marmot (10) son condicionantes de vida que influyen en el proceso de salud enfermedad de la población. Por lo anterior, la investigación se pregunta por las relaciones empíricas que existen entre las condiciones de vida de la población y las prevalencias de HTA en los municipios de la zona norte (Tello), centro (Agrado) y sur (Suaza).

Cabe señalar que las revisiones encontradas identifican la existencia de un gradiente socioeconómico relacionado con peores resultados en salud, no obstante, no se identifica en la literatura trabajos que comparen contextos económicos similares, pero con elementos políticos distintivos, como es el caso de los municipios que se desea abordar, donde con claridad se identifican inequidades económicas y políticas (violencia sociopolítica) en los municipios tratados.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las relaciones empíricas existentes entre condiciones socioeconómicas y la Hipertensión Arterial en los municipios de Agrado, Tello y Suaza del Departamento del Huila?.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar las condiciones socioeconómicas relacionadas con los desenlaces en salud respecto a la hipertensión arterial de la población adulta en tres municipios del Huila, Colombia 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los resultados en salud de la población adulta inscrita en el programa de riesgo cardiovascular de las ESE de tres municipios del Huila.
- Describir las condiciones socioeconómicas de la población adulta inscrita en el programa de riesgo cardiovascular de las ESE de tres municipios del Huila, Colombia 2017.
- Analizar la relación entre las condiciones socioeconómicas de la población adulta en tres municipios del Huila, Colombia 2017 y los desenlaces en salud respecto de la hipertensión arterial.

2. JUSTIFICACIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles del 2013 reconoció que las “condiciones y estilos de vida, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como los determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, son factores que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles” (20).

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (1), para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: Mejorar las condiciones de vida cotidianas; Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y la Medición y análisis del problema.

Entre tanto la iniciativa de las organizaciones internacionales de la salud para diseñar, establecer e implementar políticas y estrategias orientadas a mitigar dichas disparidades en salud, ha logrado también que las entidades territoriales establezcan su respectivo diagnóstico en salud orientado hacia los determinantes sociales; de esta manera se identifican, se visualizan, se miden y se planean sus intervenciones respectivas.

Ahora bien, teniendo en cuenta el impacto que la problemática sobre desigualdades e inequidades en salud existente, tenemos que la HTA por su parte es la responsable de 10,3 millones de muertes en el mundo, dicha situación significa más de 170 millones de años de vida perdidos. Según la OMS es la primera causa de enfermedad en países desarrollados; la segunda causa de enfermedad, después del tabaquismo, en los países en desarrollo; la

primera causa de accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca; y la segunda causa de síndrome coronario. La enfermedad está afectando de manera desproporcionada a países de ingresos altos, medianos y bajos (1, 2).

Igualmente la Liga Mundial de Hipertensión afirma que cuatro de diez adultos en el mundo padecen de Hipertensión Arterial. Esta proporción aumenta con la edad: mientras en el grupo etario de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial en el 10% de ellos, de los 50 a 60 años esta proporción se incrementa al 50%. Una de cada 5 personas tiene pre hipertensión. A pesar de la eficacia de los medicamentos disponibles para su tratamiento y del bajo costo para controlarla, existen bajas tasas de tratamiento y control de la enfermedad en pacientes diagnosticados. Los estudios muestran que 1 de cada tres personas hipertensas no logran mantener sus cifras arteriales por debajo de 140/90 (4).

De acuerdo con cifras de la Cuenta de Alto Costo, los reportes de ASIS y la bodega de datos del Sistema de Información de la Protección Social SISPRO, en Colombia, para el 2015, la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS se encontraba en 7,23. Las mismas fuentes revelaron que un 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos cerebrovasculares son causados por la hipertensión arterial. En la consulta externa es la causa más frecuente de motivo de consulta en la población general, en especial en la población mayor de 45 años, en ambos sexos (21).

El Departamento del Huila no es ajeno a la situación nacional que lo atañe; la prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años afiliados al SGSSS para el año 2011 fue 4.63%, y su comportamiento en los sucedáneos años es progresivo (3). Los municipios objeto de estudio en la presente investigación representan la zona centro, norte y sur del Departamento del Huila y la enfermedad arterial ocupa las primeras diez causas de consulta médica en dichos hospitales municipales. Las desigualdades sociales que rodean a los pobladores de estos municipios pese a ser municipios heterogéneos en condiciones geográficas y demográficas, comparten condiciones de vulnerabilidad, abandono estatal, analfabetismo, desempleo y precarios hábitos saludables durante toda su vida.

Todo este panorama advierte que las acciones internacionales y nacionales resaltan la importancia de investigar sobre las causas de la HTA, en ese sentido este trabajo

investigativo se convierte en pilar para la comprensión teórica de dicho fenómeno, a esto se suma el identificar la ausencia de información en contextos situados como los que se intentaron abordar en este trabajo. Esto hizo aún más pertinente el presente estudio, el cual pretende aportar con sus hallazgos en la formulación de políticas en salud encaminadas a disminuir las inequidades sanitarias en los territorios municipales que corresponden a la zona norte, sur, oriente y occidente del Departamento del Huila.

3. MARCO TEÓRICO

Según la OMS la HTA, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear la sangre; estudios observacionales han demostrado una asociación lineal entre el aumento de la presión arterial con el riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular y el incremento de la mortalidad por todas las causas (22, 23, 24). Sin tratamiento adecuado, el impacto hemodinámico sobre órganos como corazón, riñón y cerebro causa un grave deterioro funcional y acarrea consecuencias en la calidad de vida, así como secuelas irreversibles (24).

La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg cuando el corazón late (TAS) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (TAD). Cuando la tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión arterial se considera alta o elevada. La etiología se fundamenta en factores de riesgo metabólicos (diabetes, obesidad), conductuales (sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, dietas inadecuadas con exceso de sal y grasa o insuficiencia de frutas y verduras) y psicosociales (mal control del estrés, entre otras), así como con el aumento de la población y el envejecimiento (25).

La hipertensión es una enfermedad asintomática que puede conllevar a daños en órgano blanco, que se puede presentar en todas las edades con predominio en personas entre los 30 y 50 años, cuyos factores de riesgo se clasifican en: modificables que se relacionan con los estilos de vida que pueden ser prevenibles o transformados y no modificables que son inherentes a la persona y no son prevenibles. Ver tabla 4.

Tabla 4 Factores de riesgo para hipertensión arterial

FACTOR DE RIESGO	FACTOR CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES (NO PREVENIBLES)	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgos
GENERO	La HTA y la ECV hemorrágicas son más frecuentes en mujeres menopaúsicas. La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en hombre.
ORIGEN ETNICO	La HTA es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta de segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, influye definitivamente en la presencia de la enfermedad.
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	Los fumadores presentan el doble de probabilidad de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta en 1mmHg y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha mostrado que individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmg y PAD de 4.7 mmHg, más elevado que los que lo hacen una vez por semana, independientemente del consumo total por semana.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria predispone al sobre peso y el aumento de colesterol total. Una persona sedentaria tiene una predisposición mayor (20 a 50%) de contraer HTA.
ALIMENTARIOS Y NUTRICIOANLES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se ha asociado con HTA. El consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogenico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado con el estrés se encuentra el patrón de comportamiento Tipa

	A(competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos corporales rápidos)
FACTORES METABOLICOS	
SOBREPESO Y OBESIDAD	El sobrepeso (IMC>25) está asociado con el riesgo seis veces mayor de padecer HTA. Ala obesidad (IMC>30) también se asocia con HTA. El perímetro abdominal >80 cm en mujeres y >90 cm en hombres está asociado con mayor riesgo de HTA y dislipidemia.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento de colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.
DIABETES MELLITUS	La Diabetes aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de HTA, adema conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Fuente: Guía 13: Guía de atención de la hipertensión arterial 107-150 (32)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD E HIPERTENSION ARTERIAL

Desde el siglo XVIII se ha descrito la relación entre la desigualdad socioeconómica y los peores resultados de salud. En el siglo XX el “*Black Report*” del *Department of Health 1980*, es considerado el informe emblemático sobre inequidad sanitaria, este aportó evidencia sobre el riesgo diferencial de muerte según clase social, además del estado de desigualdad de Inglaterra respecto a otros países del entorno (26). En este mismo camino, la OMS ha referido que los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en la conducta y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión arterial (25). Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta (27). Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, impedir la prevención de las complicaciones. La urbanización acelerada y desordenada también tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol (38 – 39). Ver figura 1.

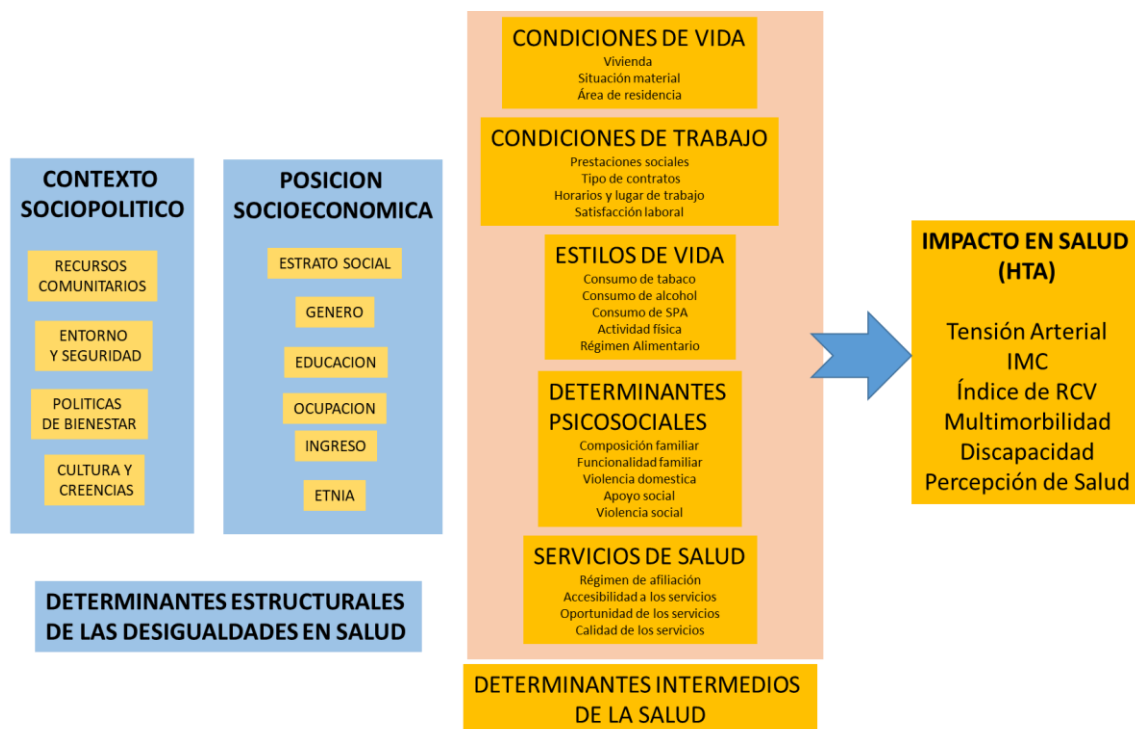


Ilustración 2 Determinantes de la Salud relacionados con la HTA. Adaptado por las autoras.

Siguiendo a Marmot (2003) los Determinantes Sociales de la Salud apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud, como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales y económicas se traducen en impactos de salud, lo anterior se refleja en enfermedades físicas, mentales y mortalidad (28, 29). Es decir que la salud no es simplemente resultado de comportamientos individuales o exposición a los determinantes, sino que ésta es afectada por la estructura social y económica de un contexto específico. Para este autor, el gradiente social, es el centro de la explicación, el que influye en los resultados de salud a través de dos diferentes rutas: a) privación material y b) el proceso psicosocial, mediado por la relación entre la autonomía del trabajo y el estrés social (30).

Las desigualdades sociales en salud se refieren a las diferentes oportunidades y recursos relacionados para acceder a la salud por parte de las personas en función de su edad, clase social, género, etnia y territorio, siendo diferencias evitables, innecesarias e injustas (30).

Responden no sólo a un distinto acceso a los servicios sanitarios, según estas variables, sino que además a diferente exposición a determinantes de la salud estructurales e intermedios, que pueden afectar a las personas y comunidades a lo largo de la vida (31, 32).

El fenómeno de las desigualdades en salud está caracterizado según Daponte (33), por su carácter injusto y evitable, además de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su carácter gradual, su tendencia creciente, su persistencia, su carácter histórico y su carácter adaptativo (lo que indica que los grupos sociales mejor posicionados socialmente son los más beneficiados de las acciones sanitarias y sociales dirigidas a mejorar la salud) (46). Las personas de posición social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en un nivel más alto, produciéndose lo que se denomina “el síndrome del estatus”(41).

Los supuestos de los Determinantes Sociales muestran que cada condición es importante y al mismo tiempo están interrelacionados, la influencia de estas condiciones en conjunto determina el estado de salud. Además, actúan en diferentes niveles: individual, familiar, local comunitario o social, pueden ser causales (directa o indirectamente) o protectores.

El documento sobre los “Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS publicado en el año 2003 fue editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot (34). Allí establecen que la política de salud alguna vez se pensó como muy poco más que la oferta y el financiamiento de la atención médica. Esto ha cambiado y los Determinantes Sociales de la Salud han dejado de ser discutidos sólo entre académicos. Mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud.

La publicación no menciona a los genes, ya que considera que forman parte de la susceptibilidad individual, mientras que las causas de enfermedad que afectan las poblaciones son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la

forma de vida del conjunto. Son las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de las personas, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad. El modelo de Brunnet, Marmot y Wilkinson “Influencias múltiples a lo largo de la vida”, muestra cómo las desigualdades socio-económicas en salud repercuten en la exposición de riesgos ambientales, psicológicos y conductuales, donde los factores conductuales y culturales, así como las desventajas acumuladas en la niñez son significativas para la salud de la población (35), por lo cual las desigualdades en salud se deben al efecto acumulativo de diversas desventajas económicas y sociales durante el curso de la vida (46).

El informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (34) es, probablemente, el documento más difundido sobre la desigualdad en salud a nivel mundial. En él se sintetiza el conocimiento disponible sobre la importancia de diferentes aspectos fundamentales generadores de desigualdad: la primera infancia, la carga de estrés, la pobreza y exclusión social, las condiciones laborales, el desempleo, la red de apoyo social, las drogas, la alimentación y la política de transporte. Esta es posiblemente la visión disponible más amplia de las causas de las desigualdades y exclusión, donde se puede apreciar un conjunto de determinantes complejos, dinámicos e interrelacionados.

ESTADO DEL ARTE

Se realizó una búsqueda en las plataformas Google Academic y PubMed, usando las palabras clave: hipertensión arterial, determinantes sociales y desigualdad. Se seleccionaron los estudios que no tuvieran más de 10 años de antigüedad y que tuvieron objetivos similares al planteado en el estudio.

((("Hypertension"[Mesh]) AND "Social Determinants of Health"[Mesh]) AND "Socioeconomic Factors"[Mesh])

Kals, Stanilav V et al (36) observaron que tras el despido y durante el período de desempleo, la presión arterial de un grupo de trabajadores se incrementaba y permanecía elevada, si bien posteriormente tendía a normalizarse, sobre todo entre aquellos que volvían a encontrar un trabajo permanente. Lo anterior concuerda con lo expuesto por Marmot y

Wilkinson quienes refieren que las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo más riesgoso o estresante, donde los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son una causa significativa de problemas de salud (28 - 30). Harburg E, y cols. (37) encontraron que los sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes por su alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial, mostraban una presión arterial más elevada que aquellos que habitaban en zonas de bajo estrés.

Bacigalupe y Martín (38) mostraron que la escala social y la consecuente percepción subjetiva de tal distancia a la media de la sociedad, y no tanto el nivel absoluto de riqueza o pobreza se relaciona con peor salud en la población de migrantes en la comunidad de Alcalá Henares. Para los autores “las desigualdades sociales en salud se generarían a partir de los efectos directos o indirectos del estrés, derivado de la pertenencia a determinados grupos socioeconómicos y de la percepción de pertenecer a un nivel bajo en la sociedad poco igualitaria”. Asimismo, Adler y Stewart (39) refieren que las personas que se encuentran en la parte inferior de la escala social sufren de estrés emocional relacionado con su situación económica y con los desequilibrios en la relación esfuerzo-gratificación. Además, tienen altas demandas y riesgos en el ámbito laboral y falta de control en sus vidas. También describen que los principales mecanismos por los que el estatus socioeconómico afecta a la salud son, el acceso a los servicios de salud, la exposición a factores ambientales, las conductas de salud, y los procesos biológicos y psicosociales asociados a la exposición al estrés.

González G en el año 2010 (40) encuentra que hay mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las clases sociales más desfavorecidas, cuyos resultados son relevantes e indican que además de los factores de riesgo clásicos puede haber otros factores relacionados con el nivel de estudios que pueden explicar el exceso de riesgo de las clases más desfavorecidas, entre los cuales se podría incluir el estrés familiar, laboral o financiero, la clase social del padre y otros Determinantes Sociales de la Salud, como el ambiente físico y social (seguridad y violencia, soporte y cohesión social o normas sociales). Respecto de la educación, como dimensión de la posición socioeconómica, se encuentra que existe una relación inversa entre el nivel educativo y mayor prevalencia de enfermedad

cardiovascular, diabetes y resultados altos de colesterol como lo expresa Costa y Gil (41). Finalmente, la revisión del trabajo de Cerezo-Correa, M. Del Pilar et al (42), realizado en Manizales permitió identificar que la desigualdad por hipertensión se caracteriza por los determinantes estructurales, sexo, edad, índice de riqueza y región.

Pérez, Osana et al (43), en un artículo de revisión mostraron que frecuentemente, los pacientes hipertensos en consulta manifiestan que su hipertensión es “emocional”, puesto que experimentan incrementos cuando viven situaciones estresantes. Citando a otros autores, mencionan un estudio en el cual se midió la reactividad de los sujetos a los diferentes tópicos tratados durante una entrevista, el 29% de pacientes no mostró aumento significativo de la tensión arterial, 44% aumentó niveles relacionado con aspectos profesionales, el 54% competitividad y autoafirmación y un 33% problemas de la esfera privada (prestigio social, problemas de pareja y problemas de contacto heterosexual).

González-Zapata, Laura I. et al (44), desarrollaron un estudio ecológico en Colombia en el cual estudiaron el Índice de Desarrollo Humano como variable explicativa del determinante biológico de sobrepeso, encontrando que países con altos valores del PBI tienen más bajas prevalencias de exceso de peso, por lo cual, propician un entorno nutricional más adecuado para las personas, esto como consecuencia de sus políticas sociales, fiscales y alimentarias.

Gómez-Restrepo, Carlos et al (45), en el 2015 desarrollaron un estudio sobre las enfermedades crónicas relacionadas con el conflicto armado en Colombia, tomando una muestra representativa a nivel nacional de 10.765 personas mayores de 18 años, de las cuales 20,4% fueron hipertensos (IC95%: 15,7 – 26,1). Los autores concluyen que algunas condiciones crónicas como la HTA y la diabetes parecen más frecuentes en personas afectadas por el conflicto armado, al compararlo con Siria, encuentran resultados similares.

La mayoría de los estudios concuerdan en que el pertenecer a un bajo estrato socioeconómico puede afectar el nivel de tensión arterial por el estrés que genera, ya sea por la inestabilidad del empleo, la percepción que tienen las personas al saber que tienen condiciones menos favorecidas que otras, la falta de educación y la insatisfacción por el nivel laboral obtenido. A lo anterior, se suman los factores ambientales, de acceso a los

servicios de salud y conductuales, dependientes de forma directa o indirecta de las condiciones socioeconómicas. Por otro lado, se explican estos determinantes como factores protectores en países con alto índice de desarrollo y con políticas públicas orientadas a la salud desde diferentes actores

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Investigación de tipo observacional con diseño transversal- descriptivo correlacional.

4.2. Población y muestra

La población objeto fueron los pacientes adultos con diagnóstico de HTA registrados en el Programa de Riesgo Cardiovascular de la ESE de cada municipio Agrado, Suaza, Tello.

Los participantes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple a partir de los registros en las bases de datos de las E.S.E ´s municipales de los programas de riesgo cardiovascular, recurriendo a la fórmula tradicional, utilizando como referencia $p=q=0,5$ que asegura el máximo tamaño muestral.

Un nivel de confianza del 95% y un error máximo admisible del 5% para una población de 2,259 personas dando como resultado un tamaño muestral final de 545 personas hipertensas, 138 del municipio de Agrado (25,3%), 120 del municipio de Tello (22%) y 287 del municipio de Suaza (52.7%). No obstante, el tamaño calculado, por vacíos en los datos se perdieron 6 personas, por lo cual, la muestra utilizada para el análisis fue de 539, Suaza (52,5% $n=283$), Agrado (25,2% $n=136$) y Tello (22,3% $n=120$).

4.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión: ser mayor de 30 años con hipertensión diagnosticada, inscritos en las bases de datos de las Empresa Social del Estado municipales de los programas de Riesgo Cardiovascular. Se excluyeron pacientes en situación de discapacidad cognitiva,

verbal y auditiva para responder la encuesta, pacientes que se encontraban hospitalizados en el momento de la aplicación y quienes que manifestaron su deseo de no participar.

4.4. Variables

De las 176 preguntas que contenía el formulario, fueron seleccionadas para análisis 40, las cuales resumen los hallazgos más importantes de esta investigación; muchas preguntas tenían contenidos similares y otras se presentaban en mínimas frecuencias en los tres municipios. Las variables se dividieron en dos grupos grandes: Determinantes Sociales de la Salud (independientes) y Desenlaces en Salud (Dependientes), las cuales tienen subdivisiones propias. Los Determinantes sociales se agruparon en Estructurales (posición social, género, nivel educativo y condición laboral) e Intermedios (psicosociales, biológicos, conductuales, sistema de salud); las variables desenlace hacen referencia a las mediciones de enfermedad, comorbilidad, complicaciones y percepción de los pacientes de su estado de salud.

Tabla 1 Operacionalización de variables

Determinante	Variable	Definición	Escala	Nivel de medición
Estructural Posición social	Estrato socioeconómico	Estrato según clasificación SISBEN en el que se encuentra la vivienda	-1 -2 -3	Ordinal
	Ingreso Mensual	Ingresos mensuales en pesos del paciente índice	-No devenga -Menos de 1 SMMLV -Entre 1 y 2 SMMLV -Entre 2 y 3 SMMLV -Entre 3 y 4 SMMLV	Ordinal

			-Entre 4 y 5 SMMLV	
			-Entre 5 y 7 SMMLV	
			-Entre 6 y 7 SMMLV	
			-Más de 7 SMMLV	
	Ingresos mensuales del Hogar	Percepción de los ingresos mensuales del hogar frente a los gastos requeridos	-Más que suficientes -Son suficientes -No alcanza	Nominal
Estructurales	Género	Sexo del paciente	-Hombre -Mujer -Otro	Nominal
Estructurales	Nivel educativo	Máximo nivel de educación alcanzado por el paciente	-Sin estudio -Básica primaria -Básica secundaria -Técnico -Profesional -Postgrado	Ordinal
Estructurales Laborales	Edad inicio a trabajar	Rango de edad en la cual el paciente tuvo su primer trabajo	-Menor de 15 años -15 a 18 años -19 a 21 años -22 a 24 años -Igual o mayor a 25 años	Ordinal
	Trabajó en los últimos 12 meses	Haber trabajado por lo menos una vez durante el último año así no	-Si -No	Nominal

		esté empleado actualmente		
Intermedios Psicosociales	Área de residencia	Tipo de zona de la cual procede la persona teniendo en cuenta la urbanización	-Cabecera municipal -Rural Centro poblado -Rural disperso	Nominal
	Estado civil	Estado de unión con pareja	-Soltero -Casado -Unión libre -Viudo -Separado -Divorciado	Nominal
	Razón para trasladarse al municipio	Motivos por los cuales los pacientes se trasladaron de otros lugares al municipio en el que viven actualmente	-Más oportunidades de educación -Motivos de salud -Matrimonio o conformación de hogar -Amenaza o riesgo por conflicto armado -Amenaza o riesgo por delincuencia común -Problemas o conflictos en pareja -Motivos familiares -Motivos laborales	Nominal

				-Mejora de vivienda o ubicación	
				-Problemas económicos	
				-Riesgo de desastre natural	
				-Otra	
				-No aplica	
	Víctimas de agresión	Si el paciente ha sido víctima de agresión de un tercero en el lugar donde reside	-Si -No	Nominal	
	Grupos armados ilegales	Presencia de grupos armados ilegales en la comunidad en que reside	-Si -No	Nominal	
Intermedios Factores Biológicos	Edad	Edad en años cumplidos del paciente al momento de realizar la encuesta	-18 a 29 años -30 a 39 años -40 a 49 años -50 a 59 años -60 a 69 años -70 a 79 años -80 o más años	Ordinal	
Intermedios Conductuales	Consumo de bebidas alcohólicas	Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas	-Si -No	Nominal	
	Actividad física	Frecuencia de actividad física al aire libre	-No realiza actividad física -Ocasional -Varias veces al mes	Nominal	

			- Entrenamiento físico varias veces por semana	
	Dieta	Tiene dieta especial teniendo en cuenta sus patologías de base	-Si -No	Nominal
Intermedios Sistema de Salud	Régimen de afiliación	Régimen por medio del cual está afiliado al SGSSS	-Subsidiado -Contributivo -Especial -Pobre no asegurado -Otro -Ninguno	Nominal
	Consulta medicina general	Frecuencia de consulta a médico general	-Nunca -Cada mes -Cada 3 meses -Cada 6 meses -Cada año -Más de 1 año	Ordinal
	Consulta Enfermería	Frecuencia de consulta por enfermería	-Nunca -Cada mes -Cada 3 meses -Cada 6 meses -Cada año -Más de 1 año	Ordinal
	Glicemia basal	Última vez que se realizó el examen de laboratorio	-Nunca -El último año -Más de un año	Nominal
	Triglicéridos	Última vez que se realizó el examen de laboratorio	-Nunca -El último año -Más de un año	Nominal

	Creatinina	Última vez que se realizó el examen de laboratorio	-Nunca -El último año -Más de un año	Nominal
	HDL	Última vez que se realizó el examen de laboratorio	-Nunca -El último año -Más de un año	Nominal
	IPS entrega medicamentos para HTA	Las IPS hacen entrega de los medicamentos formulados para tratar la HTA	-Sí totalmente -Sí parcialmente -No	Nominal
	Razón de no entrega de medicamentos	Motivo por el cual no le fueron entregados los medicamentos a los pacientes	-No están incluidos en el POS -No había en stock -Errores en la fórmula -No hizo gestión -No tenía dinero -Otra -No aplica	Nominal
Variable desenlace o dependientes	Presión Arterial Media	Medida estandarizada para conocer la presión arterial, que se calcula con la fórmula: $(2XPAD)+PAS/3$	Numérica	Razón
	Presión Arterial Sistólica	Es la medida de la presión arterial al momento de la sístole o contracción del	Numérica	Razón

	corazón, es la medida más alta		
Presión Arterial Diastólica	Es la medida de la presión arterial al momento de la diástole o relajación del corazón, es la medida más baja	Numérica	Razón
Peso	Es la medida de masa en Kg de los pacientes	Numérica	Razón
IMC	Medida estandarizada que relaciona el peso con la talla. Fórmula: Kg/m^2	Numérica	Razón
Clasificación de Riesgo Cardiovascular	El RCV es la probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo de tiempo determinado, el cual se realiza en forma cualitativa y se tomó de las Historias Clínicas	-Riesgo bajo -Riesgo moderado -Riesgo alto -Riesgo muy alto	Ordinal
Número de morbilidades	Número de otras morbilidades que presenta el paciente como ACV, EPOC, Diabetes	Numérico	Ordinal

Accidente Cerebrovascular	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
Insuficiencia Renal	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
Infarto	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
EPOC	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
Diabetes	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
Enfermedad mental	Ha presentado o presenta esta comorbilidad y/o complicación	-Si -No	Nominal
Limitación de actividades diarias por HTA	El paciente puede realizar sus actividades cotidianas	-No puede -Con dificultad -No afecta	Nominal
Percepción del estado general de salud	Percepción del paciente acerca de su estado de salud	-Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala	Ordinal

4.5. Técnicas e instrumentos para recolectar información

Se diseñó un cuestionario “Identificación de Determinantes Sociales en salud en la población adulta hipertensa”, con 21 secciones, 176 preguntas y 1 observaciones frente al cuestionario con un total de 177 preguntas .Para la construcción se revisaron las Encuestas nacionales relacionadas en la Tabla 7 y se escogieron para el análisis los indicadores que aportaban a este estudio según el marco teórico.

Tabla 2 Encuestas revisadas

NOMBRE DE ENCUESTA	AÑO Y RESPONSABLE
Encuesta Nacional de Salud (ENS) (4)	1977-1980: INS, MS y Ascofame, 2007: MS, Cendex- SEI
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)(40)	2010: Profamilia y Minsalud
Estudio Nacional de factores de riesgo para ECNT (ENFREC) (41)	1998, MS y CNC
Encuesta Nacional de Calidad de Vida (42)	2014: DANE
CENSO GENERAL 2005 (43)	2005: DANE
Gran Encuesta Integrada de Hogares – (44)	GEIH - 2013
Encuesta Longitudinal De Protección Social Para Colombia (45)	2012, DANE,DNP
Encuesta Multipropósito (46)	2014, DANE,ALCALDIA DE BOGOTA
Encuesta De Convivencia Y Seguridad Ciudadana (47)	2012, DANE,DNP
Encuesta De Cultura Política (48)	2013, DANE,
Encuesta Nacional De Uso Del Tiempo (ENUT) (49)	2012, DANE

4.6. Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto del cuestionario “Identificación de Determinantes Sociales en Salud en la población adulta hipertensa”, con el 10% de la muestra, aplicándose 55 cuestionarios a pacientes de HTA distribuidos porcentualmente según tamaño muestral, para verificar la comprensión del instrumento. Fue aplicado por personal de enfermería,

con mínimo 2 años de experiencia en programas de riesgo cardiovascular, quienes fueron entrenadas por parte de las investigadoras en cada una de las preguntas del cuestionario, y se suministra instructivo de apoyo para el respectivo diligenciamiento.

4.7. Plan de análisis y tratamiento de los datos

Se realizó el análisis con el fin de establecer las relaciones existentes entre los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios y la hipertensión arterial de los participantes en el estudio. Se tomaron en cuenta las variables que mayor peso aportaron para el análisis de desigualdad. Partiendo de la clasificación de los determinantes sociales, se analizaron las categorías de los determinantes estructurales e intermedios. Ver tabla 6.

Se realizó un análisis descriptivo o univariado, se tabularon 44 variables a través de frecuencias y promedios, para lo cual se tuvo en cuenta las categorías descritas. Se calcularon los porcentajes y las medias de cada variable por cada municipio. En el análisis bivariado se tomaron los determinantes sociales como variables independientes y como variables dependientes la PAM, peso, IMC, controles de laboratorio, otras morbilidades y/o antecedentes y la percepción del estado de salud. Se aplicó la prueba estadística chi cuadrado para aceptar o rechazar la hipótesis alterna, con un nivel de del 95%, siendo una $p < 0.05$ el valor para rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna. Para esta medición, se plantearon las hipótesis:

H₀: no hay diferencias entre las variables analizadas

H₁: existen diferencias entre las variables analizadas

4.8 Calidad de los datos y control de sesgos

Se aplicaron 545 cuestionarios, de los cuales se tuvieron que descartar por presentar vacíos en las variables que se tuvieron en cuenta para el análisis. Para el control de sesgos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Tabla 5 Control de Sesgos

Sesgos	Tipo de sesgo	Control de sesgos
No se realizó muestreo aleatorio de toda la población, se tomaron los inscritos al programa	Sesgo de selección	Los resultados obtenidos son solo aplicables a la población encuestada (inscritos al programa) y no a todos los habitantes de los municipios y del departamento
Toma de tensión arterial	Sesgo de información	Se entrenó al personal encargado de la toma, se calibraron los instrumentos.
Estandarización de instrumentos	Sesgo de información	Se seleccionaron solo las preguntas que fueron entendidas y contestadas de forma completa por los pacientes
La información que el encuestado dio no sea la verdadera	Sesgo de medición	Se compartieron los beneficios que tiene la comunidad al responder el cuestionario y se aseguró la confidencialidad de los datos
Edad de los pacientes para contestar el cuestionario	Sesgo de información	Se excluyeron los pacientes con discapacidad cognitiva, auditiva o visual
Edad de los pacientes para contestar el cuestionario	Sesgo del recuerdo	La categorización de los pacientes para ser incluidos en el estudio partió de los usuarios adscritos al programa de riesgo cardiovascular de cada una de las ESE's municipales, por tanto la información contestada y susceptible de ser afectada por edad avanzada del paciente fue ratificada en historias clínicas.
Mayor cantidad de encuestados en el municipio de Suaza en relación con Tello y Agrado	Sesgo de selección	Hubo dificultades en la muestra de los municipio de Tello y agrado, lo cual se sustenta en un frecuencia menor en estos últimos.

4.9. Software disponible

El procesamiento de la información fue realizado a través de una matriz en Excel organizada con las variables de interés en el estudio; se utilizó el programa estadístico STATA versión 13 para el procesamiento y el análisis descriptivo y bivariado.

1. PRINCIPIOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta el artículo 11 de la Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993 la presente investigación se clasifica como Investigación de riesgo mínimo, en razón que la manipulación de los participantes en el estudio será nula.

En la investigación se empleó técnicas y métodos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estudio. Entre los métodos utilizados se encuentran revisión de base de datos, observación y aplicación de encuestas.

Además, la información de los datos personales de los participantes se mantendrá de manera confidencial y se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93. La investigación se llevó a cabo después de contar con el aval del Comité de ética Institucional en investigación y no generó riesgo o daño para la salud del sujeto o la institución.

Frente a las consideraciones expuestas, se puede establecer que el proyecto no comprometió ninguna variable que se relacionara con experimentos en población debido a que se buscó analizar los Determinantes Sociales en Salud, en las personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial en los municipios de Agrado, Tello y Suaza del departamento del Huila, Colombia 2017.

2. HALLAZGOS Y RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo

Características sociodemográficas

Tabla 3 Características sociodemográficas

Variable sociodemográfica	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	
Edad	18-29 años	2 (2.1%)	2 (1.0%)	1 (1.2%)	0.009
	30-39 años	6 (6.3%)	2 (1.0%)	5 (6.1%)	
	40-49 años	11 (11.6%)	13 (6.4%)	11 (13.4%)	
	50-59 años	16 (16.8%)	38 (18.7%)	20 (24.4%)	
	60-69 años	38 (40.0%)	71 (35.0%)	21 (25.6%)	
	70-79 años	5 (5.3%)	16 (7.9%)	0 (0.0%)	
	80 y más años	17 (17.9%)	61 (30.0%)	24 (29.3%)	
Sexo	Masculino	47 (37.6%)	84 (31.0%)	26 (25.7%)	0.15
	Femenino	78 (62.4%)	187 (69.0%)	75 (74.3%)	
Estado civil	Soltero	16 (12.8%)	26 (9.6%)	17 (16.8%)	<0.001
	Casado	68 (54.4%)	160 (59.0%)	35 (34.7%)	
	Unión Libre	13 (10.4%)	29 (10.7%)	15 (14.9%)	
	Viudo	19 (15.2%)	53 (19.6%)	20 (19.8%)	
	Separado	9 (7.2%)	2 (0.7%)	10 (9.9%)	
	Divorciado	0 (0.0%)	1 (0.4%)	4 (4.0%)	
Área de residencia	Cabecera Municipal	99 (79.2%)	41 (15.1%)	40 (39.6%)	<0.001
	Rural, centro poblado	19 (15.2%)	92 (33.9%)	54 (53.5%)	
	Rural, disperso	7 (5.6%)	138 (50.9%)	7 (6.9%)	
Estrato socio económico	No responde	2 (1.6%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	0.20
	1	112 (89.6%)	247 (91.1%)	85 (84.2%)	
	2	10 (8.0%)	21 (7.7%)	16 (15.8%)	
	3	1 (0.8%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
Nivel educativo	Sin educación	31 (24.8%)	98 (36.3%)	26 (25.7%)	<0.001
	Básica Primaria	66 (52.8%)	158 (58.5%)	64 (63.4%)	
	Básica Secundaria	16 (12.8%)	11 (4.1%)	8 (7.9%)	
	Técnico	9 (7.2%)	1 (0.4%)	1 (1.0%)	
	Profesional	1 (0.8%)	2 (0.7%)	1 (1.0%)	
	Postgrado	2 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	
Régimen de afiliación	Subsidiado	99 (79.2%)	259 (95.6%)	81 (80.2%)	<0.001
	Contributivo	7 (5.6%)	7 (2.6%)	9 (8.9%)	
	Especial	2 (1.6%)	4 (1.5%)	3 (3.0%)	
	Pobre no asegurado	6 (4.8%)	0 (0.0%)	4 (4.0%)	
	Ninguno	11 (8.8%)	0 (0.0%)	4 (4.0%)	

El grupo de edad más frecuente en cada municipio fue 60 a 69 años (40%) para Agrado, el mismo para Suaza (35%) y de 80 años y más (29.3%) para Tello, mostrando en la población

encuestada una edad mayor a los 60 años y en el municipio de Tello con una proporción de pacientes con más edad. En los tres municipios, el sexo femenino fue el más prevalente, Agrado 62.4%, Suaza 69% y Tello 74.3%, en estas variables Tello se empieza a mostrar diferente a los otros dos municipios en edad y sexo.

El estado civil de los pacientes encuestados de Agrado es en su mayoría casado (54.4%), Suaza igualmente con un 59% de pacientes casados y Tello con una proporción del 34,7% también, sin embargo, sigue siendo diferente a lo presentado en los otros municipios. El 79,2% de los pacientes de Agrado viven en la cabecera municipal, el 50.9% de los pacientes de Suaza viven en el área rural dispersa y el 53.5% de los pacientes de Tello viven en los centros poblados de área rural, encontrando diferencias entre los tres municipios estudiados con respecto a su procedencia, lo cual marca diferencias en los comportamientos y en el acceso a los servicios de salud por el lugar en el cual residen.

En los tres municipios, los pacientes pertenecen al estrato socioeconómico 1, siendo Suaza el más alto (91.1%), seguido de Agrado con 89.6% y Tello con 84.2%, en Tello ningún paciente pertenece al estrato 3 y en Agrado y Suaza menos del 1%; esto permite visualizar de entrada el comportamiento similar entre los pacientes en los tres municipios y su bajo nivel socioeconómico según la estratificación. Relacionado con lo anterior, el nivel educativo más común en los tres municipios es básica primaria, seguido de “sin educación”, siendo este último para Agrado el 24.8%, para Suaza el 36.3% y para Tello el 25.7%.

El régimen subsidiado es el régimen de afiliación más común en los tres municipios, mostrando sintonía con el estrato socioeconómico, en Agrado es del 79.2%, en Suaza del 95.6% y en Tello del 80.2%; esto podría ser un reflejo del nivel educativo, en el cual Suaza es el que menor nivel tiene y más proporción de afiliación al régimen subsidiado. También puede mostrar una ventaja para Suaza en aseguramiento y accesibilidad, pues no tienen pacientes no asegurados, comparado con Agrado (4.8%) y Tello (4%) que sí tienen población pobre no asegurada.

Tabla 4 Salud de la población

Salud de la población	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	

Presión Arterial Media	Media (IQR)	96.67 (90.00, 106.67)	96.67 (88.00, 103.33)	93.33 (86.67, 96.67)	<0.001
Presión Diastólica	Media (IQR)	80 (70, 87)	80 (70, 88)	80 (70, 80)	0.020
Presión Sistólica	Media (IQR)	130 (120, 141)	130 (120, 140)	120 (120, 130)	<0.001
Peso	Media (IQR)	67 (62, 76)	64 (55, 73)	71 (62, 80)	<0.001
IMC	Media (IQR)	26.49 (24.44, 29.67)	26.11 (22.68, 29.41)	27.66 (23.72, 31.96)	0.015
Clasificación de Riesgo Cardiovascular	Riesgo bajo	48 (38.4%)	21 (7.7%)	34 (33.7%)	<0.001
	Riesgo moderado	60 (48.0%)	85 (31.4%)	60 (59.4%)	
	Riesgo alto	16 (12.8%)	128 (47.2%)	5 (5.0%)	
	Riesgo muy alto	1 (0.8%)	37 (13.7%)	2 (2.0%)	
Accidente cerebrovascular	Si	67 (53.6%)	254 (93.7%)	50 (49.5%)	<0.001
	No	58 (46.4%)	17 (6.3%)	51 (50.5%)	
Infarto	Si	13 (10.4%)	10 (3.7%)	6 (5.9%)	0.030
	No	112 (89.6%)	261 (96.3%)	95 (94.1%)	
Insuficiencia renal	Si	30 (24.0%)	43 (15.9%)	18 (17.8%)	0.15
	No	95 (76.0%)	228 (84.1%)	83 (82.2%)	
EPOC	Si	7 (5.6%)	5 (1.8%)	4 (4.0%)	0.13
	No	118 (94.4%)	266 (98.2%)	97 (96.0%)	
Diabetes	Si	8 (6.4%)	14 (5.2%)	3 (3.0%)	0.50
	No	117 (93.6%)	257 (94.8%)	98 (97.0%)	
Enfermedad mental	Si	4 (3.2%)	2 (0.7%)	2 (2.0%)	0.18
	No	121 (96.8%)	269 (99.3%)	99 (98.0%)	
Morbilidad	1	3 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	<0.001
	2	8 (6.4%)	2 (0.7%)	6 (5.9%)	
	3	17 (13.6%)	56 (20.7%)	16 (15.8%)	
	4	55 (44.0%)	208 (76.8%)	31 (30.7%)	
	5	42 (33.6%)	5 (1.8%)	48 (47.5%)	
La HTA ha limitado las actividades cotidianas	No puede realizar sus actividades cotidianas	17 (13.6%)	2 (0.7%)	6 (5.9%)	<0.001
	Realiza con dificultad	40 (32.0%)	89 (32.8%)	9 (8.9%)	
	No afecta	68 (54.4%)	180 (66.4%)	86 (85.1%)	

La media de Presión Arterial Media (PAM) fue similar en los tres municipios, Agrado y Suaza 96.8 y Tello 93.3, el valor de PAM normal para adultos hipertensos (TA 130/90) es de 103 mmHg, según esto, los pacientes encuestados se encontraban dentro de los límites esperados al momento de la medición. La media de PAS fue de 130 para Agrado y Suaza y 120 para Tello, y la media de PAD fue de 80 para los tres municipios, lo cual respalda los datos de la PAM y los límites normales o esperados para los pacientes con HTA.

La media de peso también fue similar en los tres municipios, Agrado 67Kg, Suaza 64Kg, Tello 71Kg, siendo en este caso Suaza el más diferente; al calcular el IMC, se encontró que la media para Agrado fue de 26.5, para Suaza de 26.1 y para Tello de 27.7, aunque son similares, la media de Tello es mayor, así como la proporción de mujeres y el grupo de edad

más avanzado, marcando factores de riesgo con más frecuencia en los pacientes de este municipio. Según el IMC, en promedio, los pacientes se encuentran en sobrepeso, pero no en obesidad solo para Agrado y Suaza, pues según el IQR, Tello sí presenta pacientes con obesidad.

En la clasificación de RCV mostró que los pacientes del Agrado tienen en su mayoría un riesgo moderado (48%), la mayoría de los pacientes de Suaza tienen riesgo alto (47.2%) y los de Tello riesgo moderado (59.4%); llama la atención que el 13.7% de los pacientes de Suaza tienen RCV muy alto, comparado con Agrado y Tello que tienen 0.8% y 2% respectivamente. Los antecedentes de enfermedades que están relacionadas con la HTA se muestran con altas proporciones, en el caso del ACV, Agrado el 53.6% de los pacientes encuestados lo tiene, en Suaza el 93.7% y en Tello el 49.5%, esto se apoya con la clasificación de RCV en la cual más del 10% tiene riesgo muy alto. El antecedente de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) muestra que, en Agrado, solo el 1.4% de los pacientes tuvieron este antecedente, en Suaza el 3.7% y en Tello el 5.9%, siendo los tres municipios similares y con menor proporción comparada con ACV. La Insuficiencia Renal en Agrado tuvo una proporción de 24%, en Suaza de 15.9% y en Tello de 17.8%, siendo más alta en el Agrado, más prevalente que la Insuficiencia Renal y menos que el ACV.

El EPOC, aunque no es una patología relacionada con la HTA, sí es frecuente en adultos mayores y se evidenció que en Agrado, el 5.6% de los pacientes tenían este diagnóstico, en Suaza el 1.8% y en Tello el 4%, en este caso, Suaza muestra una menor proporción comparado con los otros municipios y en general, la proporción de pacientes es menor al 5%. En Agrado, el 6.4% de los pacientes eran diabéticos, en Suaza el 5.2% y en Tello solo el 3%, siendo en este caso Tello el municipio diferente y con menor proporción. Aunque la enfermedad mental no está relacionada con la HTA, si puede representar un factor de riesgo para el comportamiento de los pacientes, en cuanto a este antecedente, en Agrado el 3.2% de los pacientes encuestados tenía patología mental, en Suaza el 0.7% y en Tello el 2%.

El número de morbilidades presentada por los pacientes encuestados se comportó así, para Agrado, el 44% de los pacientes tenía 4 morbilidades y el 33.6% tenía 5, para Suaza el 76.8% tenía 4 morbilidades y para Tello el 30.7% tenía 4 morbilidades y el 47.5% tenía 5; lo anterior es una cifra que puede ser preocupante por el riesgo que muestra para los

pacientes al tener más enfermedades que pueden aumentar las complicaciones y la calidad de vida, lo cual se puede ver en la variable “La HTA ha limitado las actividades cotidianas”, en la cual el 13.7% de los pacientes del Agrado manifestaron que no puede realizar sus actividades cotidianas y el 32% que las realiza con dificultad; en Suaza, el 32% realiza con dificultad y el 66.4% manifestó que no afecta sus actividades cotidianas; en Tello, el 5.9% afirmó que no puede realizar sus actividades cotidianas, el 8.9% que las realiza con dificultad y el 85.1% que no les afecta; lo anterior muestra que para los pacientes del Agrado tienen más limitaciones para sus actividades cotidianas que los otros municipios.

Tabla 5 Determinantes estructurales: económicos

Determinantes socioeconómicos	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	
Ingreso mensual efectivo	No devenga salario	84 (67.2%)	184 (67.9%)	80 (79.2%)	0.027
	Menos de 1 SMMLV	33 (26.4%)	78 (28.8%)	16 (15.8%)	
	Entre 1 y 2 SMMLV	4 (3.2%)	8 (3.0%)	3 (3.0%)	
	Entre 2 y 3 SMMLV	2 (1.6%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
	Entre 5 y 6 SMMLV	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.0%)	
	Más de 7 SMMLV	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Ingreso Mensual del Hogar	Más que suficientes	17 (13.6%)	1 (0.4%)	3 (3.0%)	<0.001
	Son suficientes	17 (13.6%)	38 (14.2%)	6 (5.9%)	
	No alcanza	90 (72.0%)	228 (85.4%)	92 (91.1%)	
Edad del primer trabajo	Menos de 15 años	59 (47.2%)	182 (68.7%)	43 (42.6%)	<0.001
	15 a 18 años	43 (34.4%)	66 (24.9%)	34 (33.7%)	
	19 a 21 años	14 (11.2%)	8 (3.0%)	14 (13.9%)	
	22 a 24 años	2 (1.6%)	2 (0.8%)	4 (4.0%)	
	Igual o mayor a 25 años	7 (5.6%)	7 (2.6%)	6 (5.9%)	
Trabajó últimos 12 meses	Si	34 (27.2%)	80 (29.5%)	19 (18.8%)	0.12
	No	91 (72.8%)	191 (70.5%)	82 (81.2%)	

Respecto a las variables socioeconómicas, la mayoría de los pacientes de los tres municipios no devengan salario, Agrado 67.2%, Suaza 67.9% y Tello 79.2%, siendo Tello diferente de los demás; de los pacientes que devengan salario, la proporción mayor es para el grupo que recibe menos de 1 SMMLV, Agrado 26.4%, Suaza 28.8% y Tello 15.8%. Solo en Agrado un paciente (0.8%) devenga más de 7 salarios mínimos. Para la mayoría de los pacientes de los tres municipios, el ingreso mensual del hogar no alcanza para suplir todas las necesidades (Agrado 72%, Suaza 85.4% y Tello 91.1%), esto se podría sustentar con el estrato socioeconómico, ya descrito en la primera tabla de hallazgos, en la cual se muestra que la mayoría de los pacientes pertenece al estrato socioeconómico 1.

La edad del primer trabajo fue en su mayoría menor de 18 años, siendo más prevalente en Suaza menor a 15 años (68.7%) comparado con el Agrado (34.4%) y Tello (42.6%), esto también podría sustentarse con el bajo nivel de escolaridad de los pacientes.

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes no devengan salario, para la variable “Trabajó durante los últimos 12 meses”, el 72.8% de los pacientes del Agrado, el 70.5% de los pacientes de Suaza y el 81.2% de los de Tello no trabajaron durante el último año; para esta variable es importante tener en cuenta que la media de edad de los pacientes es mayor a 60 años y en Tello mayor a 80. En el caso de Suaza, que tuvo menor proporción de pacientes que no trabajaron, este municipio tiene más pacientes viviendo en zona rural dispersa, en la cual, el trabajo principal es la agricultura.

Tabla 6 Determinantes Intermedios: Territorio

Determinantes Intermedios: Territorio	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	
Razón para trasladarse de Municipio	Más oportunidades de educación	3 (2.4%)	3 (1.1%)	4 (4.0%)	<0.001
	Motivos de salud	6 (4.8%)	3 (1.1%)	8 (7.9%)	
	Matrimonio o conformación de hogar	11 (8.8%)	0 (0.0%)	4 (4.0%)	
	Amenaza o riesgo por conflicto armado	1 (0.8%)	1 (0.4%)	4 (4.0%)	
	Amenaza o riesgo por delincuencia común	2 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	
	Problemas o conflictos en pareja	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	
	Motivos familiares	22 (17.6%)	9 (3.3%)	12 (11.9%)	
	Motivos laborales	3 (2.4%)	1 (0.4%)	1 (1.0%)	
	Mejora de vivienda	6 (4.8%)	4 (1.5%)	1 (1.0%)	
	Problemas económicos	3 (2.4%)	1 (0.4%)	3 (3.0%)	
	Riesgo de desastre natural	5 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Otra	18 (14.4%)	0 (0.0%)	2 (2.0%)	
	No aplica	44 (35.2%)	249 (91.9%)	60 (59.4%)	
Víctimas de agresión	Si	4 (3.2%)	2 (0.7%)	5 (5.0%)	0.034
	No	121 (96.8%)	269 (99.3%)	96 (95.0%)	
Grupos armados ilegales	Si	3 (2.4%)	0 (0.0%)	3 (3.0%)	0.024
	No	122 (97.6%)	271 (100.0%)	98 (97.0%)	
Enfrentamientos entre grupos armados	Si	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (7.9%)	<0.001
	No	125 (100.0%)	271 (100.0%)	93 (92.1%)	
Atentado terrorista	Si	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (5.0%)	<0.001
	No	125 (100.0%)	271 (100.0%)	96 (95.0%)	

Al revisar las variables relacionadas con el territorio, la razón para trasladarse de municipio en el caso que aplica, en el Agrado la razón más común fue motivos familiares (17.6%) en Suaza para el 91.9% no aplica y para Tello el 59.4% no aplica; en esto se encuentran diferencias entre los municipios, siendo Suaza el que menos traslado de pacientes presenta, en el cual son más rurales dispersos, por su parte, en el Agrado, los motivos de salud fueron los principales para el traslado de municipio, seguido de “no aplica”. Esta variable se tuvo en cuenta para analizar el conflicto armado en los municipios, por esta razón, solo el 0.8% de los pacientes del Agrado se trasladaron, el 0.4% de Suaza y el 4% de Tello, mostrándose nuevamente Tello diferente en este aspecto a los otros municipios.

El 3.2% de los pacientes del Agrado refirieron ser víctimas de agresión, para Suaza fue el 0.7% y para Tello el 5%, esto en sintonía con lo anterior, Tello manifiesta más violencia o agresión. El 2.4% de los pacientes del Agrado afirmaron la presencia de grupos armados ilegales en su comunidad, para Suaza el ninguno y para Tello el 3%; esta encuesta fue realizada en el 2017, año en el que se estaba viviendo el proceso del acuerdo de paz y en estos municipios se refleja todavía secuelas del conflicto armado colombiano. Solo en el municipio de Tello los pacientes respondieron que han vivido enfrentamiento entre grupos armados (7.9%), los otros municipios se evidencian más pacíficos, pues ningún paciente refirió haber presenciado enfrentamientos, sin embargo, esta es una información muy sensible que podrían algunas personas no contestar afirmativamente por el temor que estos grupos generan. De igual forma, solo los pacientes de Tello (5%) respondieron haber sido víctimas de atentado terrorista.

Tabla 7 Determinantes intermedios: conductuales

Determinantes intermedios: conductuales	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	
Consumo bebidas alcohólicas	Si	57 (45.6%)	152 (56.1%)	40 (39.6%)	0.009
	No	68 (54.4%)	119 (43.9%)	61 (60.4%)	
Frecuencia de actividad física	No hago ejercicio	58 (46.4%)	192 (70.8%)	77 (76.2%)	<0.001
	Ocasional	44 (35.2%)	78 (28.8%)	16 (15.8%)	
	Varias veces al mes	10 (8.0%)	1 (0.4%)	8 (7.9%)	
	Entrenamiento físico varias veces a la semana	13 (10.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Dieta especial	Si	87 (69.6%)	148 (54.6%)	63 (62.4%)	0.016
	No	38 (30.4%)	123 (45.4%)	38 (37.6%)	

El 45.6% de los pacientes del Agrado respondió haber consumido alcohol, en Suaza el 56.1% y en Tello el 39.6%, siendo Suaza el que más frecuencia presentó, sin embargo, todos están cerca de la mitad de los pacientes, aunque en menor grado Tello. Respecto a la frecuencia de actividad física, en los tres municipios lo más frecuente es que no realizan ejercicio, Agrado 46.4%, Suaza 70.8% y Tello 76.2%, siendo Suaza y Tello más similares entre sí en este hábito, en Tello, la mayoría de los pacientes encuestados se encontraba dentro del grupo de edad mayor a 80 años, lo que puede influir en este hábito. El 10.4% de los pacientes del Agrado refirieron realiza actividad física varias veces por semana, lo que se podría comportar como un factor protector.

Respecto a la dieta, otro determinante conductual importante, el 69.6% de los pacientes del Agrado afirmaron tener una dieta especial, en Suaza el 54.6% y en Tello el 62.4%, mostrándose más saludable el municipio del Agrado.

Tabla 8 Determinantes intermedios: Servicios de salud

Determinantes intermedios: Servicios de Salud	Escala	Agrado	Suaza	Tello	p-value
N		125	271	101	
Consulta por médico general	Nunca	14 (11.2%)	3 (1.1%)	5 (5.0%)	<0.001
	Cada mes	87 (69.6%)	186 (68.6%)	49 (48.5%)	
	Cada 3 meses	13 (10.4%)	76 (28.0%)	37 (36.6%)	
	Cada 6 meses	5 (4.0%)	3 (1.1%)	5 (5.0%)	
	Cada 12 meses	4 (3.2%)	2 (0.7%)	3 (3.0%)	
	Más de 12 meses	2 (1.6%)	1 (0.4%)	2 (2.0%)	
Consulta por enfermería	Nunca	50 (40.0%)	108 (39.9%)	47 (46.5%)	<0.001
	Cada mes	49 (39.2%)	9 (3.3%)	26 (25.7%)	
	Cada 3 meses	14 (11.2%)	83 (30.6%)	15 (14.9%)	
	Cada 6 meses	6 (4.8%)	5 (1.8%)	3 (3.0%)	
	Cada 12 meses	2 (1.6%)	34 (12.5%)	4 (4.0%)	
	Más de 12 meses	4 (3.2%)	32 (11.8%)	6 (5.9%)	
Glicemia basal	Nunca	4 (3.2%)	1 (0.4%)	5 (5.0%)	<0.001
	El último año	108 (86.4%)	201 (74.2%)	83 (82.2%)	
	Más de un año	13 (10.4%)	69 (25.5%)	13 (12.9%)	
Triglicéridos	Nunca	5 (4.0%)	1 (0.4%)	2 (2.0%)	<0.001
	El último año	108 (86.4%)	201 (74.2%)	87 (86.1%)	
	Más de un año	12 (9.6%)	69 (25.5%)	12 (11.9%)	
Creatinina	Nunca	7 (5.6%)	1 (0.4%)	8 (7.9%)	<0.001
	El último año	105 (84.0%)	201 (74.2%)	79 (78.2%)	
	Más de un año	13 (10.4%)	69 (25.5%)	14 (13.9%)	
HDL	Nunca	4 (3.2%)	1 (0.4%)	2 (2.0%)	<0.001

IPS entrega medicamento HTA	El último año	109 (87.2%)	201 (74.2%)	86 (85.1%)	<0.001
	Más de un año	12 (9.6%)	69 (25.5%)	13 (12.9%)	
	Sí totalmente	78 (62.4%)	258 (95.2%)	33 (32.7%)	
	Sí parcialmente	36 (28.8%)	10 (3.7%)	59 (58.4%)	
	No	11 (8.8%)	3 (1.1%)	9 (8.9%)	
Razón de no entrega de medicamentos	No están incluidos en el pos	1 (0.8%)	2 (0.7%)	0 (0.0%)	<0.001
	No había los medicamentos recetados	14 (11.2%)	5 (1.9%)	30 (29.7%)	
	No había cantidad requerida	9 (7.2%)	1 (0.4%)	21 (20.8%)	
	Errores en la fórmula	1 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	No hizo las gestiones	5 (4.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	
	No tenía dinero	13 (10.4%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)	
	Otra	21 (16.8%)	5 (1.9%)	0 (0.0%)	
	No aplica	61 (48.8%)	256 (94.8%)	49 (48.5%)	

En las variables de atención en salud, se tuvo en cuenta la frecuencia de atención y de toma de laboratorios como la entrega de medicamentos. En los tres municipios, la mayoría de los pacientes asisten a control con médico general cada mes, Agrado 69.6%, Suaza 68.6% y Tello 48.5% y por enfermería la mayoría de pacientes nunca ha pasado a consulta. De acuerdo a la normatividad vigente, los pacientes con HTA pasan a consulta general cada dos meses si están controlados sus factores de riesgo y las consultas por enfermería son más de carácter educativo, en este sentido, los pacientes encuestados están siendo atendidos oportunamente, aunque Tello en menor grado.

En cuanto a toma de paraclínicos de control, en Agrado el 86.4% tuvo control de glicemia el último año, en Suaza el 74.2% y en Tello el 82.2%, siendo en este caso los pacientes de Suaza con menos control de glicemia. El 86.4% de los pacientes del Agrado tuvo control de triglicéridos, en Suaza el 74.2% y en Tello el 86.1%; el control de creatinina en suero para los pacientes del Agrado en el último año fue del 84%, Suaza del 74.2% y Tello del 78.2% y HDL para Agrado del 87.2%, Suaza del 74.2% y Tello del 85.1%. En todos los controles de laboratorio se evidencia que todos los pacientes de los municipios en su mayoría tienen acceso a estos y al comparar los tres municipios, Suaza se mantienen por debajo en la prestación de este servicio a los pacientes.

Con respecto a la entrega de medicamentos por parte de la IPS, el municipio de Tello muestra una notable diferencia comparado con los demás, pues solo el 32.7% de los pacientes encuestados respondió que le entregan el total de los medicamentos, en Agrado el 62.4% y en Suaza el 95.2%. El 58.4% de los pacientes de Tello respondió que se le

entregan parcialmente y el 8.9% que no se le entregan, similar al Agrado que muestran un 8.8% de pacientes que no reciben los medicamentos. De acuerdo a lo anterior, la IPS de Suaza es la que más cumple con la entrega de medicamentos en los municipios.

La razón de no entrega de medicamentos más común fue, después de “no aplica”, no estar incluidos en el POS, el 4% de los pacientes del Agrado no hicieron las gestiones y el 10.4% no tenía dinero. En Tello, el 20.8% afirmó que no había la cantidad requerida. Esto muestra las diferencias entre los tres municipios en la entrega de medicamentos, siendo más dependiente en Agrado de las personas y en Tello del servicio prestado por la IPS.

6.2. Análisis bivariado

Para el análisis bivariado se tuvieron en cuenta las variables socioeconómicas, demográficas, comportamentales y de atención en salud, que deben explicar los desenlaces en salud, para lo cual se tuvo en cuenta la PAM, el peso, el IMC, el número de antecedentes y la salud percibida.

Tabla 9 Bivariado: Determinantes estructurales e intermedios: sociodemográficos

Socio-demográficas	Agrado					Suaza					Tello				
Sexo	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino			Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Edad															
60 o menos años	15	31.9	26	33.3	0,87	16	19.1	46	24.6	0.314	10	38.5	31	41.3	0.797
Mayor a 60 años	32	68.1	52	66.7		68	80.9	141	75.4		16	61.5	44	58.7	
Área residencia															
Urbana	36	76.6	63	80.8	0,578	6	7.14	35	18.72	0.014*	13	50	27	36	0.208
Rural	11	23.4	15	19.2		78	92.9	152	81.3		13	50	48	64	
Nivel educativo															
Sin educación	15	31.9	16	20.5	0.153	39	46.43	59	31.55	0.018*	6	23.08	20	26.67	0.718
De primaria en adelante	32	68.1	62	79.5		45	53.6	128	68.5		20	76.92	55	73.33	

Régimen de afiliación															
Subsidiado	37	78.7	62	79.5	0.919	83	98.8	176	94.1	0.082	19	73.1	62	82.7	0.290
Otro	10	21.3	16	20.5		1	1.19	11	5.9		7	26.9	13	17.3	

******Valor de *p* calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*****Estadísticamente significativo (95%)

Dentro de las características sociodemográficas se encuentran determinantes estructurales como intermedios. La edad, como determinante intermedio y biológico se analiza por sexo, encontrando mayor proporción de mujeres para el grupo de edad mayor a 60 años en los tres municipios sin tener diferencias significativas entre sí. El área de residencia urbana es mayor en el municipio del Agrado, con mayor cantidad de mujeres en esta zona, en Suaza, el 92.9% de los hombres y el 81.3% de las mujeres encuestados residen en el área rural, encontrando diferencias significativas entre los dos sexos, es decir, que se podría esperar que, en la población de Suaza, se encuentren más hombres en la zona rural. Para Tello, la proporción de hombres en zona rural y urbana es igual y para las mujeres, el 64% vive en zona rural, sin encontrar diferencias significativas entre sí.

El nivel educativo se comporta como un determinante estructural, el porcentaje de pacientes sin educación es alto, en el Agrado, el 31.9% de los hombres y el 20.5% de las mujeres no tenía educación, siendo no significativas. En Suaza, el 46.43% de los hombres y el 31.55% de las mujeres no tenía educación, lo anterior con significancia estadística, lo cual podría mostrar lo que sucede en el municipio, donde una alta proporción no tuvieron acceso a educación y fue más común en los hombres. En Tello, 23.08% de los hombres y el 26.67% de las mujeres no tenían acceso a educación, único municipio en el que las mujeres presentan proporción mayor, sin embargo, no es estadísticamente significativo.

El régimen de afiliación se comporta como determinante intermedio, en ninguno de los grupos hubo significancia estadística y los tres municipios mostraron que pertenecen en su mayoría al régimen subsidiado, tanto hombres como mujeres, en similares proporciones.

Tabla 10 Determinantes estructurales: socioeconómicos

Socio-económico	Agrado	Suaza	Tello
-----------------	--------	-------	-------

	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino			Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Ingreso mensual efectivo															
No devenga	31	65.9	53	67.9	0.818	40	47.6	144	77.0	0.000 *	16	61.5	64	85.3	0.010 *
Devenga	16	34.0	25	32.1		44	52.4	43	22.9		10	38.5	11	14.7	
Ingreso mensual hogar															
No alcanza	39	82.9	51	65.4	0.034*	69	82.1	159	85.0	0.548	23	88.5	69	92	0.585
Suficiente	8	17.0	27	34.6		15	17.9	28	14.9		3	11.5	6	8	
Edad del primer trabajo															
Menor de 15 años	28	59.6	31	39.7	0.031*	59	70.2	123	65.8	0.469	9	34.6	34	45.3	0.341
Mayor de 15 años	19	40.4	47	60.3		25	29.8	64	34.2		17	65.4	41	54.7	
Trabajó últimos 12 meses															
Si	14	29.8	20	25.6	0.614	43	51.2	37	19.8	0.000 *	11	42.31	8	10.7	0.000 *
No	33	70.2	58	74.4		41	48.8	150	80.2		15	57.7	67	89.3	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

Los determinantes estructurales relacionados con las características socioeconómicas de la población que fueron tomados para el análisis bivariado son los ingresos, en esta variable se evidencia que la muestra no devenga sueldo, esto relacionado con la edad; al discriminarlo por sexo, se observa en Agrado que la proporción de hombres y mujeres que no devengan sueldo es muy similar, pero sin significancia estadística; en Suaza, si se observan diferencias significativas, el 47.6% de los hombres y el 77% de las mujeres no devengan sueldo, siendo mucho más alto para las mujeres, esto se puede analizar teniendo en cuenta que los pacientes de este municipio viven en su mayoría en el área rural, en la cual la mujer tiene tareas del hogar muy arduas que no le permitirían recibir un salario, esto no quiere decir que las pacientes hipertensas de Suaza no trabajen, solo que no reciben salario. En Tello, también hay significancia estadística, siendo el 85.3% de las mujeres frente al 61.5% de los hombres que no devengan salario. Este comportamiento podría mostrar la estructura familiar del hombre que trabaja y provee para la familia y la mujer que se encarga del hogar, pudiendo ser un factor de riesgo para generar estrés y también insatisfacción al no devengar un salario.

Para las mujeres y los hombres del Agrado, según la muestra tomada, los ingresos mensuales en el hogar no alcanzan (65.4% y 82.9% respectivamente), esto, estadísticamente significativo, lo que podría mostrar con un 95% de confianza que así se puede comportar la población de pacientes hipertensos del municipio. En Suaza, el porcentaje de mujeres y hombres que piensan que los ingresos no alcanzan es similar y lo mismo para Tello. El inicio de la vida laboral antes de los 15 años se muestra mayor en los hombres, excepto para Tello, donde el porcentaje de mujeres es del 45.3% y de hombres 34.6%, sin significancia estadística; en Agrado, el porcentaje de hombres que iniciaron a trabajar antes de los 15 años es del 59.6% y en Suaza del 70.2%.

Para indagar sobre desempleo, se utilizó la variable “trabajó en los últimos 12 meses” cuyas observaciones muestran significancia estadística en Suaza y Tello, donde más porcentaje de hombres trabajaron comparados con las mujeres (Suaza, hombres 51.2% mujeres 19.8%; Tello, hombres 42.3% mujeres 10.7%). Lo anterior se relaciona con la variable “devenga salario”, que, al analizarla por sexo, son más las mujeres que los hombres que no devengan salario, por tanto, que no tienen empleo.

Tabla 16 Determinantes estructurales: socioeconómicos - Estrato

Estrato socioeconómico	Agrado					Suaza					Tello				
	Estrato 1		Estrato 2 y 3			Estrato 1		Estrato 2 y 3			Estrato 1		Estrato 2 y 3		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Presión Arterial Media															
<100	66	58.9	5	38.5	0.158	148	60	14	58.3	0.880	74	87.1	11	68.7	0.066
>=100	46	41.1	8	61.5		99	40	10	41.7		11	12.9	5	31.3	
IMC															
<=25	31	27.7	7	53.9	0.052	105	42.5	7	29.2	0.205	27	31.8	9	56.3	0.061
>25	81	72.3	6	46.2		142	57.5	17	70.8		58	68.2	7	43.7	
Riesgo Cardiovascular															
Riesgo bajo	44	39.3	4	30.8	0.550	20	8.1	1	4.2	0.492	33	38.9	1	6.3	0.011*
Riesgo moderado-alto	68	60.7	9	69.2		227	91.9	23	95.8		52	61.2	15	93.8	
Percepción de la salud															
Mala salud	23	20.5	5	38.5	0.142	18	7.3	2	8.3	0.852	12	14.1	3	18.8	0.633
Buena salud	89	79.5	8	61.5		229	92.7	22	91.7		73	85.9	13	81.2	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

En el mismo orden dilucidamos el comportamiento del estrato socioeconómico ponderado bajo los estratos 1, 2 y 3 de los pacientes encuestados, en cuyo caso se encontró que el riesgo cardiovascular moderado – alto es prevalente arrojando proporciones considerables en el estrato 2 y 3 de todos los municipios, pero sólo es estadísticamente significativo el resultado encontrado en Tello; esto muestra una relación de proporcionalidad directa entre la posición socioeconómica, en este caso el estrato, y el riesgo en la aparición de enfermedades cardiovasculares; al parecer entre mejores características físicas externas e internas de las viviendas, su entorno inmediato y su contexto habitacional mayor es la posibilidad de desarrollar enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Aún así y contradictorio a lo anteriormente expuesto, la mayor proporción de los pacientes refirieron tener buena salud y, aunque su resultado no es estadísticamente significativo las variables de IMC y PAM reflejan factores de riesgo preocupantes para toda la muestra estudiada.

Tabla 17 Determinantes estructurales: socioeconómicos - Ingresos

Ingresos	Agrado					Suaza					Tello				
	No devenga		Devenga			No devenga		Devenga			No devenga		Devenga		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Presión Arterial Media															
<100	51	60.7	20	48.8	0.206	108	58.7	54	62.1	0.597	68	85	17	81	0.651
>=100	33	39.3	21	51.2		76	41.3	33	37.9		12	15	4	19	
IMC															
<=25	29	34.5	9	22	0.151	78	42.4	34	39.1	0.605	32	40	4	19.1	0.074
>25	55	65.5	32	78		106	57.6	53	60.9		48	60	17	80.9	
Riesgo Cardiovascular															
Riesgo bajo	32	38.1	16	39	0.920	9	4.9	12	13.8	0.011	23	28.8	11	52.4	0.041*
Riesgo moderado o-alto	52	61.9	25	61		175	95.1	75	86.2		57	71.2	10	47.6	
Percepción de la salud															
Mala salud	21	25	7	17.1	0.318	17	9.2	3	3.5	0.089	13	16.3	2	9.5	0.440
Buena salud	63	75	34	82.9		167	90.8	84	96.5		67	83.7	19	90.5	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

Tabla 18 Determinantes estructurales: socioeconómicos – Trabajo en los últimos 12 meses

Trabajó en los últimos 12 meses	Agrado					Suaza					Tello				
	No		Si			No		Si			No		Si		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Presión Arterial Media															
<100	20	58.8	51	56	0.780	50	62.5	112	58.6	0.554	15	78.9	70	85.4	0.490
>=100	14	41.2	40	44		30	37.5	79	41.4		4	21.1	12	14.6	
IMC															
<=25	12	35.3	26	28.6	0.467	30	37.5	82	42.9	0.407	4	21.1	32	39	0.141*
>25	22	64.7	65	71.4		50	62.5	109	57.1		15	78.9	50	61	
Riesgo Cardiovascular															
Riesgo bajo	10	29.4	38	41.8	0.207	10	12.5	11	5.8	0.058	8	42.1	26	31.7	0.387
Riesgo moderado-alto	24	70.6	53	58.2		70	87.5	180	94.2		11	57.9	56	68.3	
Percepción de la salud															
Mala salud	9	26.5	19	20.9	0.505	2	2.5	18	9.4	0.047	2	10.5	13	15.9	0.556
Buena salud	25	73.5	72	79.1		78	97.5	173	9.6		17	89.5	69	84.1	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

Al analizar la proporción de pacientes que devengan o no ingresos se encontró una relación estadísticamente significativa con el riesgo cardiovascular moderado – alto en los pacientes de Tello, lo que continúa respondiendo positivamente a la relación existente entre la inseguridad económica y la HTA con sus consecuentes morbilidades. Situación similar ocurre en la variable “trabajó en los últimos 12 meses”, lo cual atribuye una vez más que los usuarios del programa de riesgo cardiovascular del municipio de Tello tienen mayor número de circunstancias y factores de riesgo que agudizan su problemática en salud comparado con los usuarios de Agrado y Suaza. Para la muestra global se encontró también que el IMC de los pacientes que contestaron positivamente a haber trabajado en los últimos doce meses fue en un alto porcentaje mayor a 25 kg/m³, lo cual sustenta que las personas laboralmente activas tienen un detrimento en los cuidados de su salud.

Tabla 19 Determinantes intermedios: conductuales

Conductas	Agrado					Suaza					Tello				
	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino			Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Consumo bebidas alcohólicas															
Si	30	63.8	27	34.6	0.001*	49	58.3	103	55.1	0.618	13	50	27	36	0.208
No	17	36.2	51	65.4		35	41.7	84	44.9		13	50	48	64	
Actividad física															
Si	21	44.7	46	58.9	0.121	27	32.1	52	27.8	0.468	9	34.6	15	20	0.131
No	26	55.3	32	41.0		57	67.9	135	72.2		17	65.4	60	80	
Dieta especial															
Si	30	63.8	57	73.1	0.276	40	47.6	108	57.8	0.121	11	42.3	52	69.3	0.01*4
No	17	36.2	21	26.9		44	52.4	79	42.3		15	57.7	23	30.7	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

El consumo de bebidas alcohólicas en los tres municipios es mayor en hombres, en Agrado, con significancia estadística se encontró que el porcentaje de hombres que han consumido alcohol es del 63.8% y de mujeres del 34.6%, lo cual se podría encontrar en la población con 95% de probabilidad. En Suaza el porcentaje entre hombres y mujeres es similar (hombres 58.3% y mujeres 55.1%) y en Tello el 50% y el 36% de mujeres ha consumido alcohol, un hábito negativo para el desarrollo de complicaciones por enfermedades cardiovasculares.

Realizar actividad física no tuvo significancia estadística en esta muestra, los resultados obtenidos mostraron que en Agrado las mujeres realizan más ejercicio y en Suaza y Tello los hombres, aunque las proporciones no son muy distantes entre sí. El municipio que más evidenció realizar actividad física fue el Agrado, en el cual el 44.7% de los hombres y el 58.9% de las mujeres entrevistadas respondieron que sí a este hábito que puede ser un factor protector. El hábito de tener una dieta especial por la enfermedad se mostró de forma positiva más en las mujeres en los tres municipios, donde Tello, con significancia estadística el 69.3% de las mujeres y el 42.3% de los pacientes hipertensos llevan una dieta especial.

Tabla 20 Determinantes intermedios: servicios de salud

Servicios de salud	Agrado	Suaza	Tello
--------------------	--------	-------	-------

	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino			Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
Toma de laboratorios último año															
No	9	19.2	7	8.9	0.099	23	27.4	47	25.1	0.696	4	15.4	10	13.3	0.794
Si	38	80.9	71	91.0		61	72.6	140	74.9		22	84.6	65	86.7	
IPS entrega medicamentos															
No	6	12.8	5	6.4	0.224	1	1.2	2	1.1	0.930	2	7.7	7	9.3	0.800
SI	41	87.2	73	93.6		83	98.8	185	98.9		24	92.3	68	90.7	

****Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado**

***Estadísticamente significativo (95%)**

Para los servicios de salud se tuvieron en cuenta dos variables, la toma de laboratorios en el último año se presentó en la mayoría de los pacientes encuestados, en Agrado el 80.9% de los hombres y el 91% de las mujeres; en Suaza, el 72.6% de los hombres y el 74.9% de las mujeres y en Tello el 84.6% de los hombres y el 86.7% de las mujeres; en este aspecto, las pacientes femeninas tuvieron más acceso a la toma de laboratorios que los hombres, sin significancia estadística.

En la entrega de medicamentos, en los tres municipios la mayoría de pacientes recibió los medicamentos de manera total o parcial, la proporción de hombres y mujeres es igual para Suaza, 98.9%, un alto porcentaje de entrega de medicamentos, en Agrado el 87.2% de hombres y el 93.6% de mujeres y en Tello el 92.3% de hombres y el 90.7% de mujeres, mostrando que en Agrado recibieron su tratamiento más las mujeres y en Tello los hombres, cada municipio con un comportamiento diferente y sin significancia estadística.

Tabla 21 Desenlaces en salud

Desenlaces en salud	Agrado					Suaza					Tello				
	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino			Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**	F	%	F	%	P**
PAM															
<100	29	61.7	42	53.9	0.390	49	58.3	113	60.4	0.745	20	76.9	65	86.7	0.241
>=100	18	38.3	36	46.2		35	41.7	74	39.6		6	23.1	10	13.3	
IMC															
<=25	23	48.9	15	19.2	0.000 *	39	46.4	73	39.0	0.253	10	38.5	26	34.7	0.728
>25	24	51.1	63	80.8		45	53.6	114	60.9		16	61.5	49	65.3	

Clasificación RCV															
Riesgo bajo	18	38.3	30	38.5	0.985	12	14.3	9	4.81	0.007 *	10	38.5	24	32	0.548
Riesgo moderado-alto	29	61.7	48	61.5		72	85.7	178	95.2		16	61.5	51	68	
Percepción salud															
Mala salud	13	27.7	15	19.2	0.274	4	4.76	16	8.56	0.269	4	15.4	11	14.7	0.929
Buena salud	34	72.3	63	80.8		80	95.2	171	91.4		22	84.6	64	85.3	

**Valor de p calculado mediante la prueba Chi cuadrado

*Estadísticamente significativo (95%)

Los desenlaces en salud que se tuvieron en cuenta para este análisis fueron inicialmente la PAM con un valor de referencia mayor a 100mm/Hg como elevada, en los tres municipios, la mayoría de los pacientes tuvieron la PAM<100mmHg, esta fue tomada en las casas de los pacientes por el personal entrenado para este procedimiento; al comparar por sexo, en Suaza y Tello los hombres tuvieron más proporción de PAM elevada y en Agrado las mujeres, en ninguno de los tres municipios hubo valor p significativo. El IMC fue la siguiente variable tomada como desenlace, la cual es una consecuencia de los hábitos, de las variables sociodemográficas y las socioeconómicas, tomando como valor de referencia >25Kg/m²; en esta, la mayoría de los pacientes tuvieron sobrepeso, en Agrado el 80.8% de las mujeres y el 51.1% de los hombres, con significancia estadística. En Suaza, el 60.9% de las mujeres y el 53.6% de los hombres estuvieron en sobrepeso y en Tello el 65.3% de las mujeres y el 61.5% de los hombres sin significancia estadística. Lo anterior muestra una tendencia de estar en sobrepeso más en las mujeres del Agrado.

Para la clasificación de RCV se tomó como desenlace estar clasificado como riesgo moderado-alto, en dicha clasificación, el Agrado y Tello tienen porcentajes tanto para hombres como mujeres alrededor del 60% sin significancia estadística, por su parte, Suaza, el 85.7% de los hombres y el 95.2% de las mujeres fueron clasificados como riesgo moderado-alto, con significancia estadística. De lo anterior se podría inferir que, con un 95% de confianza, los pacientes hipertensos de Suaza tienen alto riesgo cardiovascular y en proporción las mujeres. La última variable tomada para medir los desenlaces en salud fue la percepción de los pacientes acerca de su salud, la mayoría de los pacientes encuestados de los tres municipios perciben su salud como buena, en Agrado y Tello más las mujeres y en Suaza los hombres, aunque las diferencias porcentuales no son mayores de 10 puntos.

3. DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en el estudio con esta muestra de pacientes hipertensos permiten visibilizar los determinantes sociales de la salud presentes en los pacientes con HTA en los tres municipios, Agrado, Suaza y Tello, los cuales se comportan de forma similar en algunas situaciones y presentan diferencias importantes entre sí, a pesar de ser municipios pequeños del mismo Departamento. Los determinantes estructurales de salud incluyen todas las condiciones que “generan o fortalecen la estratificación y definen la posición socioeconómica” (DETERMINANTES E INEQUIDAD), para este estudio se tuvieron en cuenta la posición socioeconómica, el género, nivel educativo y aspectos laborales.

El estrato socioeconómico en los tres municipios estudiados es en su mayoría estrato 1, lo que va mostrando de entrada la posición económica de los pacientes incluidos en el estudio, el ingreso mensual más frecuente es menos de 1 salarios mínimos, una cantidad poca de dinero de la cual deben subsistir los pacientes, para los tres municipios, el ingreso mensual del hogar no alcanza para suplir las necesidades y es visto de esa manera mayormente por los hombres, quienes son los que sustentan el hogar, las mujeres, quienes trabajan sin remuneración, perciben mejor el ingreso mensual. El riesgo cardiovascular arroja una perspectiva importante con respecto a la posición económica de los encuestados puesto que presenta un comportamiento antagónico a las condiciones de vida de los pacientes, es decir que a mayores o mejores condiciones económicas en la escala social, mayor es el riesgo de eventos cardiovasculares, y es el municipio de Tello en donde se transcribe fuertemente esta asociación. Según (determinantes e inequidad), el género es un determinante estructural “debido a la influencia fundamental que tiene el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios”, el sexo más predominante fue el femenino y al contrastar el enunciado anterior con los resultados obtenidos, se evidenció que las mujeres más que los hombres, no han laborado en los últimos 12 meses, esto no las podría excluir de haber trabajado en el hogar, y más en las familias de la zona rural en las que el trabajo de la mujer es más extenuante y no reciben remuneración, lo que va mostrando una inequidad de género en estos

municipios. Agregando a lo anteriormente expuesto se obtuvo en el análisis que el ejercicio laboral en los últimos doce meses se refleja en individuos con un índice de masa corporal igual o superior a 25 kg/m³ si se compara con quienes no trabajaron en dicho periodo, una categoría de sobrepeso para una importante proporción de la población con conductas nocivas en su estado de salud.

La edad de inicio a trabajar más destacada fue menor de 18 años, en el análisis univariado se muestra que muchos de los pacientes encuestados iniciaron su vida laboral antes de los 15 años, también mostrando el trabajo infantil, un determinante que se vive en zonas de bajos recursos económicos. El nivel educativo de los pacientes fue en su mayoría primaria, muchos de ellos, en los tres municipios no tuvieron acceso a educación, otro determinante social de inequidades en salud. Todos estos determinantes estructurales estudiados mostraron que los tres municipios han estado expuestos a inequidades sociales y económicas que podrían haber influido en su diagnóstico de HTA, tal como mostraron Bacigalupe y Martín (2007) la escala social y la consecuente percepción subjetiva de tal distancia a la media de la sociedad, y no tanto el nivel absoluto de riqueza o pobreza se relaciona con peor salud en la población de migrantes en la comunidad de Alcalá Henares. Para los autores “las desigualdades sociales en salud se generarían a partir de los efectos directos o indirectos del estrés, derivado de la pertenencia a determinados grupos socioeconómicos y de la percepción de pertenecer a un nivel bajo en la sociedad poco igualitaria” (50).

Los determinantes intermedios estudiados se clasificaron en psicosociales, biológicos, conductuales y del sistema de salud. El determinante psicosocial más importante fue el área de residencia, los pacientes de Agrado y Tello viven en la cabecera municipal y los de Suaza pertenecen al área rural dispersa. El área de procedencia es importante porque los lugares para atención en salud se encuentran principalmente en las cabeceras municipales y las áreas dispersas tienen un acceso más lejano a los centros de salud. El estado civil no mostró diferencias entre los municipios, en los tres, la mayoría de pacientes están casados.

Otras variables incluidas dentro de los determinantes psicosociales fueron las relacionadas con el territorio, el 4% de los pacientes de Suaza se han trasladado de municipio por motivo del enfrentamiento entre grupos armados. El flagelo de la violencia ha acompañado a

Colombia en todos sus territorios y también puede afectar la salud de la población, tal como lo muestran Gómez-Restrepo, Carlos et al, que en el 2015 desarrollaron un estudio sobre las enfermedades crónicas relacionadas con el conflicto armado en Colombia, del cual concluyeron que algunas condiciones crónicas como la HTA y la diabetes parecen más frecuentes en personas afectadas por el conflicto armado, al compararlo con Siria, encuentran resultados similares. Aunque en las respuestas positivas sobre conflicto armado las proporciones fueron bajas, los pacientes del municipio de Tello han vivido más los enfrentamientos entre grupos armados (7.9%) a diferencia de los otros dos municipios que el 100% contestó negativamente.

El determinante biológico estudiado fue edad, el grupo de edad más prevalente en los tres municipios fue el de 60 a 69 años en Agrado y Suaza y para Tello fue el grupo mayor a 80 años, mostrando que los pacientes de este municipio son más adultos y, por tanto, relacionado con lo anterior, han tenido más posibilidades de estar expuestos al conflicto armado. Llama la atención los pacientes con diagnóstico de HTA en edad temprana, en el grupo de menores de 30 años hay porcentajes del 1% y 2%, aunque son bajos, es preocupante la transición de la población a padecer de enfermedades crónicas en adultos jóvenes, en Agrado y Tello el grupo de 30 a 39 años está cerca del 6% y en Suaza solo del 1%.

Al analizar la variable edad con sexo, en los tres municipios estudiados, la proporción de hombres es mayor que la de mujeres en el grupo de edad mayor a 60 años, aunque no es estadísticamente significativo; al contrastar con los resultados de Costa y Gil (56), en España se presenta una mayor incidencia de enfermedades crónicas en las mujeres, siendo alta para la Hipertensión Arterial. Para el grupo de 65 años de edad y más encontraron una mayor probabilidad de contraer hipertensión arterial y tener colesterol elevado en las mujeres (0,344 y 0,184) que entre los hombres (0,215 y 0,078). Los resultados del análisis de este estudio muestran que el 70% del total de la población se ubica en personas mayores de 60 años, caracterizándose por ser en una población mayormente longeva y de la cual el 67.5% corresponde a mujeres las cuales se auto-refieren entre el 29% y 37% como víctimas de maltrato psicológico por parte de sus parejas.

Esta disparidad podría explicarse bajo la teoría eco-social de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), que analiza cómo el contexto, no solo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo aspectos del contexto en que viven y trabajan. Este proceso configura los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven (57). El estudio de la violencia intrafamiliar en estos municipios a través de las encuestas no fue tenido en cuenta para el análisis debido a problemas con la aplicación de la encuesta, sin embargo, los datos de ASÍS municipal de cada uno de los territorios, la tasa de incidencia de violencia contra la mujer es de 67.01 en Agrado, 149.5 en Tello y 136.58 en Suaza (ver tabla 2), mostrando a Agrado y Tello en peores condiciones para el desarrollo de las mujeres, lo cual afecta negativamente su estado de salud.

Las conductas se comportan como factores intermedios, para este estudio se tuvo en cuenta la alimentación, la actividad física y el consumo de alcohol. El consumo de alcohol es mayor en el municipio de Suaza (56.1%) al realizar el análisis descriptivo, en el bivariado, el cruzarlo con la edad, las mujeres y los hombres de este municipio tiene casi la misma proporción de consumo de alcohol, a diferencia de los otros, en las que los hombres predominan en este hábito; en este punto, se va marcando un riesgo en el municipio de Suaza en los comportamientos de la población. En cuando a la dieta, en el municipio del Agrado se observó la mayor proporción de pacientes con el hábito de dieta especial de acuerdo a su patología (69.6%) y al discriminarlo por edad, las mujeres son las que más se cuidan en la dieta.

La frecuencia de actividad física en los pacientes con HTA en los tres municipios fue más alta para los del Agrado, en Suaza y Tello más del 70% de los pacientes no realizan actividad física, dejando estos municipios en más riesgo de complicaciones. Al realizar el análisis por sexo, las mujeres de del Agrado son las que más realizan actividad física comparada con los otros municipios en que los hombres lo hacen en mayor proporción. Según Gonzalez-zobl G et al. cuanto mayor es la educación de las personas que están siendo tratadas por alguna enfermedad, mayor es la adhesión de las mismas a los protocolos (18). Al analizar el nivel educativo de los tres municipios, el 12.8% de los

pacientes del Agrado tienen educación secundaria, frente a Suaza que es del 4.1% y Tello del 7.9%, aunque no se realizó un cruce de estas dos variables, se podría orientar la explicación de la diferencia de los determinantes intermedios/comportamentales entre los pacientes del Agrado con respecto a los otros municipios partiendo del nivel educativo.

El último grupo de determinantes intermedios estudiado fue el del sistema de salud, el régimen de afiliación más común fue el subsidiado, esto se explica desde los determinantes estructurales del estrato socioeconómico y el ingreso mensual de los pacientes. El régimen subsidiado permite el acceso de los pacientes sin recursos al sistema de salud con el derecho de recibir la atención y el tratamiento requeridos para sus patologías. No obstante, si los pacientes no están asegurados, no pueden recibir la atención a menos que paguen por los servicios; en el municipio de Suaza, ningún paciente estaba sin aseguramiento, a diferencia de Tello y el Agrado, aunque en bajas proporciones, esto marca una barrera para el acceso al tratamiento de deben recibir los pacientes. La frecuencia de consulta por medicina general es de 2 a 3 meses para los pacientes con control de la enfermedad, más del 80% de los pacientes de estos municipios cumple con este criterio, sin embargo, Agrado presenta que el 11.2% nunca ha pasado a consulta con médico general, muchos pacientes son atendidos por especialistas o solo van a controles de enfermería para reformulación de medicamentos, la consulta por enfermería es menos frecuente.

La toma de laboratorios es importante para el control de la enfermedad, aunque Suaza fue el municipio en el que todos los pacientes contaron con aseguramiento, es el que menos frecuencia tiene de toma de laboratorios, alrededor del 70% de los pacientes han tenido control en el último año, comparado con Agrado y Tello que tienen porcentajes cercanos al 80%, lo anterior podría estar relacionado con la ruralidad, pues los pacientes encuestados de Suaza residían en su mayoría en la zona rural dispersa, con más distancia para el acceso a los servicios de salud, lo cual podría constituirse como una causa y un determinante social intermedio que disminuye el acceso a los servicios de salud.

El acceso a los medicamentos también es importante, en el análisis descriptivo se pudo observar que, el 95.2% los pacientes de Suaza recibieron de forma completa los medicamentos para su tratamiento y solo el 1.1% no lo hicieron, esto se puede relacionar también con la afiliación, pues según la encuesta, ningún paciente de este municipio se

encontró sin seguridad social, por su parte, el 58.4% de los pacientes de Tello recibieron parcialmente sus medicamentos, por no haber cantidad requerida (20%), esto mostraría un falencia en la prestación del servicio por parte de la IPS en este municipio que debería ser estudiada a profundidad, pues el no acceso al tratamiento farmacológico afecta negativamente en el control de la enfermedad en mención.

Los desenlaces en salud mostraron que la enfermedad está controlada en la población estudiada, la media de PAM fue menor de 100 mmHg en cada municipio y la tendencia de ser mayor se observa en Tello. El IMC fue tuvo una media de 26 Kg/m² y Tello también mostró tendencia a estar mayor, igual que en el peso. Los determinantes sociales que más se evidenciaron en el municipio de Tello en forma particular fueron la edad y presencia del conflicto armado en sus territorios, además de tener hábitos no saludables y no contar con acceso total a su tratamiento farmacológico. Lo anterior se podría estar comportando como determinantes sociales estructurales e intermedios para este municipio. Otro desenlace importante que se estudió fue la presencia de co-morbilidades, unas relacionadas con la HTA como la IRC, el IAM y el ACV y otras como la diabetes, el EPOC y la enfermedad mental. El antecedente más presentado fue el ACV, lo cual puede generar incapacidad. Al sumar el número de antecedentes por paciente, el municipio de Tello fue el mayor, el 47.5% de los pacientes tenía los cinco antecedentes juntos, un desenlace muy desfavorable para los pacientes y sus cuidadores. Suaza no se queda atrás, el 66.8% de sus pacientes tenía 4 antecedentes y el 44.5% de Agrado también, mostrando los tres municipios una consecuencia de los pocos hábitos saludables, el no acceso a la salud, todo en respuesta a las condiciones socioeconómicas de los tres territorios, pues todos son de muy escasos recursos y viven en condiciones de pobreza que en consecuencia van generando resultados negativos en su salud.

Para innumerables investigadores de la teoría eco social, (60) existe un gradiente social en salud que va desde lo más alto a lo más bajo del espectro socioeconómico. Los efectos del gradiente pueden ser drásticamente evidentes y bastante sutiles. En general, las personas que están por encima de la posición inferior presentan un peor estado de salud que las que están por encima de ella, pero un mejor estado de salud que las que están por debajo. En este sentido, la investigación trata de personas ubicadas en su mayoría en estratos socioeconómicos muy desfavorecidos por lo cual la comparación entre ellas es inapropiada,

pues todas muestras resultados similares. Otro desenlace estudiado fueron las limitaciones por la enfermedad, donde Agrado es el municipio que presentó más dificultad (45.6%) comparado con Suaza y Tello.

La percepción de los pacientes acerca de su salud fue en general buena para todos los pacientes, a pesar de las condiciones de discapacidad y los antecedentes presentados, quienes perciben su salud como mala en mayor proporción fueron los pacientes del Agrado, los mismos que presentan más limitaciones en sus actividades cotidianas, lo cual tendría una relación íntima, pues si la enfermedad no ha generado incapacidad, la persona sigue percibiendo su salud como buena hasta que tenga alguna secuela que dificulte llevar sus actividades con normalidad. Esto es preocupante, pues al no percibir mala salud, muchas personas podrían no motivarse a mejorar sus estilos de vida, tal como se evidenció en este estudio, el municipio con mejores hábitos fue Agrado, aunque esto debería estudiarse a profundidad para hacer aseveraciones con sustento estadístico.

La clasificación del RCV fue en general alto-moderado, al realizar el análisis descriptivo, el 60.9% de los pacientes de Suaza se clasificaron en riesgo alto y muy alto, comparado con la mayoría de los pacientes de Suaza y el Agrado que están clasificados en riesgo bajo y moderado, mostrando a Suaza en cierta desventaja frente a los demás; la característica diferencial más importante de Suaza fue la residencia en zona rural dispersa y el menor acceso a los laboratorios de control, todo enlazado como determinantes intermedios para las inequidades en el acceso a los servicios de salud que pueden terminar en mayor riesgo para la vida de los pacientes.

4. LIMITACIONES

La principal limitación del estudio es no poder extrapolar los resultados a los municipios de donde provienen los sujetos, puesto que se trató de una muestra de los usuarios que hacen parte del programa de riesgo cardiovascular de cada una de las ESE`s municipales; incurriendo así en el sesgo de selección. A su vez tampoco se tiene exactitud en la información comunicada por los individuos encuestados, esto debido a la edad avanzada de la mayoría de ellos, lo que se traduce en olvidos e información errada. Este sesgo de información se trató de controlar excluyendo del análisis a personas con discapacidades verbales, cognitivas y visuales con el propósito de reducir el margen de error.

Además, otra limitación en el diseño metodológico fue la no validación del instrumento diseñado para la recolección de los datos, lo cual reduce la confiabilidad de los hallazgos realizados. También se reconoce el error sistemático cometido debido a la no aleatorización de los individuos encuestados, sino que se realizó bajo conveniencia arrojando entonces un sesgo de selección en el diseño metodológico efectuado.

Por último se reconoce la ausencia de una perspectiva de genero en el ejercicio investigativo realizado en cuanto a la metodología y el plan de análisis, lo cual se manifiesta como una limitante que expone la necesidad de realizar investigaciones que permitan identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres.

5. CONCLUSIONES

La población estudiada fueron los pacientes con HTA inscritos al programa de riesgo cardiovascular, este trabajo se propuso analizar las condiciones socioeconómicas relacionadas con los desenlaces en salud de tres municipios del Departamento del Huila. La encuesta realizada permitió hacer una aproximación a los principales determinantes que podrían incidir en la salud y en el desarrollo de HTA en la muestra estudiada. Se lograron describir los determinantes estructurales e intermedios de la salud en los tres municipios y sus principales desenlaces en los pacientes con el diagnóstico estudiado.

Los antecedentes investigativos revisados aportaron a este estudio al definir los determinantes de la salud entre dos categorías, estructurales e intermedios, esto permitiendo el análisis de forma ordenada para los hallazgos encontrados. Faltó investigaciones que analizaran la relación entre el acceso a los servicios de salud con los desenlaces dentro del marco de determinantes sociales de las inequidades en salud. Otra falencia en los antecedentes fueron estudios que mostraran la relación entre las conductas de salud de los pacientes sin secuelas frente a los que tienen secuelas, tratando de encontrar motivos para el no autocuidado de los pacientes desde la incapacidad que genere la enfermedad.

Los aspectos centrales de los hallazgos encontrados fueron la edad, como determinante biológico, la mayor proporción fue de personas mayores de 60 años, el estrato socioeconómico y los ingresos de los pacientes fueron muy bajos y sus desenlaces como el número de antecedentes fue preocupante. En general, los hábitos de vida son poco saludables y la clasificación de RCV fue moderada y alta para la mayoría de los encuestados. La atención en salud muestra una debilidad en la entrega de medicamentos para el municipio de Tello y en la toma de laboratorio para el municipio del Agrado. En conclusión, las condiciones socioeconómicas de los pacientes encuestados de los tres municipios son bajas, con bajo nivel escolar, de ingresos y un alto porcentaje de desempleo, lo que se evidencia en las conductas de salud, en el acceso a los servicios de salud y en los desenlaces relacionados con la HTA que pueden deteriorar las capacidades de realizar

las actividades de la vida diaria de los pacientes y disminuir su funcionalidad y satisfacción con el estado de salud.

6. RECOMENDACIONES

El estudio de los determinantes sociales de la salud es muy particular en cada territorio, pues el comportamiento de cada población es distinto, solamente con este trabajo en tres municipios de un mismo departamento se lograron encontrar diferencias entre determinantes, es por eso necesario que cada comunidad tenga su propia evaluación de factores y determinantes para la resolución particular de cada lugar evaluado.

Establecer relaciones causales entre diferentes factores podría ser recomendable para mejorar las conclusiones acerca de los determinantes en salud, como la relación causal entre nivel educativo y conductas, número de morbilidades y conductas, discapacidades y conductas y sus desenlaces en salud.

1. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Brechas en la salud Pública - Perú. Glob Health Promot [Internet]. 2008;40. Available from: <http://www.who.int>
2. OMS. Información general sobre la hipertension en el mundo. Una enfermedad que

- mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Oms [Internet]. 2013;1–39. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
3. Gobierno de Colombia. Análisis De Situación De Salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía. Minist salud [Internet]. 2018;1–143. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
 4. Ministerio de Salud y Protección Social. Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia – mayo 17 de 2017. Minist Salud y Protección Soc Colomb [Internet]. 2017;1–11. Available from: ish-world.com/events/e/World-Hypertension-Day-2016/
 5. Situación ADE, Con DES. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) SUAZA HUILA 2017. 2017;
 6. Salud PTDE, Integrado M, El P. Dirección Local De Salud. 2011.
 7. Ministerio de la Protección Social. Encuesta nacional de salud 2007 [Internet]. Colciencias. 2009. 343 p. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ENCUESTA_NACIONAL.pdf
 8. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Minist salud [Internet]. 2013;1(32):452. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan-Decenal-de-Salud-Pública.pdf>
 9. Huila GDEL, Salud SDE, Huila DEL, Paola Y, García M. Modelo De Los Determinantes Sociales De. 2014
 10. Secretaria de Salud Departamental. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Los Determinantes Sociales de Salud, Tello 2012. Municipio de Tello, Huila, 2014.
 11. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. Second edition. Organización Mundial de la Salud, España.2003
 12. Marmot, M. Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365, 1099-1104.2005
 13. Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. Contribution of job control and other risk factors to social variation in coronary heart disease incidence. Lancet, 350, 235-239. 1997

14. Marmot, M., Siegrist, J., & Theorell, T. Health and the psychosocial environment at work. In M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd ed., pp. 97-130). Oxford: Oxford University Press. 2006
15. Marmot, M. G. Status syndrome: A challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association*, 295(11), 1304-1307. 2006
16. Marmot, M. Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality: The whitehall studies. *Soz Präventivmed*, 38, 271-9. 1993
17. Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. S. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 244-9. 1978
18. González-Zobl G et al. Posición socioeconómica y riesgo de infarto agudo de miocardio. *Revista Española de Cardiología*. España 2010; 63(9):1045-53.
19. Cerezo correa m, Cifuentes Aguirre o, nieto murillo e. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. Tesis para optar por el grado de maestría en salud pública Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Salud Manizales, Mayo de 2012
20. Resolución CD52.R9. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. 52 CONSEJO DIRECTIVO. 65.a Sesión del Comité Regional Washington, 2013.
21. Pinilla Analida, Barrera Maria del Pilar AJ. Guía de atención de la hipertensión arterial - Ministerio de la Protección Social. Guía atención la Hipertens Arter [Internet]. 2013;13:161–218. Available from: www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf
22. Collaboration PS. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality : a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. 2002;360:1903–13.
23. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. 2016;441–50.
24. Collins R, Peto R, Godwin J, Macmahon S. Blood pressure and coronary heart disease. *Lancet*. 1990;336(8711):370–1.
25. OMS. Información general sobre la hipertension en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Oms [Internet]. 2013;1–39. Available from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

26. Gray AM. Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *Int J Heal Serv.* 2005;12(3):349–80.
27. Molerio Pérez O. y García Romagosa G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Universidad Central de Las Villas, Facultad de Psicología. *Revista Cubana de Medicina.* ISSN 0034-7523 Versión on-line
28. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005;365:1099–104.
29. Marmot M. The Status Syndrome. *Jama.* 2006;295(11):1304–7.
30. Wilkinson, Richard; M M (International C for H and S. Determinants of Health the Solid Facts. World Health. 2003;
31. Molerio O, Garc G, Contribuciones R, Psicolog RDELA, Salud DELA, El EN, et al. Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial Contributions and Challenges in Health Psychology in the. 2004;XIII:101–9.
32. Marmot M, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease. *Lancet.* 2005;350(9088):1405.
33. Daponte C., A., Bolívar, J., García, M. M. (2009). Las desigualdades sociales en salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
34. Mundial De La Salud O. COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ACCIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD: APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS ANTERIORES Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud Marzo de 2. 2005;1–72. Available from: http://www.who.int/social_determinants/en/Correoelectrónico:csdh@who.int
35. Marmot, m and Wilkinson, RG 2001. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 322 (7296) 1233-1236
36. Pérez, Osana. Behavior I. *Archives of Environmental Health: An International Review* - . Article Health Behavior , IUnes s Behavior. 2013;(March 2015):37–41.

37. Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ, Schork MA. Socioecological stressor areas and black-white blood pressure: Detroit. *J Chronic Dis* 1973;26:595-611.
38. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Ararteko; 2007.
39. Adler NE, Stewart J. Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1186:5–23.
40. González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, Martí R, Sanz H, Sala J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2010;63(9):1045–53. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932\(10\)70226-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0300-8932(10)70226-8)
41. Costa J, Gil J. Una exploración de las desigualdades socioeconómicas en morbilidad en España. Cuadernos económicos de ICE. 2008; N. 75.
42. Cerezo-Correa, M. Del Pilar; Cifuentes-Aguirre, OL; Nieto-Murillo E, Parra-Sánchez JH. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2012;11(23):165–88.
43. Molerio Pérez O, García Romagosa G. Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el Abordaje de la Hipertensión Arterial Esencial. *Rev Psicol*. 2011;13(2).
44. González-Zapata Laura Inés, Estrada-Restrepo Alejandro, Álvarez-Castaño Luz Stella, Álvarez-Dardet Carlos, Serra-Majem Lluís. Exceso de peso, aspectos económicos, políticos y sociales en el mundo: un análisis ecológico. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Sep [cited 2019 Aug 15]; 27(9): 1746-1756. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20110009000008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20110009000008>.
45. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño CC, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:147–53.
46. Bustos-Ibarra Cecilia. La relación entre la clase social y las desigualdades en salud:

una aproximación desde las nociones de modos de vida y factores críticos de exposición. Available from: <http://www.fes-sociologia.com/files/congress/10/grupos->

CUESTIONARIO
IDENTIFICACION DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADA CON LA HIPERTENSION ARTERIAL EN POBLACION ADULTA EN TRES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, (COLOMBIA) 2017.

trabajo/ponencias/362.pdf

Anexo 1.

Información importante para los participantes

Esta encuesta hace parte de la investigación **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD RELACIONADA CON LA HIPERTENSION ARTERIAL EN POBLACION ADULTA EN TRES MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, (COLOMBIA) 2017**; que hace parte de un proyecto de grado para Maestría en Salud Pública de la Universidad Santo Tomas.

La información que se recolecta en este cuestionario es de carácter CONFIDENCIAL, sólo se utilizará para los propósitos de la investigación y para contribuir al cuidado de la salud de quienes han sido encuestados. Se han tomado todas las precauciones para que dicha información no se divulgue de manera pública y para que los informes que se generen a partir de este trabajo no permitan identificar los datos personales de los encuestados.

Es importante que usted sepa que su participación en cualquiera de las actividades de este estudio es voluntaria, es decir, usted es libre de aceptar o no participar en él. Sin embargo, su colaboración es supremamente valiosa por cuanto los resultados permitirán mejorar los programas de salud de nuestro departamento.

Cualquier duda que usted tenga con respecto a su participación en la encuesta podrá ser aclarada por la persona que le está haciendo la entrevista.

Si usted acepta participar en esta encuesta, por favor responda a las siguientes preguntas de la manera más veraz y precisa posible.

En nombre del equipo investigador, gracias.

N°

SECCION 1 IDENTIFICACION Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Nombre Completo: _____ 2. Documento de Identidad: _____
 3. Dirección: _____ 4. Teléfono: _____ 5. Municipio: _____
 6. Área de residencia: 1. Cabecera Municipal _____ 2. Rural Centro poblado _____ 3. Rural disperso _____
 7. Estrato Socioeconómico: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
 8. Sexo: F _____ M _____ 9. Fecha de Nacimiento: _____
 10. ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como:

1. Indígena	
2. Raizal	
3. Palenquero	
4. Gitano	
5. Indígena	
6. Mestizo u otro diferente	

SECCION 2 ESCOLARIDAD

11. ¿Sabe leer? SI _____ NO _____
 12. ¿Sabe escribir? SI _____ NO _____
 13. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado?

1. Sin estudio	
2. Básica primaria	
3. Básica secundaria	
4. Técnica y/o tecnológica	
5. Profesional	
6. Postgrado	

SECCION 3 VIVIENDA Y SITUACION MATERIAL

14. En qué Tipo de vivienda reside:

1. Casa	4. Tipo cuarto
2. Casa indígena	5. Otro tipo de vivienda (carpa, barco, refugio natural, puente, etc.)
3. Apartamento	6. Calle

15. La vivienda en que reside es:

1. Propia totalmente pagada	4. Posesión sin título
2. Propia la están pagando	5. Familiar
3. En arriendo	6. Otra: Cual

16. Cuántas personas viven en esta Vivienda? N° _____

17. ¿Cuántos cuartos usan para dormir las personas de este hogar? N° _____

18. ¿Cuál es el material predominante en la construcción de la vivienda?

1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	5. Guadua, caña, esterilla, otros vegetales
2. Tapia pisada, adobe, bahareque	6. Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plásticos
3. Madera burda, tabla, tablón	7. Sin paredes
4. Material prefabricado	

19. ¿La vivienda cuenta con servicio de:

SERVICIO	SI	NO
Energía eléctrica		
Alcantarillado		
Acueducto		

Gas natural conectado a red pública		
Teléfono fijo con línea		
Teléfono Celular		
Recolección de basuras		
Parabólica o TV cable		
Internet		
Ningún Servicio		

20. Durante los últimos 12 meses su vivienda se ha visto afectada por:

- ☐ 1. Inundaciones, desbordamiento, crecientes, arroyos
☐ 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos
☐ 3. Hundimiento del terreno
☐ 4. Ventarrones, tormentas, vendavales
☐ 5. Hogares cuya vivienda no ha sido afectada

SECCION 4 INGRESOS Y SITUACION ECONOMICA

21. Considera que las condiciones de vida actuales de su hogar son?

1. Muy Buenas	2. Buenas	3. Regulares	4. Malas	5. Muy malas
---------------	-----------	--------------	----------	--------------

22. Se considera Pobre? SI ☐ NO ☐

23. Aproximadamente cuanto son sus ingresos mensuales en efectivo?

1	No devengan salario
2	Menos de \$737.717
3	De \$737.718 a \$1.475.434
4	De \$1.475.435 a \$2.213.151
5	De \$2.213.152 a \$2.950.868
6	De \$2.950.869 a \$3.688.585
7	De \$3.688.586 a \$4.426.302
8	De \$4.426.303 a \$5.164.019
9	Más de \$5.164.020

24. ¿Usted recibe ingresos por? Se admite respuesta múltiple.

1. Ingresos del trabajo	7. Prestaciones o subvenciones (arriendo) relacionadas con la vivienda (casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes)
2. Prestación y subsidios por desempleo	8. Prestaciones o subvenciones (becas) relacionadas con la educación
3. Pensión por jubilación, pensión o viudedad	9. Otro subsidio o prestación social de ONG o gobierno
4. Pensión por invalidez o incapacidad	10. Otros ingresos regulares
5. Prestaciones económicas por hijo a cargo	11. Ninguna fuente de ingresos
6. Otras prestaciones económicas como ayudas de familiares	

25. Cuántas personas dependen de sus ingresos?

26. Usted considera que los ingresos mensuales de su hogar son:

- ☐ 1. Son más que suficientes para cubrir los gastos básicos del hogar
☐ 2. Son suficientes para cubrir los gastos básicos del hogar
☐ 3. No alcanzan para cubrir los gastos básicos del hogar

27. ¿Cuál considera usted que debiera ser el ingreso mensual que requiere su hogar para CUBRIR ADECUADAMENTE los GASTOS BÁSICOS?

- ☐ 1. De 0 a \$200 000
☐ 2. De \$200 001 a \$400 000
☐ 3. De \$400 001 a \$700 000
☐ 4. De \$700 001 a \$1 000 000
☐ 5. De \$1 000 001 a \$1 500 000
☐ 6. De \$1 500 001 a \$2 000 000
☐ 7. De \$2 000 001 a \$3 000 000
☐ 8. De \$3 000 001 a \$4 500 000
☐ 9. Más de \$4 500 000

28. Cuáles de los siguientes bienes o activos poseen las personas de este hogar?

- ☐ 1. Casas o apartamentos en la que habitan

- ☐ 2. Casas o apartamentos diferentes a la vivienda que habitan
☐ 3. Fincas, tierras, lotes ó parcelas diferentes a donde habita
☐ 4. Semovientes para trabajo (ganado, caballos, mulas, etc.)
☐ 5. Vehículos para trabajo (tractores, taxis, vans, buses, etc.)
☐ 6. Otro

29. Tiene deudas con:

- ☐ 1. Bancos y entidades financieras
☐ 2. Entidad NO financiera (ejemplo: Cajas de compensación, cooperativas, fondo de empleados, Éxito, etc.)
☐ 3. Familiares, amigos o vecinos
☐ 4. Prestamistas (préstamos gota a gota)
☐ 5. Otros

SECCION 5
CONDICIONES DE EMPLEO Y TRABAJO

30. En qué ocupó la mayor parte del tiempo en los últimos 6 meses?

- ☐ 1. Trabajando.
☐ 2. Buscando trabajo
☐ 3. Estudiando
☐ 4. Oficios del hogar
☐ 5. Pensionado
☐ 6. Rentista.
☐ 7. Incapacidad Permanente
☐ 8. Otro: Cual? _____

31. Ud. ha trabajado alguna vez en su vida? SI___ NO___

32. ¿A qué edad tuvo su primer trabajo como actividad principal? _____

33. Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses? SI___ NO___

34. Actualmente trabaja? SI___ NO___

35. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, finca de manera continua? _____

36. Su Principal actividad economica durante su vida laboral fue:

- ☐ 1. Obrero o empleado de empresa particular
☐ 2. Obrero o empleado del gobierno
☐ 3. Empleado doméstico
☐ 4. Trabajador independiente por cuenta propia
☐ 5. Patrón o empleador
☐ 6. Trabajador familiar sin remuneración
☐ 7. Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares
☐ 8. Jornalero o peón
☐ 9. Trabajador(a) de su propia finca o de finca en arriendo
☐ 10. Ayudante sin remuneración (hijo[a] o familiar de empleados[as] domésticos[as], mayordomos, jornaleros[as], etc.)
☐ 11. Trabajador, operario no agrícola, conductor de máquina, vehículo de transporte
☐ 12. Trabajador agropecuario, forestal, pescador, cazador
☐ 13. Otro (especifique) _____

37. En su trabajo principal usted es:

- ☐ 1. Obrero o empleado de empresa particular
☐ 2. Obrero o empleado del gobierno
☐ 3. Empleado doméstico
☐ 4. Trabajador independiente por cuenta propia
☐ 5. Patrón o empleador
☐ 6. Trabajador familiar sin remuneración
☐ 7. Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares
☐ 8. Jornalero o peón
☐ 9. Trabajador(a) de su propia finca o de finca en arriendo
☐ 10. Ayudante sin remuneración (hijo[a] o familiar de empleados[as] domésticos[as], mayordomos, jornaleros[as], etc.)
☐ 11. Trabajador, operario no agrícola, conductor de máquina, vehículo de transporte
☐ 12. Trabajador agropecuario, forestal, pescador, cazador
☐ 13. Otro (especifique) _____

38. Cuál es la razón principal por la que trabaja?

☐ 1. Tiene necesidad del ingreso	☐ 4. Para sentirse útil
☐ 2. Para ayudar a la familia	☐ 5. Porque le gusta el trabajo
☐ 3. Para mantenerse ocupado	☐ 6. Otro ¿Cuál

39. En ese trabajo, cómo le pagan?

☐	1. Salario fijo (mensual o quincenal)	☐	5. Por honorarios
☐	2. Por hora o día	☐	6. Por propinas
☐	3. A destajo	☐	7. En especie
☐	4. Por comisión o porcentaje	☐	8. No le pagan

40. Cada cuanto recibe esta cantidad?

☐	1. Al día	☐	4. Al mes
☐	2. A la semana	☐	5. Otro ¿Cuál
☐	3. A la quincena	☐	

41.Cuál es su sitio de trabajo?

☐	1. Local fijo, oficina, fábrica, etc	☐	7. Sitio al descubierto en la calle (ambulante ó estacionario)
☐	2. En la vivienda que habita	☐	8. En el campo ó área rural, mar o río
☐	3. En otras viviendas	☐	9. En una obra de construcción
☐	4. En kiosco o caseta	☐	10. En una mina o cantera
☐	5. En un vehículo (Taxi, carro, bus, lancha, barco)	☐	11. Otro (especifique)
☐	6. Puerta a puerta	☐	12.

42. ¿El contrato de su trabajo es? ___ 1. Verbal ___ 2. Escrito ___ 3. No sabe/no responde

43. Cuál es la duración de su contrato?

☐	1. Menos de 6 meses	☐	4. De 2 años o más
☐	2. De 6 meses a menos de 1 año	☐	5. Sin duración definida
☐	3. De 1 año a menos de 2 años	☐	6. No sabe

44. Cuantos días a la semana trabaja? N° _____

45. Las horas que trabaja en el día son? N° _____

46. Las horas que trabaja semanalmente son? N° _____

47. La empresa donde trabaja le paga lo siguiente:

Prestaciones Sociales	SI	NO
Salud	☐	☐
Pensión	☐	☐
Riesgos Laborales	☐	☐
Caja de compensación familiar	☐	☐
Auxilio de Transporte	☐	☐
Susidio de alimentación	☐	☐
Prima de navidad	☐	☐
Vacaciones	☐	☐
Dotación	☐	☐
Cesantías	☐	☐

48. ¿Tiene trabajadores a su cargo?

- ___ 1. No
 ___ 2. Sí, de 1 a 4 personas
 ___ 3. Sí, de 5 a 10 personas
 ___ 4. Sí, de 11 a 20 personas
 ___ 5. Sí, más de 20 personas
 ___ 6. No sabe

49. En relacion con su trabajo usted siente:

Detalle	Insatisfecho	satisfecho	Muy insatisfecho
A. con su trabajo actual	☐	☐	☐
B. Con el numero de horas trabajadas a la semana	☐	☐	☐
C. Con la aplicación de su conocimiento en su trabajo	☐	☐	☐

D. Con el pago o ganancia que recibe de su trabajo o empleo			
E Con los beneficios y prestaciones que recibe			

50. ¿Considera que su empleo o trabajo actual es estable? SI ____ NO ____

51. El trabajo que realiza pertenece al sector:

- ☐ 1. Industria
☐ 2. Comercio
☐ 3. Agrícola
☐ 4. Pecuaria
☐ 5. Servicios
☐ 6. Otra

52. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... actualmente tiene otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos?

SI ____ NO ____

53. ¿Cuánto hace que trabajó por última vez o lleva en desempleo?

☐ 1. No ha trabajado nunca	☐ 4. De 1 año a menos de 2 años
☐ 2. Menos de 6 meses	☐ 5. Más de 2 años
☐ 3. De 6 meses a menos de 1 año	☐ 6. No sabe

54. ¿Cuál es el motivo por el que dejó ese trabajo?

☐ 1. Mutuo acuerdo de las partes	☐ 7. Encontró un mejor trabajo
☐ 2. Malas condiciones laborales o no le interesaba	☐ 8. Condiciones de salud o discapacidad
☐ 3. Vencimiento del contrato o fin del trabajo o servicio que dio origen al contrato	☐ 9. Se pensionó
☐ 4. Despido por causa justa	☐ 10. Motivo de fuerza mayor
☐ 5. Despido por necesidades de la empresa	☐ 11. Amenazas o condiciones de orden público
☐ 6. Cierre de la empresa	☐ 12. No sabe/no responde

55. ¿Por qué razón no trabaja ni busca trabajo?

☐ 1. Enfermedad o discapacidad	☐ 11. La familia no quiere que trabaje
☐ 2. Cuidado de los niños o ancianos	☐ 12. NO consigue trabajo
☐ 3. Responsabilidades personales o familiares	☐ 13. No hay trabajo disponible en la ciudad o región/No encuentra trabajo en su oficio o profesión
☐ 4. Embarazo	☐ 14. No sabe cómo buscarlo
☐ 5. Estudia o se estaba capacitando	☐ 15. Está cansado(a) de buscar
☐ 6. Realizaba práctica, pasantía o trabajo voluntario	☐ 16. Carece de la experiencia necesaria
☐ 7. Oficios del hogar	☐ 17. No tiene recursos para instalar un negocio
☐ 8. Pensionado	☐ 18. Los empleadores le consideran muy joven o muy viejo(a)
☐ 9. No le interesa trabajar	☐ 19. Usted se considera muy joven o muy viejo(a)
☐ 10. Estaba prestando el servicio militar	☐ 20. Otro, cuál?

SECCION 6 MEDIDAS FISICAS

56. Peso _____ 57. Talla _____ 58. IMC _____

59. Perímetro de cintura _____ 60. Perímetro de cadera _____

61. Tensión arterial _____ 62. Ritmo Cardíaco _____

SECCION 7

ANTECEDENTES MEDICOS

63. ¿Sufre usted o le han diagnosticado, alguna de las siguientes enfermedades?

DIAGNOSTICOS/ENFERMEDADES / COMORBILIDAD / MULTIMORBILIDAD	SI	NO
Infarto o angina de pecho		
Enfermedades cardiovasculares, hipertensión		
Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)		
Diabetes		
Insuficiencia renal		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
Enfermedades pulmonares crónicas		
Depresión		
Enfermedades mentales o psiquiátricas		
Otro , Cual?		

64. ¿Durante los últimos 5 años le han realizado alguno de los siguientes tratamientos médicos?

TRATAMIENTO	SI	NO
Cirugía cardíaca (diferente de trasplante)		
Trasplante (riñón, médula ósea, córnea, hígado)		
Diálisis por insuficiencia crónica		
Otro , Cual?		

65. Tiene alguna dificultad permanente para:

DISCAPACIDAD	SI	NO
1. Moverse o caminar?		
2. Usar sus brazos y/o manos?		
3. Oír aún con aparatos especiales?		
4. Hablar o comunicarse?		
5. Ver a pesar de usar lentes o gafas?		
6. Entender o aprender?		
7. Relacionarse con los demás por problemas mentales, emocionales o de nervios		
8. Desplazarse en trechos cortos por problemas del corazón o respiratorios?		
9. Su autocuidado? Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?		
10. Otra limitación permanente		
11. Ninguna de las anteriores		

66. ¿Esta limitación FUE OCASIONADA por:

- ☐ 1. Porque nació así
☐ 2. Por una enfermedad?
☐ 3. Por un accidente?
☐ 4. Por violencia de grupos armados?
☐ 5. Por violencia dentro del hogar?
☐ 6. Por violencia de delincuencia común?
☐ 7. Por edad avanzada, envejecimiento?
☐ 8. Por otra causa?
☐ 9. No sabe

67. Considera que su estado de salud general es:

- ☐ 1. Excelente ☐ 2. Muy buena ☐ 3. Buena ☐ 4. Regular ☐ 5. Mala

SECCION 8

HIPERTENSION ARTERIAL

68. ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

1. Durante el último mes	2. Menos de 6 meses	3. Entre 6 y 11 meses	4. Entre 1 y 2 años	5. Más de 2 años	6. No sabe/ No está seguro
--------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------	------------------	----------------------------

69. ¿Le ha dicho algún médico o enfermera que padece de Hipertensión Arterial? SI ☐ NO ☐

70. Edad en la que fue diagnosticado _____

71. Clasificación de riesgo cardiovascular según escala EL SCARE.

1. Riesgo Bajo	2. Riesgo Moderado	3. Riesgo Alto	4. Riesgo Muy Alto
----------------	--------------------	----------------	--------------------

72. ¿Dónde se controla la mayoría de las veces la presión arterial?

1. Hospital	2. Puesto o centro de salud	3. Un familiar o amigo	4. Usted mismo	5. De otro modo o en otro lugar	6. No se la controla
-------------	-----------------------------	------------------------	----------------	---------------------------------	----------------------

73. Con qué frecuencia controla su presión arterial?

1. Diario	2. Dos veces o más veces a la semana	3. Mensual	4. Trimestral	5. Semestral	6. Anual	7. Ninguna de las anteriores
-----------	--------------------------------------	------------	---------------	--------------	----------	------------------------------

74. ¿Dispone de un aparato de presión arterial en su domicilio? SI___ NO___

75. Para tratar la hipertensión arterial ¿recibe atención médica periódica, asiste regularmente a una institución de salud o se hace controles? SI___NO___

76. ¿Por qué no se encuentra en tratamiento médico?

1. No lo considera necesario	4. Por falta de dinero
2. No lo cubre el POS	5. Otra razón
3. No confía en el sistema de salud	6. No sabe/no responde

77.Cuál es la frecuencia de asistencia a los siguientes profesionales:

PROFESIONAL	FRECUENCIA					
	NUNCA	CADA MES	CADA 3 MESES	CADA 6 MESES	CADA 12 MESES	MÁS DE 12 MESES
Médico General						
Médico Internista						
Enfermería						
Nutrición						
Psicología						
Nefrología						
Cardiología						
Endocrinología						

78.Cuál de las siguientes recomendaciones médicas realiza:

RECOMENDACIONES MEDICAS	SI	NO
Tomar medicamentos		
Llevar una dieta especial		
Reducir el consumo de sal		
Bajar de peso		
No tomar bebidas alcohólicas en exceso		
Hacer ejercicios o actividad física regularmente		
Dejar de fumar		
Evitar el estrés		
Otro		
Ninguno		

79. Realiza algunas de las siguientes prácticas para controlar la HTA:

RECOMENDACIONES MEDICAS	SI	NO
Recetas caseras		
Medicamentos a base de hierbas		
Asistencia a curandero		
Otro		
Ninguno		

80. En qué frecuencia se ha realizado los siguientes exámenes de laboratorio:

EXAMENES DE LABORATORIOS REALIZADOS	FRECUENCIA		
	NUNCA	DURANTE EL ÚLTIMO AÑO	MÁS DE UN AÑO
Hemoglobina			
Hemograma			
Glicemia basal			
Colesterol HDL			
Colesterol LDL			

Colesterol Total			
Triglicéridos			
Parcial de Orina			
Creatinina Sérica			
Microalbuminuria			
Electrocardiograma			
Ecocardiograma			

81. ¿Encuentra generalmente en las instituciones donde se controla la hipertensión arterial, los medicamentos que le han recetado el médico para la presión alta?

1. Si, totalmente	2. Si, parcialmente	3. No
-------------------	---------------------	-------

82. ¿Cuál fue la principal razón por la cual no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?

1. No están incluidos en el pos	5. No hizo las gestiones para reclamarlos
2. No había los medicamentos recetados	6. No tenía dinero
3. No había la cantidad requerida	7. Otra
4. Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica	

83. ¿Tiene generalmente el dinero o los medios para conseguir los medicamentos que le receta el médico para la presión alta?

1. No necesito dinero, me los entrega la EPS	3. Sí, siempre cuento con dinero
2. No los puedo comprar ni conseguir	4. Sí, pero con mucha dificultad

84. Por favor conteste las siguientes preguntas:

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Le han explicado qué es la hipertensión?		
2. Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?		
3. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión con medicación?		
4. ¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?		
5. ¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?		
6. ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?		
7. ¿Considera que la HTA puede provocar problemas en el corazón, cerebro, riñón?		

85. La Hipertensión arterial ha limitado la capacidad para trabajar, estudiar o realizar sus actividades cotidianas?

1. No puede realizar sus actividades cotidianas	2. Realiza sus actividades cotidianas con dificultad	3. No afecta sus actividades cotidianas
---	--	---

86. Por favor conteste las siguientes preguntas de:

PREGUNTAS	SI	NO
1. Tiene familiares con Hipertensión arterial?		
2. En su familia directa (sus hijos, su papá, su mamá o sus hermanos) ¿alguien ha muerto de hipertensión arterial? En caso positivo, por favor decir parentesco		

SECCION 9 CONSUMO DE TABACO

87. ¿Ha fumado alguna vez en la vida algún producto de tabaco, como cigarillos, puros o pipas? SI ____ NO ____

88. ¿A qué edad empezó a fumar? Edad ____

89. Fuma Actualmente?

1. Sí, fuma diariamente	2. Sí fuma, pero no diariamente	3. No fuma.
-------------------------	---------------------------------	-------------

90. ¿Cuántos cigarillos fuma usted en un día habitualmente? ____

91. Durante cuánto tiempo ha sido usted fumador? ____ Años

92. En el momento actual, ¿está pensando dejar de fumar?

1. Sí	2. No	3. No sabe
-------	-------	------------

93. Alguna vez en el pasado fue usted fumador? SI ____ NO ____

94. Cuánto hace que dejó de fumar? ____ Años

95. Convive actualmente usted con una persona que sea fumadora? SI ____ NO ____

96. ¿Con qué frecuencia está expuesto/a al humo del tabaco dentro de?:

EXPOSICION AL HUMO DEL TABACO	CASA	EN MEDIOS DE TRANSPORTE YLUGARES PÚBLICOS CERRADOS	EN SU LUGAR DE TRABAJO
1. Nunca o casi nunca			
2. Menos de una hora al día			
3. Entre 1 y 5 horas al día			
4. Más de 5 horas al día			
5. No sabe			

SECCION 10 CONSUMO DE ALCOHOL

97. Ha tomado alguna vez en la vida alguna bebida alcohólica (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)? SI ____ NO ____

98. Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas? Edad ____

99. ¿Ha tomado Ud. en los últimos 6 meses alguna bebida alcohólica (es decir, cerveza, vino, licores, bebidas destiladas y combinados u otras bebidas alcohólicas)? SI ____ NO ____

100. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo?

1. Todos los días	4. De 2 a 3 veces al mes
2. De 3 a 6 veces a la semana	5. Una vez al mes o menos
3. De 1 a 2 veces a la semana	6. Una vez en tres meses

101. ¿Ha tomado Ud. en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica independientemente de su grado de alcohol? SI ____ NO ____

102. Cuántas copas o tragos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?
____ 1 Una o dos ____ 2 Tres o cuatro ____ 3 Cinco o seis ____ 4 Siete a nueve ____ 5 Diez o más

103. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consume normalmente? Cerveza ____ Aguardiente ____ Vino ____ Whisky ____ Vodka ____ Otro ____

104. Cuando toma bebidas alcohólicas, conduce o maneja un vehículo? SI ____ NO ____.

SECCION 11 CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS

105. ¿Ha consumido alguna sustancia psicoactiva o alucinógena en el pasado? SI ____ NO ____

106. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez sustancias psicoactivas? Edad ____

107. ¿Actualmente consume usted alguna sustancia psicoactiva o alucinógena? SI ____ NO ____

108. ¿Con qué frecuencia consume usted alguna sustancia psicoactiva o alucinógena?

1. Todos los días	4. De 2 a 3 veces al mes
2. De 3 a 6 veces a la semana	5. Una vez al mes o menos
3. De 1 a 2 veces a la semana	

SECCION 12 ACTIVIDAD FISICA

109. ¿Cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta. Nº ____ de horas diarias

110. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor su actividad principal en el centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar (labores domésticas)...?

____ 1. Sentado/a la mayor parte de la jornada

- ___ 2. De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos
 ___ 3. Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes
 ___ 4. Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico

111. ¿Alguna vez un médico, enfermero u otro profesional de la salud le ha recomendado hacer más actividad física o ejercicios?
 SI ___ NO ___

112. Practica alguna de las siguientes actividades?

ACTIVIDAD	SI	NO
Caminar		
Trotar		
Subir escaleras		
Gimnasia/aeróbicos		
Montar en bicicleta		
Deporte que implique movimiento intenso		
Otro, Cuál(es)?		

113. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- ___ 1. No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)
 ___ 2. Hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.)
 ___ 3. Hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.)
 ___ 4. Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana

114. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántas veces por semana practicó deporte o realizó actividad física, por 30 minutos continuos o más?

- ___ 1. 3 o más veces por semana
 ___ 2. 1 a 2 veces por semana
 ___ 3. Menos de una vez a la semana
 ___ 4. No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes

115. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizó usted actividades físicas? N° de días _____

116. ¿En un día normal de la semana cuánto tiempo dedica a caminar (incluye caminar en el trabajo, en la casa, para ir de un sitio a otro, o lo que paseó por deporte, ejercicio o placer)? 1. Horas por día _____ 2. Minutos por día _____

117. ¿Cuánto tiempo permaneció sentado/a en un día normal de la semana (Incluya el tiempo sentado/a en el trabajo, la casa, en clase, estudiando, leyendo y en el transporte, tiempo libre o viendo la televisión)? 1. Horas por día _____ 2. Minutos por día _____

118. ¿Cuál fue la razón principal para que no practicara deporte ni tuviera actividad física en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- ___ 1. Su salud no se lo permite
 ___ 2. No le interesa o no le motiva
 ___ 3. No le alcanza el dinero para hacerlo
 ___ 4. No tuvo tiempo
 ___ 5. No tiene lugares donde hacerlo
 ___ 6. Otra razón

119. Si decidiera comenzar a hacer ejercicios o si ya los practica, ¿considera que existen lugares adecuados para que pueda realizarlos? SI ___ NO ___

SECCION 13 REGIMEN ALIMENTARIO

120. En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial? SI ___ NO ___

121. La dieta o régimen la hace por:

1. Iniciativa propia	3. Consejo de un amigo/a
2. Consejo de un profesional sanitario	4. Por otra razón

122. ¿Cuál es la razón principal por la que sigue esta dieta o régimen especial?

1. Para perder peso	4. Por una enfermedad o problema de salud
2. Para mantener su peso actual	5. Por otra razón
3. Para vivir más saludablemente	

123. Con qué frecuencia realiza el consumo de los siguientes alimentos en el hogar:

Alimento	Frecuencia
----------	------------

	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Nunca	Otra, cuál?
Leche y derivados						
Carnes rojas (res)						
Carnes blancas (Cerdo, pescado o Pollo.)						
Huevo						
Embutidos (Salchichas, salchichón, Jamón, Mortadela, Génovas, Cabano.)						
Tubérculos y plátanos						
Verduras/ hortalizas						
Frutas						
Comidas rápidas						
Café						
Dulces, Postres						
Gaseosas						
Productos de paquete y enlatados						
Sal						

124.¿Cuenta generalmente con el dinero para conseguir los siguientes alimentos?

☐	1. Sí, siempre	☐	3. Sí, pero con mucha dificultad
☐	2. Sí, pero no tan fácilmente	☐	4. No los puedo comprar ni conseguir

SECCION 14

COMPOSICION FAMILIAR

125.¿Cuál es su estado civil legal?

☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión Libre
☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a

126.Cuál fue la principal causa de la (última) separación?

- ☐ 1. Enviudo
☐ 2. Violencia conyugal (física, sicológica o sexual)
☐ 3. Infidelidad
☐ 5. Incumplimiento deberes de esposo(a)/padre (madre)
☐ 6. Embriaguez habitual
☐ 7. Uso de sustancias alucinógenas o estupefacientes
☐ 8. Por diferencias en la vivencia de la sexualidad
☐ 9. Razones relacionadas con fecundidad
☐ 10. Otro:

127.Cuántos hijos tiene usted? _____

128.Cuántos hijos viven con usted? _____

129.Tipo de familia que habita este hogar según los distintos parentescos que encuentre en el listado de personas.

☐	1. Unipersonal	☐	4. Nuclear incompleta
☐	2. Pareja sin hijos	☐	5. Extensa completa
☐	3. Nuclear completa	☐	6. Extensa incompleta

130.¿Cuál es la relación o parentesco con la persona cabeza (jefe o jefa) del hogar?

- ☐ 1. Ud es la Cabeza (jefe o jefa) del hogar
☐ 2. Pareja (cónyuge, compañero(a), esposo(a))
☐ 3. Hijo(a), hijastro(a)
☐ 4. Yerno, nuera
☐ 5. Nieto(a)
☐ 6. Padre, madre, suegro(a)
☐ 7. Hermano, hermana
☐ 8. Otro pariente
☐ 9. Empleado(a) del servicio doméstico
☐ 10. No pariente

SECCION 15
DINAMICA FAMILIAR

131. Por favor marque la respuesta según su nivel de satisfacción en relación al enunciado :

APGAR FAMILIAR ADULTO					
Descripción	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecha (o) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me siento satisfecha (o) con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me siento satisfecha (o) con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor					
Me siento satisfecha (o) con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa.					

SECCION 16
VIOLENCIA DOMESTICA

132. Alguna vez su esposo(a)/compañero(a): el último año?

ACCION	SI	NO
Se ha puesto (se puso) celoso/bravo si habla (hablaba) con otro hombre?		
La ha acusado (la acusó) de serle infiel?		
Le ha impedido (le impidió) encontrarse con sus amiga(o)s?		
Ha tratado (trató) de limitarle sus contactos con su familia?		
Ha insistido (insistió) en saber dónde está (estaba) todo el tiempo?		
Ha vigilado (vigiló) la forma como Ud. gasta(ba) el dinero?		
La ha ignorado (la ignoró)/no se dirige(dirigió) a usted?		
No ha contado (contó) con Ud. para reuniones sociales o familiares?		
No le ha consultado (le consultó) las decisiones importantes para la familia?		

133. Por favor dígame si su actual o último esposo(a) /compañero(a) se dirige(ía) a Ud. en términos como:

ACCION	MUCHAS VECES	ALGUNAS VECES	NUNCA
"Ud. no sirve para nada"			
"Ud. nunca hace nada bien"			
"Ud. es una bruta"			
"Mi mamá me hacía mejor las cosas"			
"Ud. Es fea/o"			

134. Su esposo/compañero o exesposo/excompañero(a): la ha amenazado (amenazó) alguna vez con: el último año?

ACCION	SI	NO
Abandonarla/irse con otra mujer/hombre?		
Quitarle los hijos?		
Quitarle el apoyo económico?		

135. Alguna vez su esposo(a)/compañero(a) o exesposo (a)/excompañero (a): el último año?

ACCION	SI	NO
La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandéo)?		
La ha golpeado (la golpeó) con la mano?		
La ha golpeado (la golpeó) con un objeto?		
La ha mordido (la mordió)?		
La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)?		
La ha amenazado (amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?		
La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?		
Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?		
La ha forzado (forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?		

136. Por favor dígame si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que su esposo (a)/compañero (a) le hizo:

RESULTADO	SI	NO
Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?		

Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?		
Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?		
Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?		
Tuvo deseos de suicidarse?		
Sintió que no valía nada.		
Se afectó su relación con sus hijos		
No volvió a hablar con nadie		
Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo		
Se enfermó físicamente		
Se enfermó de la cabeza		
Perdió interés en sus relaciones sexuales		

137. Cuando la/o han maltratado físicamente, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?

INSTITUCION	SI	NO
Inspección de policía		
Comisaría de familia		
ICBF		
Fiscalía		
Juzgado		
Institución de salud		
Profamilia		
Personero		
Casa de justicia		
Nunca ha buscado ayuda		

138. Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado (o retiró el denuncia) a la persona que le hizo daño?

- ☐ 1. No sabe a dónde
- ☐ 2. Vergüenza y humillación
- ☐ 3. Es parte de la vida (normal)
- ☐ 4. Siente que merece el abuso
- ☐ 5. Miedo de divorcio/separación
- ☐ 6. Miedo de recibir más golpes ella o sus hijos
- ☐ 7. Siente que los daños no fueron fuertes
- ☐ 8. No quiere hacerle daño a la persona que la agredió
- ☐ 9. Cree que puede resolverlo sola
- ☐ 10. No cree en la justicia
- ☐ 11. Ha tenido experiencias negativas al denunciar
- ☐ 12. Piensa que no va a volver a ocurrir
- ☐ 13. Todavía quiere a la persona que la agredió
- ☐ 14. Otro

139. Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba)?

☐	1. Usted decide(decidía)	☐	4. Alguien más decide(decidía)
☐	2. Esposo/compañero decide(decidía)	☐	5. Conjuntamente con alguien más
☐	3. Ambos deciden(decidían)	☐	6.

140. El dinero que Ud. gana(ba) es más de lo que gana su esposo/Compañero(a), menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?

☐	1. Más de lo que el gana	☐	4. Esposo/compañero(a) no trae dinero
☐	2. Menos de lo que él gana	☐	5. Solo trabajo antes de estar unida/o
☐	3. Más o menos lo mismo	☐	6. No sabe

141. Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:

ACCION	USTED	ESPOSO/A	AMBOS
El cuidado de su salud?			
Hacer compras grandes del hogar?			
Hacer compras para necesidades diarias del hogar?			
Visitar a familia, amigos, o parientes?			
Qué comida se debe cocinar cada día?			
Estudiar?			
Tener relaciones sexuales?			

SECCION 17

APOYO SOCIAL

142. Durante los ÚLTIMOS 6 MESES, ¿cuáles de los siguientes problemas se han presentado en este hogar?

SERVICIO	SI	NO
Muerte de algún miembro del hogar		
Abandono del hogar de algún miembro que era de este hogar o acogida de un nuevo familiar en el hogar		
Enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar		
Separación de los cónyuges		
Algún miembro del hogar perdió su empleo		
Quiebra y/o cierre de negocios familiares		
Pérdida de la vivienda que ocupaba el hogar, o pérdida de fincas, lotes, tierras u otras edificaciones (casas, aptos, locales, depósitos) distintas a la vivienda que ocupa el hogar		
Reducción en ingresos provenientes de Tránsferencias		
Robo, incendio o destrucción de bienes del hogar		
Algún miembro del hogar fue víctima de atracos, robos u otro hecho violento		
Pérdida de cosechas		
Muerte o robo de animales (Abigeato)		
Otra pérdida económica importante		
Ningún problema		

143. Cuando tiene problemas, ¿tiene Ud. alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo?

1. Sí, Siempre		5. No necesita, no le gusta hablar ni pedir ayuda a nadie	
2. Sí, casi siempre		6. No sabe	
3. Sí, algunas veces		7. No responde	
4. Rara vez o nunca			

144. ¿Puede recurrir confiadamente a alguien cuando tiene un gasto imprevisto, emergencia económica u otra situación grave o catastrófica?

1. Sí, Siempre		5. No necesita, no le gusta hablar ni pedir ayuda a nadie	
2. Sí, casi siempre		6. No sabe	
3. Sí, algunas veces		7. No responde	
4. Rara vez o nunca			

SECCION 18 SERVICIOS DE SALUD

145. A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado

1. Régimen Subsidiado	4. Pobre no Asegurado
2. Régimen Contributivo	5. Otro
3. Régimen Especial (Fuerzas militares, policía, magisterio, etc)	6. Ninguno

146. ¿Qué Tipo de afiliación tiene: ___ 1. Cotizante ___ 2. Beneficiario

147. ¿Cuenta con algún plan o seguro complementario de salud? (Póliza de hospitalización o cirugía, medicina prepagada, etc.)
SI ___ NO ___

148. ¿Hace cuánto tiempo que no está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud?

1. Menos de 3 meses	2. Más de 3 meses	3. Nunca ha estado afiliado	4. No sabe/no responde
---------------------	-------------------	-----------------------------	------------------------

149. ¿Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud?

1. Por falta de dinero	6. Está en trámite de afiliación
2. Muchos trámites	7. Está a la espera de la encuesta SISBEN
3. No le interesa o descuido	8. No sabe cómo afiliarse
4. No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad	9. Otra razón, ¿cuál?
5. No hay una entidad cercana	

150. En general, ¿adónde va primero cuando se enferma?

☐	1. A un hospital público	☐	5. Toma remedios caseros
☐	2. A un consultorio u hospital privado	☐	6. Recurre a un curandero quiropráctico, naturista
☐	3. A ver al médico de la empresa	☐	7. Otro lugar o consejero
☐	4. A la farmacia	☐	

151. Cuanto es el Tiempo que utiliza en llegar de su residencia al hospital?

☐	1. Menos de 1 hora.	☐	2. Menos de 2 horas	☐	3. Menos 3 horas.	☐	4. Más de 4 horas
--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------

152. Cuál es el Medio de desplazamiento al hospital?.

☐	1. Caminando..	☐	2. Motocicleta	☐	3. Carro	☐	4. Fluvial (canoa, bote)
--------------------------	----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------	--------------------------	--------------------------

153. En la última atención de salud que tuvo cuanto Tiempo transcurrido entre la llegada al hospital y la hora que le asignaron la cita.

☐	1. Menos de 1 hora.	☐	2. Entre 2 y 3 horas.	☐	3. Más de 4 horas	☐	4. 1 día
--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	----------

154. En la última atención de salud, Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta?

☐	1. El mismo día	☐	2. 1 día	☐	3. 2 días	☐	4. 3 días	☐	5. Más de 3 días
--------------------------	-----------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------------

155. En la última atención de salud, cuanto tiempo transcurrió entre la hora de atención realizada y la hora de asignación de la cita.

☐	1. A la hora asignada.	☐	2. Menos de 30 minutos	☐	3. Más de 1 hora
--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------

156. En los últimos 30 días tuvo algún accidente o problema de salud? SI___ NO___

157. Qué hizo principalmente para tratar el problema de salud?

- ☐ 1. Acudió a médico general, médico especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud
☐ 2. Acudió a promotor/enfermera
☐ 3. Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.)
☐ 4. Acudió a farmacia/droguería/botica
☐ 5. Acudió a medicina tradicional 04 (tegüa, empírico, curandero, hierbatero, comadrona)
☐ 6. Se automedicó
☐ 7. Nada
☐ 8. Otro

158. Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o atención médica?

☐	1. Caso leve	☐	9. Muchos trámites
☐	2. Falta de tiempo	☐	10. No sabe dónde prestan el servicio
☐	3. Servicio queda lejos	☐	11. Horarios de consulta no le sirven
☐	4. Transporte muy costoso	☐	12. Demora en la asignación de citas
☐	5. Servicio muy costoso	☐	13. Demora en la atención en el sitio
☐	6. Servicio de mala calidad	☐	14. No sabía que tenía derecho (rc/rs)
☐	7. Fue pero no lo atendieron	☐	15. No está afiliado(a)
☐	8. No confía en médicos	☐	16. Otra

159. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuáles de los siguientes problemas ha tenido para acceder al servicio de salud?

- ☐ 1. Estar atrasado en los pagos
☐ 2. Doble afiliación
☐ 3. El convenio con la IPS no estaba vigente
☐ 4. Tenía multas pendientes por pagar
☐ 5. Lo remitieron a una IPS que no le correspondía
☐ 6. No estaba registrado(a) como afiliado(a) o beneficiario(a)
☐ 7. No había citas disponibles cuando solicitó el servicio
☐ 8. No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles
☐ 9. No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades
☐ 10. Otro, ¿cuál?
☐ 11. No ha tenido problemas

160. En general, considera que la calidad del servicio de su EPS es

☐	1. Excelente	☐	2. Buena	☐	3. Regular	☐	4. Mala
--------------------------	--------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

161. En general, considera que la calidad del servicio de su IPS es

1. Excelente	2. Buena	3. Regular	4. Mala
--------------	----------	------------	---------

SECCION 19
ENTORNO Y SEGURIDAD

162. ¿Cuánto tiempo lleva el hogar viviendo en esta ciudad?

1. Menos de 1 año	4. 10 años y más
2. Entre 1 y menos de 5 años	5. Toda la vida
3. Entre 5 y menos de 10 años	

163. ¿Cuánto tiempo lleva este hogar viviendo en este barrio o vereda ?

1. Menos de 1 año	4. 5 años o más
2. Entre 1 año y menos de 3 años	5. El hogar se formó en este municipio y siempre ha vivido en este barrio
3. Entre 3 años y menos de 5 años	

164. ¿Dónde vivía este hogar antes?

- ___ 1. En otro barrio de este municipio
___ 2. En otro municipio
___ 3. En otro país

165. ¿Cuál fue la principal razón para venir a este municipio

1. Más oportunidades de educación	7. Motivos familiares
2. Motivos de salud	8. Motivos Laborales u oportunidad de negocio
3. Matrimonio o conformación de un nuevo hogar	9. Mejorar vivienda o localización
4. Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionados por conflicto armado	10. Problemas económicos
5. Amenaza o riesgo para su vida o su integridad física, ocasionados por delincuencia común	11. Riesgo de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) o como consecuencia de este
6. Problemas o conflictos con su pareja	12. Otra razón, ¿cuál?

166. ¿Cuál es el entorno urbanístico predominante del lado de su casa?

1 Tugurio	7 Comercial predominante
2 Desviación social o zonas de tolerancia u olla	8 Residencial intermedio
3 Desarrollo progresivo sin consolidar	9 Residencial con comercio especial o compatible
4 Deterioro urbanístico	10 Residencial exclusivo
5 Industrial predominante	11 Residencial de baja densidad
6 Desarrollo progresivo consolidado	12 Rural disperso

167. La vía de acceso a la vivienda es:

1. Sin acceso	4. Vehicular en tierra
2. Sendero o camino en tierra o puentes elevados de tablonés	5. Vehicular en recebo, balastro, gravilla, pavimentada en mal estado (cemento, asfalto o adoquín)
3. Peatonal	6. Vehicular pavimentada en buen estado

168. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive? ___ 1. Seguro 2. ___ Inseguro

169. Por cuáles de los siguientes aspectos se siente inseguro en este barrio

	SI	NO
1. Usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones		
2. Por información que ve en los medios o escucha en la calle		
3. Hay poca presencia de la fuerza pública (policía, ejército)		
4. Hay delincuencia común, robos, agresiones		
5. Presencia de pandillas		
6. Existen lotes baldíos		
7. Sitios oscuros y peligrosos		
8. Expendios de droga (ollas)		
9. Existen basureros y/o botaderos de basura		
10. Presencia de grupos armados ilegales		

170. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿en esta zona o vecindario se presentaron algunos de los siguientes problemas?

EVENTOS	SI	NO
1. Enfrentamientos entre grupos armados		
2. atentados terroristas		
3. Inundaciones		

4. Terremotos / Temblores		
5. Otros desastres naturales		
6. Hurto a personas		
7. Hurto a residencias		
8. Hurto a comercio		
9. Hurto de vehículos		
10. Homicidios		
11. Accidentes de tránsito		
12. Secuestros		
13. Extorsiones		
14. Terrorismo		
15. Agresiones sexuales		
16. Expendio, distribución o consumo de drogas		
17. Riñas		
18. Problemas entre vecinos		
19. Vandalismo		
20. Ningún problema		

171. Qué tan satisfecho(a) se siente de vivir en este barrio?

Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
--------------	------------	----------------

SECCION 20 RECURSOS COMUNITARIOS

172. En su municipio existen las siguientes instituciones:

INSTITUCION	SI	NO
Centros para Ancianos		
Centros para jóvenes		
Centros para personas con discapacidad		
Instalaciones para personas sin hogar		
Vivienda de Transición y refugios de emergencia		
Centros para personas con VIH/SIDA		
Centros de atención médica		
Centros de salud mental		
Otro, Cual?		

173. ¿Pertenece actualmente o ha pertenecido antes a algún organismo?

ORGANISMO	SI	NO
Consejo Municipal de Planeación		
Foros Educativos Municipales		
Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia		
Asociaciones de usuarios de salud		
Comité de Participación Comunitaria en Salud		
Consejo Municipal de Seguridad social en salud		
Consejo Municipal de Desarrollo Rural		
Grupo o partido político		
Organización comunitaria		
Grupo de adulto mayor		
Gremio empresarial o sindicato		
Organización religiosa, fe o grupo de oración		
Otro		
No pertenece a ninguna		

174. Dentro de la organización a la que más tiempo le dedica actualmente, ¿ lidera, promueve o es tomador de decisiones?
SI ___ NO ___

SECCION 21 POLÍTICAS DE BIENESTAR

175. Es beneficiario de alguno de los siguientes programas o subsidios y bajo que modalidad :

PROGRAMA	DINERO	ESPECIE
Familias en Acción		
Red Unidos		
Restaurantes		
Programas del ICBF		
Programas de formación del SENA		
Subsidio de Mercados		

Vivienda de Interés Social		
Subsidio familiar otorgado por las cajas de compensación familiar		
Programas de acceso al microcrédito		
Subsidios a la educación		
Subsidio al desempleo		
Fondo de solidaridad pensional sub-cuenta de subsistencia		
PNUD		
Incoder		
Ninguno		
Banco Agrario		
Otro, Cual?		

176.¿Con que frecuencia recibe las asignaciones?

☐	1 Mensuales	☐	4 Semestrales
☐	2 Bimensuales	☐	5 Una vez al año
☐	3 Trimestrales	☐	6 Otro

177. Alguna observación para esta encuesta SI _____ NO _____
Cual _____

FIRMA

HUELLA

