Descargado el: 19-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Semejanzas y diferencias del proceso de atención a hipertensos de cuatro policlínicos de la Habana 2016-2022

Similarities and Differences in the Care Process for Hypertensive Patients in four Polyclinics in Havana 2016-2022

Addys María Díaz Piñera[1] Armando Rodríguez Salvá[1] Geominia Maldonado Cantillo[1] Marilyn Hernández Sánchez[2] Alejandra Caridad Piña Alonso[3] Yamila Soler Carbonell[4]

[1] Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, La Habana, Cuba
[2] Centro Provincial de Higiene, Epidemiologia y Microbiología de La Habana, Cuba
[3] Policlínico Docente Nguyen Vantroi, La Habana, La Habana, Cuba
[4] Unidad Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Habana Vieja, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, Maldonado-Cantillo G, Hernández-Sánchez M, Piña-Alonso A, Soler-Carbonell Y. Semejanzas y diferencias del proceso de atención a hipertensos de cuatro policlínicos de la Habana 2016-2022. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 19]; 16(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1722

Resumen

Fundamento: identificar brechas en la atención del hipertenso permite tomar acciones para lograr un adecuado control y brindar un servicio de calidad.
Objetivo: mostrar semejanzas y diferencias en el proceso de atención del hipertenso en cuatro policlínicos de La Habana.
Método: se agruparon cuatro estudios transversales realizados en momentos diferentes con una metodología común, que permitió analizar a 1325 personas, pertenecientes a 44 consultorios del médico de la familia. Se partió de un muestreo por conglomerado bietápico. En una primera etapa se seleccionaron los consultorios y en la segunda los hipertensos a estudiar. Por medio de un cuestionario se recopiló información sobre aspectos sociodemográficos, factores de riesgo, comorbilidades y del proceso de atención; para medir adherencia terapéutica se utilizó test de Morisky. La presión arterial fue medida en tres momentos diferentes.
Resultados: predominaron las personas con más de 60 años (56,7 %), sexo femenino (57,7 %), nivel de escolaridad media superior (88,7 %), inactividad física (62,3 %), diabetes mellitus (23,2 %) e hipercolesterolemia (17,2 %). Las principales brechas fueron de seguimiento (42,6 %), utilización de servicios (38,8 %) y control (34,9 %). El mal control de la presión arterial se relacionó estadísticamente con ser hombre (1,2 veces) y no estar adherido al tratamiento (2 veces).
Conclusiones: en todas las áreas estudiadas se evidenció la existencia de brechas en el proceso de atención y control. Se expresaron algunas diferencias entre las áreas, fueron más marcadas en el Policlínico Aballí lo que pudo estar relacionado con la forma de manifestarse los determinantes de la salud (estructurales e intermedios) en cada uno de estos contextos.

Palabras clave: hipertensión, brechas, seguimiento, control, proceso de atención

Abstract

Foundation: identifying gaps in the care of hypertensive patients allows for taking action to achieve adequate control and provide quality service.
Objective: to show similarities and differences in the care process for hypertensive patients in four polyclinics in Havana.
Method: four cross-sectional studies conducted at different times with a common methodology were grouped together, allowing for the analysis of 1325 people from 44 family doctor's offices. A two-stage cluster sampling method was used. In the first stage, the offices were selected, and in the second, the hypertensive patients to be studied. Information on sociodemographic aspects, risk factors, comorbidities, and the care process was collected via a questionnaire; the Morisky test was used to measure therapeutic adherence. Blood pressure was measured at three different times.
Results: the majority of participants were over 60 years old (56.7 %), female (57.7 %), had a high school education (88.7 %), were physically inactive (62.3 %), had diabetes mellitus (23.2 %), and hypercholesterolemia (17.2 %). The main gaps were in follow-up (42.6 %), service utilization (38.8 %), and control (34.9 %). Poor blood pressure control was statistically associated with being male (1.2 times) and not adhering to treatment (2 times).
Conclusions: gaps in the care and control process were evident in all areas studied. Some differences were observed between areas, which were more pronounced at the Aballí Polyclinic. This may be related to how the determinants of health (structural and intermediate) manifested in each of these contexts.

Key words: hypertension, gaps, follow-up, control, care process

Recibido: 2026-09-21 15:36:54
Aprobado: 2026-09-21 15:43:54

Correspondencia: Addys María Díaz Piñera. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana. addysdiaz1966@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un serio problema de salud y representan un desafío para los sistemas de salud de los países. La transición demográfica y epidemiológica, caracterizada por la alta prevalencia de enfermedades y factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, ha exigido una profunda transformación del modelo de atención de salud. Las ECNT ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe y casi la mitad de todas las defunciones en menores de 70 años.[1,2]

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de los ictus, infarto de miocardio y enfermedad renal. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2023, su incidencia y la de sus complicaciones asociadas se duplicó entre 1990 y 2019. El número de personas afectadas ha provocado muchas muertes y ha supuesto una carga enorme para los presupuestos sanitarios. Uno de cada tres adultos padece hipertensión, y cuatro de cada cinco afectados carecen de tratamiento adecuado, por lo que se enfrentan a un mayor riesgo de padecer enfermedades graves y potencialmente mortales, como las antes mencionadas, lo que presupone un mal control por una baja adherencia terapéutica.[2,3]

La Atención Primaria de Salud (APS) juega un papel fundamental en el diagnóstico, tratamiento y control de estas enfermedades y en las labores de prevención y promoción de salud, ejes fundamentales para enfrentar la problemática de las ENT. Se reconoce que son labores difíciles y complejas de llevar a cabo “pero vitales”; dado entre otras cosas por la complejidad del paciente, la no concientización del problema existente, la convergencia de varias enfermedades en un mismo individuo, asociado a su vez a la edad, sexo, fragilidad, factores económicos, sociales y otras condiciones personales relacionadas con la salud.[2]

Casi la mitad de las personas con hipertensión arterial en todo el mundo desconocen que sufren esta afección, y pueden cursar por tiempo indeterminado sin presentar síntomas y/o presentar lesiones en órganos diana hasta que se diagnostique.[3] De ahí la importancia que reviste la medición de la presión arterial al menos una vez al año en las personas mayores de 18 años o supuestamente sanos y con una mayor frecuencia en los que ya están diagnosticados. Además del seguimiento y tratamiento continuado del paciente aun cuando este se sienta bien.[4]

La percepción de riesgo se configura a partir de la información y de las experiencias que una persona va acumulando. De ahí que esta vaya en aumento con la edad. El desarrollo acelerado de los medios de comunicación, de las nuevas tecnologías informáticas y de las llamadas redes sociales (electrónicas), también puede ejercer una fuerte influencia en la percepción y representación social del riesgo. Esto puede conducir a que las personas dependan cada vez más de estos medios y fuentes de comunicación, pues estos proporcionan elementos necesarios para construir o analizar el sentido común, a la par que pueden estimular cambios de percepciones de forma frecuente e irreflexiva. Estos aspectos son esenciales pues también participan en la construcción y modificación de la percepción de los riesgos para la salud.[5,6]

Las representaciones sociales influyen en los comportamientos relacionados con el proceso de salud-enfermedad, tales como: estilos de vida, formas de afrontamiento, control, compresión y experimentación de la enfermedad. En esa relación que involucra a la persona y sus problemas de salud, intervienen tres aspectos fundamentales: su naturaleza personal (el cuerpo), sus vivencias a lo largo de su vida y el ambiente físico, biológico y humano donde se desenvuelve.[5,6]

La no búsqueda de atención médica, pérdida en la continuidad del seguimiento, no medición de la presión arterial cuando acuden a un centro de salud y la no adherencia al tratamiento son brechas que pueden observarse en el proceso de atención de personas que padecen hipertensión arterial. Para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr el control del enfermo se debe crear conciencia, mejorar los conocimientos e inducir cambios en los comportamientos individuales y sociales. De ahí que una comunicación sostenida y bien focalizada sea necesaria.[4,7]

El presente artículo pretende mostrar las semejanzas y diferencias encontradas en el proceso de atención a personas hipertensas a partir de cuatro estudios coordinados por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) en la provincia La Habana, en momentos diferentes. Los municipios estudiados fueron: Centro Habana (2016)[8],

Habana Vieja (2019-(2020)[9], Guanabacoa y Cerro (2022).[10]

MÉTODOS

El artículo abarca cuatro estudios de corte transversal realizados en igual número de áreas de salud que permitió analizar a 1 325 personas con hipertensión arterial, pertenecientes a 44 consultorios del médico de la familia. La metodología utilizada fue la misma en todos los estudios.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para la estimación de proporciones en una población infinita con un nivel de significancia del 95 %, una precisión del 10 % y un efecto de diseño de 1,0. Para la estimación de la prevalencia de personas hipertensas controladas se tuvo en cuenta los resultados de la III Encuesta Nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles.[11]

Del total de la población hipertensa de 18 años y más, se seleccionó una muestra aleatoria y equiprobabilística, se utilizó para ello un muestreo por conglomerados bietápico, en la cual los consultorios del médico de la familia constituyeron los conglomerados o unidades de primera etapa. Y en una segunda etapa se seleccionaron de forma aleatoria las personas a estudiar (unidades de análisis). La cantidad de personas seleccionadas fue proporcional al tamaño de la población dispensarizada como hipertensa en cada uno de estos consultorios.

Se consideraron como criterios de inclusión tener 18 años de edad o más, pertenecer a los consultorios escogidos, estar dispensarizados como hipertensos, ser capaces de responder al cuestionario y estar viviendo físicamente en sus direcciones en el momento de la visita.

A todas las personas se les aplicó un cuestionario, donde se estudiaron variables sociodemográficas, comorbilidades y factores de riesgo, utilización de servicios de salud, seguimiento del paciente, tratamiento y control. El cuestionario fue creado por criterios de expertos y utilizado en tres estudios sobre brechas en pacientes hipertensos, realizados al unísono en Ecuador, Colombia y Cuba entre 2016 y 2017. Se efectuaron tres mediciones de la presión arterial (PA) al inicio de la entrevista, a la mitad y al finalizar la misma, para lo cual se empleó un esfigmomanómetro digital modelo Omron M6 Comfort calibrado y certificado para su uso. Se tuvieron n cuenta las recomendaciones para la medición de la PA según Guía Cubana de Hipertensión,[4] además, se midió la adherencia al tratamiento farmacológico a través del *Test de Morisky Green Levine*.

Se estudiaron las siguientes brechas:

- Brechas de utilización: aquellas personas que percibieron necesidad de atención y no acudieron a un servicio de salud para resolver su problema de salud.
- Brechas de seguimiento: personas hipertensas que no acudieron durante el último año (independientemente de la causa) a la consulta de seguimiento por hipertensión arterial.
- Brechas de tratamiento: personas hipertensas que habían recibido indicaciones de tratamiento farmacológico y no lo cumplen.
- Brechas de control: personas hipertensas que presentan cifras de presión arterial superior a las recomendadas por las guías cubanas e internacionales.

Se consideraron como pacientes controlados aquellas personas menores de 60 años que presentasen cifras de PA inferiores a 140/90 mmHg o menor a 150/90 mmHg en las personas mayores de 60 años. En aquellas personas con antecedentes de diabetes mellitus o enfermedad renal crónica se valoraron cifras de PA menor o igual a 130/80 mmHg.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa SPSS versión 21.0. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. Para el análisis de los resultados muchas de las variables fueron dicotomizadas. Se calculó razón de prevalencia con un intervalo de 95 % de confiabilidad.

La principal limitación en este trabajo pudiera ser la “heterogeneidad temporal no controlada”, lo que puede distorsionar los resultados, ya que los estudios fueron realizados en diferentes momentos. Sin embargo, no se encontraron grandes diferencias entre las áreas.

En los resultados obtenidos puede influir el sesgo de memoria, ya que un número importante de los sujetos estudiados eran mayores de 60 años.

Se solicitó la autorización de los directivos de las unidades involucradas, así como del Consejo Científico y Comité de Ética del Instituto Nacional

de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), y el consentimiento informado de las personas que accedieron participar del estudio. Se respetó la autonomía de los participantes y los principios de no maleficencia. Toda la información recogida en los cuestionarios resultó absolutamente confidencial y solo fue utilizada con fines investigativos. Se respetó el anonimato de los participantes.

RESULTADOS

A continuación, se muestra la distribución de las personas estudiadas según áreas de salud. (Tabla 1).

Tabla 1. Hipertensos estudiados según áreas de salud

	Área de salud	Consultorios involucrados en el estudio	Hipertensos estudiados
1	Nguyen Van Troi (Centro Habana)	10	521
2	Ángel Arturo Aballí (Habana Vieja)	10	159
3	Julio Antonio Mella (Guanabacoa)	10	282
4	Héroes de Girón (Cerro)	14	363
Total		**44**	**1325**

Los resultados del análisis de las variables sociodemográficas mostraron un predominio de las personas mayores de 60 años (56,7 %) y del sexo femenino (57,7 %) en la mayoría de las áreas estudiadas, excepto en el Policlínico Van Troi, donde los menores de 60 años superan dos veces este grupo de edad y el sexo masculino es discretamente superior. En relación al color de la piel no blanca (58,1 %) y nivel escolar medio (60,7 %) fue mayor en todas las áreas menos en el Policlínico Julio Antonio Mella donde el nivel superior (alto) y color de piel blanca prevaleció.

El 88,8 % de los hipertensos conviven con algún familiar. De forma general los trabajadores estatales fueron mayoritarios, seguidos de los jubilados y amas de casa, no obstante, existió correspondencia entre los grupos de edades prevalecientes y la principal actividad a que se dedican estas personas según áreas de salud. En aquellas áreas donde predominaron las personas mayores de 60 años, los jubilados rebasaron a los trabajadores estatales y/o amas de casas. Un aspecto importante a señalar es que más del 84 % de estas personas (mayores de 60 años) viven acompañadas. (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de personas hipertensas pertenecientes a las cuatro áreas de estudio

Variable	Clasificación	Van Troi N= 521		Aballí N=159		Mella N=282		Girón N=363		Total N= 1325	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Grupos de edad	< 60 años	348	66,8	60	37,7	66	23,4	100	27,5	**574**	**43,3**
	60 y más años	173	33,2	99	62,3	216	76,6	263	72,5	**751**	**56,7**
Sexo	Femenino	248	47,6	98	61,6	191	67,7	228	62,8	**765**	**57,7**
	Masculino	273	52,4	61	38,4	91	32,3	135	37,2	**560**	**42,3**
Color de la piel	No blanca	376	72,2	93	58,5	121	42,9	180	49,5	**770**	**58,1**
	Blanca	145	27,8	66	41,5	161	57,1	183	50,4	**555**	**41,8**
Convivencia	Acompañado(a)	481	92,3	145	91,2	238	84,4	313	86,2	**1177**	**88,8**
	Solo (a)	40	7,7	14	8,8	44	15,6	50	13,8	**148**	**11,2**
Escolaridad	Baja	30	5,8	41	25,8	45	16,0	24	6,6	**140**	**10,6**
	Media	350	67,1	98	61,6	87	30,9	269	74,1	**804**	**60,7**
	Alta	141	27,1	20	12,6	140	53,1	70	19,2	**371**	**28,0**
Actividad principal a la que se dedican las personas	Trabaja	343	65,8	72	45,3	72	25,5	147	40,5	**634**	**47,8**
	No trabaja	178	34,2	87	54,7	210	74,5	216	59,5	**691**	**52,2**

Se puede apreciar que el principal factor de riesgo en todas las áreas de salud es la inactividad física 62,3 %, lo cual es congruente con la obesidad presente en más del 15 % de los hipertensos estudiados, en la mayoría de las áreas de salud excepto el Policlínico Aballí. En relación al consumo de bebidas alcohólicas se tuvo en cuenta en el análisis, la frecuencia con que se realizaba la actividad y no así la cantidad consumida. Las personas del Policlínico Mella fueron las que refirieron realizar una menor práctica de esta conducta, mientras que los hipertensos del Van Troi lo practicaban 2,5 veces más. Las otras dos áreas de salud presentaron un comportamiento similar. El tercer factor de riesgo más expresado fue el tabaquismo que tuvo un comportamiento homogéneo en casi todas las áreas menos en el Aballí, donde se evidenció un incremento de este hábito de casi 2,3 veces por encima del resto de las áreas. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus (23,2 %), seguida de hipercolesterolemia (17,2 %), obesidad (15,1 %) y enfermedades cardiovasculares (11 %). Es importante señalar que el 71,6 % de estas personas además de hipertensas presentaban al menos otra comorbilidad asociada. (Tabla 3).

Tabla 3. Personas hipertensas según factores de riesgo, comorbilidades asociadas y área de salud

Variable	Clasificación	Van Troi N= 521		Aballí N=159		Mella N=282		Girón N=363		Total N= 1325	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Tabaquismo	Sí	117	22,5	97	61,0	83	29,4	90	24,8	**387**	**29,2**
	No	404	77,5	62	39,0	199	70,6	273	75,2	**938**	**70,8**
Consumo de bebidas alcohólicas	Sí	315	60,4	56	35,2	68	24,1	135	37,2	**574**	**43,3**
	No	206	39,5	103	64,8	214	75,9	228	62,8	**751**	**56,7**
Actividad física	Sí	236	45,3	38	23,9	115	40,8	110	30,3	**499**	**37,7**
	No	285	54,7	121	75,1	167	59,2	253	69,7	**826**	**62,3**
Antecedentes patológicos personales	Solo hipertensión arterial	81	15,5	89	56,0	73	25,9	134	36,9	**377**	**28,4**
	Diabetes mellitus	74	14,2	34	21,4	117	41,5	83	22,9	**308**	**23,2**
	Enfermedades cardiovasculares	26	5,0	12	7,5	46	16,3	62	17,1	**146**	**11,0**
	Enfermedad cerebrovascular	9	1,7	5	3,1	21	7,4	18	5,0	**53**	**4,0**
	Enfermedad renal	9	1,7	2	1,3	10	3,5	8	2,2	**29**	**2,2**
	EPOC/asma	49	9,4	15	9,4	39	13,8	28	7,7	**131**	**9,9**
	Obesidad	81	15,5	8	5,0	55	19,5	56	15,4	**200**	**15,1**
	Hipercolesterolemia	117	22,4	12	7,5	35	12,4	64	17,6	**228**	**17,2**

Se muestra el comportamiento de las variables relacionadas con la atención de las personas hipertensas. Se aprecia que estas personas a pesar de presentar otras comorbilidades asociadas no sintieron necesidad de atención en el último año (38,8 %) y el 42,6 % no asistió a consulta de seguimiento. Los policlínicos Héroes de Girón y Aballí exhibieron los peores resultados, con 70,5 % y 54,7 % de incumplimiento del seguimiento respectivamente. Las causas más frecuentes de no seguimiento en consulta fueron la no citación por el equipo básico de salud (EBS) 54 %, seguida de que fue y no lo atendieron con 16,5 %. El 22 % de estas personas llevaban un año o más sin medirse la presión arterial en los servicios de salud.

También se exploró sobre las indicaciones médicas recibidas en algún momento por el EBS para lograr modificar los estilos de vida y el control de las cifras de PA. El tomar los medicamentos fue la medida más indicada (97,4 %), seguida de la dieta baja en sal y grasa con 89 % y 86,6 % respectivamente. El área con menos indicaciones sugeridas fue el Aballí. De las 1 290 personas estudiadas con indicaciones de tratamiento farmacológico solo una refirió no tomarla. Existió correspondencia entre la cantidad de personas controladas y adheridas al tratamiento. El 65,1% de las personas estudiadas estaban controladas y el 60,5 % adheridas. De modo general las causas más frecuentes de no adherencia fueron: "descuidado con el horario" 51,6 % y "olvida tomar alguna vez el medicamento" 41,7 %. Al hacer el análisis de las causas por área, en el policlínico Héroes de Girón predominó el "descuido con el horario" 73,6 % y "deja de tomarlo si se siente bien" 47,9 %, en el Aballí "alguna vez olvida tomarlo" 97,2 % y en el Mella "dejan de tomarlo si se siente mal" 44,7 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Variables relacionadas con la atención de las personas hipertensas en las cuatro áreas de salud

Variable	Clasificación	Van Troi		Aballi		Mella		Girón		Total	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Necesidad de atención	Sí	481	92,3	72	45,3	145	51,4	113	31,1	**811**	**61,2**
N= 1325	No	40	7,7	87	54,7	137	48,6	250	68,9	**514**	**38,8**
Acciones para recibir atención	Visitó un centro de salud	388	80,7	65	90,3	122	84,2	85	75,2	**660**	**81,5**
N=881	Obtuvo atención en la casa	7	1,4	7	9,7	5	3,4	20	17,7	**39**	**4,8**
	No hizo nada	86	17,9	-	-	18	12,4	8	7,1	**112**	**13,8**
Consulta de seguimiento	Sí	395	75,8	72	45,3	187	66,3	107	29,5	**761**	**57,4**
médico en el último año	No	126	24,2	87	54,7	95	33,7	256	70,5	**564**	**42,6**
N=1325											
Última medición de la presión	Últimos 11 meses	480	92,1	29	18,2	275	97,5	249	68,6	**1033**	**78,0**
arterial		41	7,9	130	81,8	7	2,5	114	31,4	**292**	**22,0**
N= 1325	Un año y más										
Tratamiento farmacológico	Toma pastillas	511	98,1	142	89,3	277	98,2	360	99,2	**1290**	**97,4**
N= 1325	No toma pastillas (solo dieta)	10	1,9	17	10,7	5	1,8	3	0,8	**35**	**2,6**
Control de la presión arterial	Controlado	295	56,6	137	86,2	210	74,5	220	60,6	**862**	**65,1**
N= 1325	No controlado	226	43,4	22	13,8	72	25,5	143	39,4	**463**	**34,9**
Adherencia farmacológica	Sí	259	50,7	106	74,6	200	72,5	216	60,0	**781**	**60,5**
N= 1290	No	252	49,3	36	25,4	76	27,5	144	40,0	**508**	**39,5**

Al realizar el análisis entre la variable control con algunas variables sociodemográficas (edad, sexo) y otras relacionadas con el proceso de atención (necesidad de atención, seguimiento en consulta, adherencia) se obtuvieron los siguientes resultados. (Tabla 5).

Tabla 5. Relación control con algunas variables estudiadas

Variables	Razón de prevalencia	IC 95 %	X^2	p
Edad < 60 años /control	1,14	1,01 - 1,30	4,17	0,04
Sexo masculino/control	1,20	1,06 - 1,36	7,73	0,005
No necesidad de atención /control	0,96	0,83 - 1,11	0,31	0,56
No seguimiento/ control	1,03	0,90 - 1,18	0,20	0,65
Adherencia /control	1,83	1,61 - 2,08	80,23	0,0000
Diabetes mellitus/control	0,98	0,80 - 1,20	0,04	0,84
No actividad física/control	0,78	0,70 - 0,88	17,85	0,0000

En la relación control vs edad, se tomó como factor de riesgo a los hipertensos menores de 60 años. En el análisis global se comprueba asociación, pero esta no es estadísticamente significativa. Mientras que por áreas de salud solo fue evidente en el Policlínico Aballí. Los hipertensos menores de 60 años de esta área tienen 2,2 veces más probabilidad de presentar descontrol de las cifras de PA que los mayores de 60 años, con IC del 95 % entre 1,59- 3,22, X^2 de 13,3 y p= 0,0003, lo que fue estadísticamente significativa.

El sexo masculino se consideró factor de riesgo. En el análisis global se mostró que los hombres presentaban 1,2 veces más probabilidad de estar descontrolados que las mujeres, con IC 95 % de 1,06-1,36, X^2=7,73 y una p=0,005 lo que fue estadísticamente significativo. En el Aballí los hombres presentaron aproximadamente 1,68 veces más probabilidad de estar descontrolados que las mujeres con valores de IC 95 % de 1,11-2,55, X^2= 4,64 y una p=0,03 lo que fue estadísticamente significativo.

No se encontró asociación entre el control y la percepción de necesidad de atención en el análisis global y por áreas de salud; solo en el Aballí se demostró un discreto riesgo, aquellas personas que no sintieron necesidad de acudir a un servicio de salud para ser atendidos tenían más probabilidad 1,64 veces de estar descontroladas en relación con las que si lo percibieron y acudieron, lo que fue estadísticamente significativa X^2= 7,91 y p=0,005.

En el Aballí y Julio Antonio Mella se encontró asociación estadísticamente significativa entre control *vs* seguimiento en consulta en el último año, no así en el resto de las áreas, ni en el análisis global. Para este estudio se tomó como factor de riesgo el no asistir a seguimiento en consulta. Los hipertensos del Policlínico Julio Antonio Mella exhibieron el mayor riesgo. Estas personas tenían 2,06 veces más probabilidad de estar descontrolados que las personas que fueron vistas en consulta con IC 95 % 1,67- 2,55, X^2= 34,65 y p=0,0000. Mientras que en el Aballí el riesgo fue de 1,69 con IC 95 % 1,42- 2,02, X^2= 12,35 y p=0,0004.

La adherencia al tratamiento farmacológico y su relación con el control fue otra de las comparaciones realizadas. Tanto en el análisis global (RP =1,95, X^2=80,22 y p= 0,0000) como por áreas de salud se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la adherencia y el control, con excepción del Policlínico Julio Antonio Mella. Las personas no adheridas se encuentran más descontroladas. El riesgo de no estar controlado fluctuó entre 1,52 en el Héroes del Girón y 3,77 en el Aballí.

Se encontró como factor protector para el control la inactividad física, con asociación estadísticamente significativa (RP 0,78, IC95 % 0,70 – 0,88, X^2 17,85 p=0,000) lo cual constituye una "falacia ecológica" ya que es un razonamiento que vulnera la lógica (inferencia falsa), al deducir incorrectamente a nivel individual una información a nivel grupal.

DISCUSIÓN

El proceso salud-enfermedad se encuentra determinado socialmente por el impacto combinado y complejo que generan los cambios demográficos, ambientales y tecnológicos, en las circunstancias materiales de vida, el comportamiento de la población, los servicios de salud y la biología humana.[12,13,14]

La hipertensión arterial es la afección y/o factor

de riesgo más prevalente en los últimos 30 años, que a su vez incrementan los costos sanitarios a nivel mundial. Es una enfermedad multicausal que puede producir mortalidad precoz e invalidez y salida anticipada de la población activa, como consecuencia de las complicaciones que se pueden generar, debido a su mal control. La suma de estas, tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo global, de modo que los individuos con varios factores, tienen un riesgo mayor de padecer estas enfermedades, que los que presentan un único factor. Por tanto, el seguimiento y control de estos pacientes se torna más complejo por lo que se incrementa la necesidad de modificaciones importantes y urgentes en sus estilos de vida hacia otros más saludable.[14,15,16]

La edad y el sexo son factores de riesgo no modificables para el desarrollo de la HTA y a su vez del riesgo cardiovascular. Más del 60 % de las personas mayores de 60 años son hipertensas y mientras más alta es la cifra de la presión arterial, mayor es el riesgo de presentar enfermedades vasculares como complicaciones de esta.

Los factores genéticos se reportan cada vez más como causantes de la enfermedad en edades más tempranas. También se plantea que a estas edades suele ser frecuente la sobrecarga de trabajo, estrés laboral, las adicciones, el patrón de comportamiento tipo A (incluyen impaciencia, competitividad, sobrecarga, dependencia social, pérdida de control y hostilidad, entre los más importantes).[3,17,18]

Como se aprecia en los resultados de este artículo, los hipertensos menores de 60 años presentaron mayor probabilidad de estar descontrolados, lo que puede deberse a una baja percepción de riesgo en este grupo de edad. Existen estudios[6,19] que refuerzan el criterio que las personas mayores tienen más conciencia del riesgo, sin embargo, otros lo refutan[20]. La literatura avala que la percepción de riesgo es heterogénea, compleja, situacional y cambiante.

Un estudio del 2025 revela que la percepción de riesgo se activa de manera más efectiva cuando los adultos mayores experimentan síntomas nuevos o empeoran los existentes.[19] La relación entre edad y percepción del riesgo en salud está determinada por cómo se mida el riesgo y por factores contextuales y sociodemográficos que interactúan con la edad.[21]

Además de la edad y el sexo, el nivel educativo, los ingresos económicos, el estrato social, el estado de salud, la confianza en las instituciones y la exposición a noticias son predictores importantes que modulan esta relación y determinan particularidades y diferencias e influyen en la forma de comportarse las personas y cómo afrontar la enfermedad.[21]

Las mujeres habitualmente presentan valores de presión arterial sistólica inferiores a la de los hombres, sin embargo, en determinadas circunstancias y etapas de su vida se hacen más evidentes los escenarios hipertensivos propios de su género. La mayoría de ellas, trasladan los perfiles cardiometabólicos desfavorables de la juventud a etapas posteriores de la vida, lo que incrementa el riesgo cardiovascular[22] sin embargo, ellas tienen más percepción del riesgo, se preocupan más por su salud y la de su familia, si se comparan con los hombres. En este estudio el ser mujer se comportó como un factor protector para no estar descompensada de la PA.

Los resultados obtenidos con relación a estas dos variables coinciden con otros estudios nacionales e internacionales[23,24,25,26] en los que se exponen resultados comparables.

Respecto a la hipertensión y color de la piel los resultados estuvieron compartidos entre las cuatro áreas de estudio. Lo que es comprensible dado por las características de la mezcla étnica de la población cubana[27] en la que los individuos fenotípicamente blancos o negros, aparecen genes de procedencia caucásica, africana o asiática, de modo indistinto, no obstante, existe evidencia de cierta predisposición genética en las personas con color de piel no blanca, asociadas a mecanismo del canal del sodio, al aumento de la sensibilidad a la sal y la hiperactivación del sistema renina angiotensina aldosterona entre otras. Además, tienden a desarrollar hipertensión maligna y presentan una mayor susceptibilidad a los accidentes cerebrovascular, infarto agudo del miocardio, nefropatía hipertensiva y enfermedad renal crónica[28]

El estudio CARDIA[29], tradujo un riesgo de hipertensión entre 1,5 y 2 veces mayor en estas personas que en los de color de piel blanca, fundamentalmente antes de los 30 años. Del mismo modo Terazón[14] y Pérez Rodríguez[30] concuerdan con el estudio anterior.

El nivel escolar y la convivencia social se

asemejan en las cuatro áreas de salud, no así la actividad principal a la que se dedican estas personas que está en correspondencia con la edad predominante en cada área de salud. El nivel escolar medio y superior tiene correspondencia con el nivel educacional alcanzado por la población cubana. El vivir acompañado con algún miembro de la familia, igualmente se corresponde con el tipo de familia prevaleciente en el país (nuclear-extendida).

El nivel educativo y el apoyo del grupo familiar como determinantes sociales de la salud, forman parte del entorno de vida y pueden desempeñar un papel clave en el cuidado de la salud.[12,17,31]

Un estudio realizado por Pérez Rodríguez y cols.[30] encontró que el mayor porciento de los hipertensos eran menores de 60 años, masculinos, de color de piel no blanca, con una unión estable y escolaridad elevada (preuniversitario, universitario). Igualmente, Carrillo y cols.[16] hallaron en una población urbana de Argentina un predominio de hipertensos con nivel escolar superior con características muy parecidas a las halladas en este estudio.

Todos los hipertensos deben realizar modificaciones en el estilo de vida, por el impacto positivo en el control de la PA, en la disminución o retraso de las complicaciones y en la mejora de la calidad de vida. Se han identificado factores de riesgo, tanto para el desarrollo de la HTA como de sus complicaciones, como la dieta con alta cantidad de sal, ricas en grasa, no consumir frutas y vegetales y también se señalan la obesidad, el sedentarismo, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo.[30,32] Condiciones que se vieron reflejadas en porcentajes no despreciables en estos estudios.

Morffi y cols. encontraron en un estudio realizado en Florida, Camagüey[33] predominio de hipertensos del sexo femenino (62,5 %), ingestión de bebidas alcohólicas (31,2 %), tabaquismo (61,2 %) y obesidad 32,5 %). Declararon que el tabaquismo incrementó ocho veces la posibilidad de ser hipertenso, la obesidad en cinco veces y el consumo de alcohol once veces. Por otra parte, en una comunidad holguinera se identificaron como factores de riesgo para la hipertensión arterial la edad entre 50-65 años, antecedentes patológicos personales de diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo[34], lo cual coincide con algunos de los resultados obtenidos en estas cuatro áreas de salud, donde además la inactividad física fue uno de los factores sobresalientes.

Los ejercicios tienen efectos positivos sobre las cifras de PA, ayudan a controlar los niveles de colesterol en sangre y la diabetes mellitus. La práctica saludable de actividad física en personas hipertensas, de manera progresiva y como hábito de la rutina diaria, es un fuerte aliado para disminuir el riesgo cardiovascular. De igual modo constituye un coadyuvante económico, efectivo y factible para el manejo y tratamiento de esta enfermedad[33] sin embargo, su práctica es deficiente en el grupo estudiado.

Existen estudios que evidencian los beneficios de la actividad física[35], sobre todo en el grupo de 30 a 39 años y en ambos sexos, cuando estos se realizan de forma adecuada, sin embargo, en los restantes grupos de edad, el sexo masculino muestra mayores porcientos de ejecución en relación con el femenino[30] no obstante, se ha expresado escepticismo sobre si los pacientes de edad avanzada pueden lograr cambios relevantes en la PA y de la función biorreguladora con respecto al ejercicio físico.[36] Esto pudiera apoyar los resultados obtenidos, ya que en tres de las cuatro áreas predominan los mayores de 60 años, el Aballí donde prevalecen los menores de 60 es el de mayor porciento de actividad fisca de los cuatro.

Al analizar las variables de utilización de los servicios de salud y seguimiento, se observó la existencia de brechas que indican una baja percepción de riesgo por la no interiorización de necesidad de atención, ni de seguimiento periódico por parte del paciente, a pesar de presentar uno o más padecimientos crónicos. Por otro lado, se muestra el no cumplimiento por los prestadores del servicio de los programas establecidos en el Nivel Primario de Atención.[4,37]

El control de las cifras de presión arterial depende en cierta medida del empoderamiento de los pacientes con el automanejo de su enfermedad. El empoderamiento depende no solo de conocer qué se debe hacer, sino de desarrollar en los pacientes una actitud responsable que los incite a poner en práctica las medidas que se le han enseñado previamente,[38] lo que coincide con los criterios de Hierrezuelo y cols.[39]

Existen estudios en el país y en la región, que concuerdan con algunas de las brechas detectadas, Morejón Giraldoni y cols.[40] en

Cienfuegos señalan la existencia de brechas en la detección y seguimiento de los hipertensos y demuestran asociación entre la asistencia a consulta de seguimiento y el control de la PA.

Por su parte Linaldi[41] manifestó que las brechas en el acceso a los servicios de salud se relacionaron con la no búsqueda de atención a la salud por parte de estas personas a pesar de tener una necesidad de atención. Las brechas de seguimiento y control estuvieron dadas por incumplimiento en la asistencia a la consulta programada, sobre todo, debido a factores relacionados con la conducta del paciente. Regino y cols.[15] también demuestran asociación entre el seguimiento y el control y refieren que asistir a menos de cuatro citas de seguimiento por año es un factor de riesgo para el no control de la presión arterial.

Ortiz y cols. en un estudio en el Ecuador[42] encontraron brechas significativas en el seguimiento y control de pacientes, predominantemente en hombres, mayores de 64 años, empleados, sin seguro médico. Además, el no percibir una necesidad de atención médica, aumentó el riesgo de experimentar estas brechas.

Moyolema[43] reveló deficiencias significativas en el seguimiento del hipertenso tanto en consulta como en terreno. El 87,5 % de los pacientes informaron que "nunca" se pusieron en contacto con ellos después de faltar a una cita programada y el 75 %, afirmó que "nunca" recibían visitas domiciliarias. Otras de las deficiencias expresada fueron "casi nunca" reciben información sobre la adherencia al tratamiento y los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

Por su parte Palmeirim en Brasil[44] estipuló que la concienciación y el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión son insuficientes y que es necesario mejorar su gestión para mejorar el control. Para los profesionales sanitarios, se identificaron como principales necesidades: la concienciación sobre la enfermedad, la formación técnica y una mayor dedicación a los pacientes.

En otros países de la región, también se han detectado dificultades en el manejo de la hipertensión y acceso a la atención, impulsado por sesgos relacionados con el género, la etnia, nivel de conocimientos y situación económica. La carga de la multimorbilidad también se distribuye de manera desigual; la combinación de hipertensión, diabetes y enfermedad renal crónica es cinco veces más frecuente entre las personas pobres. Las disparidades económicas perpetúan un sistema de salud dividido, donde la calidad del tratamiento suele correlacionarse directamente con el nivel socioeconómico, lo que refuerza las inequidades y afecta negativamente los resultados de salud en las comunidades de bajos ingresos.[45,46]

En Perú, a pesar de contar con una red de instituciones públicas y privadas, persisten profundas desigualdades territoriales y sociales que limitan el acceso a servicios esenciales. Estas brechas disminuyen la cobertura, reducen la capacidad resolutiva de los establecimientos y agravan los indicadores de morbilidad y mortalidad en zonas vulnerables.[47]

La estratificación del riesgo cardiovascular desde el inicio del diagnóstico es esencial para determinar las pautas del tratamiento y seguimiento, para el control de la hipertensión arterial, de la(s) comorbilidad (es) y de otros riesgos. Además, permite definir cuándo el seguimiento del control de la presión arterial puede realizarse por un personal entrenado.[4,48]

La reducción de la presión arterial es el elemento más importante en la modificación del riesgo cardiovascular para los pacientes que aún no han sufrido una crisis aterosclerótica, además de mejorar el pronóstico en individuos de alto riesgo.[4] Se ha demostrado que una estrategia centrada en el riesgo cardiovascular evita más eventos cardiovasculares que una estrategia basada tan solo en la PA.[48]

En Cuba, el Programa de Control de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención establece la frecuencia de seguimiento, al tener en cuenta esta estratificación, según se trate de un paciente de alto riesgo cardiovascular con varias comorbilidades y descontrolado, uno de mediano o bajo riesgo. Establece que los casos más complejos o de difícil control deberían ser evaluados por los especialistas del Grupo Básico de Trabajo.[4,37]

Como muestran los resultados de estos cuatro estudios, el seguimiento de los hipertensos no fue adecuado, el 42,6 % no fue visto ni tan siquiera una vez al año incumpliendo con las estrategias trazadas.[4] A pesar de que el control de la PA es superior a lo que habitualmente reporta la bibliografía, el porcentaje de no controlados no es depreciable. Hay evidencias que intervalos de tiempo cortos entre consultas

se asocia a un mejor control de la PA y en un tiempo menor.[48]

Las categorías analizadas (edad, sexo, color de la piel, acceso a la educación, al empleo y cultura, entre otras) forman parte de los determinantes estructurales y configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación o estratificación social. Mientras que los determinantes intermedios son aquellos factoresintermediariosentreladiferentedistribución delasaludyelbienestardela a posición socioeconómica de las personas, sus comportamientos y modos de afrontamiento, el acceso y calidad del servicio brindado influyen en la posibilidad de tener una buena salud o no, genera diferencias en los distintos contextos, incluso, dentro de una misma provincia.[12,13,15,46]

Es necesario el abordaje de los problemas de salud desde el enfoque de determinación social de la salud, para la identificación, priorización y posible resolutividad de las causas que les dan lugar. La Atención Primaria de Salud juega un papel esencial junto a la voluntad política, la intersectorialidad y la participación comunitaria.

Como se aprecia, múltiples son los elementos que intervienen en el control de la PA; desde el conocimiento de la enfermedad, el autocuidado, conjuntamente con la adherencia farmacológica, la asistencia a controles de forma sistemática y la mantención de hábitos y estilos de vida saludables.

De forma global estos estudios mostraron que, a pesar de haberse realizado en periodos diferentes, existen elementos comunes o semejanzas (brechas tanto por parte de los usuarios como de los proveedores de salud), que persisten en el tiempo a pesar de las estrategias adoptadas por el país y que interfieren con el adecuado cumplimiento del programa de control de la hipertensión arterial y otras ENT. Entre ellas la baja percepción de riesgo por parte de estas personas (con una o más comorbilidades y/o factores de riesgo), inadecuado seguimiento y control, no medición de la presión arterial con la periodicidad establecida y mala adherencia al tratamiento, no obstante, estadísticamente no se comprobó asociación entre algunas de estas brechas y el control.

En lo particular, el área con mayor porcentaje de personas supuestamente controladas y mejor adheridas fueron las pertenecientes al Aballí, lo que se contradice con algunos de los resultados de las variables relacionadas directamente al proceso de atención, donde se exhibieron las mayores dificultades; lo que a criterio de los autores puede ser atribuido al pequeño tamaño de la muestra estudiada y a la forma de manifestarse los determinantes sociales.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría:

1. Conceptualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
2. Adquisición de fondos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
3. Investigación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Alejandra Piña Alonso, Yamila Soler Carbonell, Marilyn Hernández Sánchez.
4. Metodología: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Geominia Maldonado Cantillo.
5. Administración del proyecto: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
6. Recursos: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
7. Supervisión: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
8. Validación: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Geominia Maldonado Cantillo.
9. Visualización: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Alejandra Piña Alonso, Yamila Soler Carbonell, Marilyn Hernández Sánchez.
10. Redacción borrador original: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.
11. Redacción revisión y edición: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá, Geominia Maldonado Cantillo, Alejandra Piña Alonso, Yamila Soler Carbonell, Marylin Hernández Sánchez.
12. Curación de datos: Geominia Maldonado Cantillo, Addys Díaz Piñera, Armando

Rodríguez Salvá.

13. Análisis formal: Addys Díaz Piñera, Armando Rodríguez Salvá.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdés R, Ramos AE, Valiente W, Junco B, Valdés R. Mortalidad prematura según causas seleccionadas en el Policlínico 5 de septiembre. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2021[citado 15/1/2026];37(3):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252021000300010&lng=es&tlng=.

2. Serra MA, Serra M, Viera M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Finlay[Internet]. 2018[citado 16/6/2025];8(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561.

3. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el alarmante impacto mundial de la hipertensión[Internet]. Ginebra:OMS;2023[citado 16/1/2026]. Disponible en: https://www.univadis.es/viewarticle/informe-organizaci%C3%B3n-mundial-salud-el-alarmante-impacto-2023a1000pky.

4. Ministerio de Salud Pública. Guía para la Implementación del Programa de Control de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención[Internet]. La Habana:ECIMED;2023[citado 16/1/2026]. Disponible en: https://www.bvscuba.sld.cu/libro/guia-para-la-implementacion-del-programa-de-control-de-la-hipertension-arterial-en-el-primer-nivel-de-atención/.

5. González MA. Nuevas rutas en el desarrollo de la teoría de las representaciones sociales. Rev Culturales[Internet]. 2021[citado 26/1/2026];9(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912021000100001.

6. Díaz M, González L, Rodríguez A, León M. Representaciones sociales sobre hipertensión arterial en el área de salud Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa. Rev Humanidades Médicas[Internet]. 2025[citado 2/2/2026]; 21(2):[aprox. 16p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727812020210002003 30&lng=es&tlng=es.

7. Díaz A, Rodríguez A, León M, Maldonado G, Fernández L, Álvarez N. Brechas en la atención de personas hipertensas en el Policlínico "Julio Antonio Mella", Guanabacoa, 2016-2017. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2020[citado 2/2/2026];46(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2350/1596.

8. Rodríguez A, Piña A, Díaz A, García R, Balcindes S. Brechas en el manejo del paciente hipertenso en un área metropolitana de La Habana. Finlay[Internet]. 2019[citado 20/2/2026];9(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/742.

9. Díaz A, Soler Y, Álvarez N, Rodríguez A. Caracterización del proceso de atención de personas hipertensas en un policlínico de La Habana Vieja. Finlay[Internet]. 2023[citado 20/2/2026];13(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1248.

10. Hernández M, Díaz A, Rodríguez A, Más M, Cueto H. Caracterización del proceso de atención a personas hipertensas en un policlínico del Cerro. Finlay[Internet]. 2024[citado 20/2/2026];14(4):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1434.

11. Bonet M, Varona P. III Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades no Transmisibles. Cuba 2010-2011[Internet]. La Habana:ECIMED;2014[citado 8/2/2026]. Disponible en: https://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_completo.pdf.

12. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La determinación social de la salud. Una antología: veinte años de trabajo del grupo de estudio del INHEM[Internet]. La Habana:ECIMED;2025[citado 8/2/2026]. Disponible en: https://www.bvs.cuba.sld.cu/libro/la-determinación-social-de-la-salud-una-antología-volumen-2.

13. Vergara N, Correa DK, Moreno CA, Mercado JI, Basto GJ, Jairo J. Determinación social del riesgo cardiovascular. Un estudio de caso. Rev Salud Jalisco[Internet]. 2020[citado 8/2/2026];7(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98131.

14. Terazón O, Angulo CM. Determinación del riesgo cardiovascular global en pacientes hipertensos. Medisan[Internet]. 2020[citado 2/2/2026];24(6):[aprox. 14p.]. Disponible en: https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2943.

15. Regino YM, Quintero MA, Saldarriaga JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. Rev Colom Cardiol[Internet]. 2021[citado 12/1/2026];28(6):]aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120563320210006006 48&lng=en.

16. Carrillo MN, Babio N, Miño J, Niclis C, Haluszka E, Staurini S, et al. Presión arterial alta y estilos de vida asociados en una población urbana de Argentina. Rev Med Buenos Aires[Internet]. 2024[citado 5/2/2026];84(6):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802024001001146&lng=es&tlng=es

17. Aguirre OJ, Quintero YS, Valencia L. Hipertensión arterial: una mirada desde los determinantes sociales en salud. Cuaderno de Investigaciones: Semilleros Andina[Internet]. 2025[citado 27/2/ 2026];17(1):[aprox. 18p.]. Disponible en: https://doi.org/10.33132/26196301.2473.

18. Piné MT. Análisis del síndrome coronario agudo como causa de incapacidad en España. Rev Justicia Trabajo[Internet]. 2024[citado 27/2/2026];4(4):[aprox. 25p.]. Disponible en: https://revistas.colex.es/index.php/justiciaytrabajo/article/view/108/166.

19. Jinzhe W, Xiaohong L, Yiyun X, Tong Q, Yapi P, Yagi P, et al. The risk perception of disease aggravation in older patients with non-communicable disease: a qualitative study. BMC Health Service Research. 2025;26(1):1-13.

20. Koipuram A, Carroll S, Punthakee Z, Sherifali D. Diabetes knowledge, risk perception, and quality of life among South Asian caregivers in young adulthood. BMJ Open Diabetes Research and Care. 2020;8(2): e001268.

21. García AE, Horta LF, Bautista MA, Ibáñez EA, Cobo EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Rev Salud Bosque[Internet]. 2022[citado 30/6/2026]; 12(1):[aprox. 13p.]. Disponible en: https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/3278.

22. Ghelfia AM, Staffieri GJ. Hipertensión arterial en la mujer en edad fértil no gestante. Revista Medicina Clínica[Internet]. 2022[citado 27/2/2026];159(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-hipertension-arterial-mujer-edad-fertil-S0025775322001361?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSInMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPuIGh67s1.

23. Martínez EH, Ortiz Y, Gallego JA, Velázquez LE, Laffite AL, Godales L. Comportamiento de la hipertensión arterial en el consultorio 5 de Puerto Padre. Gaceta Méd Estudiantil[Internet]. 2024[citado 27/2/2026];5(3):[aprox. 11p.]. Disponible en: https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/491.

24. Rodríguez EC, Denis DA, Ávila JA, Hernández OL. Factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2021[citado 27/2/ 2026];3(4):[aprox. 18p.] Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400003&lng=es&tlng=es.

25. Soler R, Brossard M, Vaillant M, Omar Y, Marín M. Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan[Internet]. 2020[citado 2/3/2026];24(2):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000200174&lng=es&tlng=es.

26. Encalada LE, Álvarez KA, Barbecho PA, Wong S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Rev Latinoam Hiperten[Internet]. 2018[citado

20/2/2026];13(3):[aprox. 5p.]. Disponible en https://www.redalyc.org/journal/1702/170263335004/html/.

27. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estudio sobre el mapa genético de la población cubana[Internet]. Nueva York:ONU;2023[citado 20/5/2026]. Disponible en: https://www.mep.gob.cu.

28. Contreras R. Hipertensión arterial en paciente de raza negra: A propósito de un caso. Rev Méd Maule[Internet]. 2022[citado 3/3/2026];37(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.revmedmaule.cl.

29. Streed J. Hypertension and cardiovascular disease in the Black community[Internet]. Arizona:Mayo Clinic;2025[citado 6/1/2026]. Disponible en: https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-clinic-minute-hypertension-and-cardiovascular-disease-in-the-black-community/.

30. Pérez L, Utrera G, Rodríguez L. Caracterización de estilos de vida en pacientes hipertensos del consultorio 7 área IV. Cienfuegos. Medisur[Internet]. 2021[citado 7/3/2026];20(6):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5509.

31. De La Guardia MA, Ruvalcaba JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Rev Result Negativos no Positivos[Internet]. 2020[citado 7/3/2026];5(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/5645/564563417005/html/.

32. Lorenzo JC, Vitón AA. Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. Rev Méd Electrón[Internet]. 2020[citado 7/3/2026];42(3):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684182420200003019 60&lng=es&tlng=es.

33. Morffi AM, García T, Pérez W. Hipertensión arterial. Incidencia de algunos factores de riesgo. AMC[Internet]. 2020[citado 7/3/2026];6(3):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000300009&lng=es&tlng=es.

34. Laborde AM, Laborde MA, García DM, Chibás L. Comportamiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en una comunidad rural holguinera. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2021[citado 7/1/2026];37(4):[aprox. 14p.] Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864212520210004000 05&lng=es&tlng=es.

35. Zequeira B. La actividad física como reductora de riesgo cardiovascular en personas hipertensas. Rev Méd Electrón[Internet]. 2023[citado 27/1/2026]; 45(6):[aprox. 6p]. Disponible en: https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5294.

36. Valdespino FO, Begoña M, Wong J. Efectividad del ejercicio físico en el control de la hipertensión arterial en adultos: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Inform Cient[Internet]. 2020[citado 16/2/2026];104(1):[aprox. 26p.]. Disponible en: https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4937.

37. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia[Internet]. La Habana:ECIMED;2011[citado 16/2/2026]. Disponible en: https://www.sld.cu/sitios/ecimed.

38. Luis IP. Responsabilidad personal y autorresponsabilidad en salud. Consideraciones desde la ética de la Salud Pública. Bioética[Internet]. 2016[citado 12/1/2026];1(1):[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.cbioetica.org/revista/161/1927.pdf.

39. Hierrezuelo N. Calidad del proceso en la ejecución del Programa de Hipertensión Arterial. Rev Habanera Ciencias Médicas[Internet]. 2023[citado 12/172026];22(1):[aprox. 10p]. Disponible en: https://redalyc.org.

40. Morejón AF, Benet M, Bernal JL, Espinosa AD, Silva JC, Ordúñez PO. Factores relacionados con el control de la hipertensión arterial en Cienfuegos. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2015[citado 22/2/2026];45(3):[aprox. 7p.] Disponible en: https://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1716.

41. Linaldi LL. Brechas en la atención y control de la hipertensión arterial en los casos de la colonia Gaviota[Internet]. Tabaso:Universidad Juárez Autónoma de Tabasco;2022[citado 12/1/2026]. Disponible en: https://lri.ujat.mx/handle/20.500.1210.

42. Ortiz P, Vásquez Y, Arévalo E, Van der Stuyft P, Londoño E. Gaps in hypertension management in a middle-income community of Quito-Ecuador: a population-based study. International J Envir Research Public Health. 2022;19(10):5832.

43. Moyolema ED, Mejías M. Desempeño del profesional de enfermería en la atención primaria de salud en pacientes hipertensos. Rev Cient Multidis Arbitr[Internet]. 2025[citado 12/3/2026];(17):[aprox. 14p.]. Disponible en: https://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/718.

44. Palmeirim MS, Baxter YC, Silveira M, Maggion RV, Aquino B, Avezum Á, et al. Situational analysis of hypertension management at primary health care level in São Paulo, Brazil: population, healthcare professional and health system perspectives. BMC Health Services Research. 2024;24(1):668-73.

45. Alcocer L, Schiffrin EL, Fink G, Gironacci MM, Irigoyen MC, Palei AC, et al. Racial and Gender Discrimination When Tailoring Medical Management to Hypertension Treatment in Latin America. Am J Hypertens. 2025;38(10):739-47.

46. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Panorama de la Salud: América Latina y el Caribe 2026. Desigualdades en la salud y la atención sanitaria en América Latina y el Caribe[Internet]. París:OECD;2026[citado 1 Jul 2026]. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/2026/09/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2026_19748f23/full-report/inequalities-in-health-and-healthcare-in-latin-america-and-the-caribbean_c51672f2.html.

47. Fuentes LL, Díaz JJ, Medina CG. Brechas en la calidad y accesibilidad de la atención sanitaria: un análisis bibliográfico. Rev Minerva[Internet]. 2025[citado 20/3/2026];6(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10754162.

48. Brettler JW, Giraldo GP, Aumala T, Best A, Campbell NR C, Cyr S, et al. Factores impulsores y métodos de puntuación para mejorar el control de la hipertensión en la práctica clínica de la atención primaria: recomendaciones del grupo de innovación de HEARTS en las Américas. Rev Panam Salud Pública[Internet]. 2022[citado 12/1/2026];46(1):[aprox. 12p.] Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e56/.