



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**“Factores socioeconómicos asociados al consumo de medicación en pacientes
diagnosticados con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia por proveedores de
salud en la población adulta del distrito 17D06 del sur de Quito.”**

Autoras

Natalia Marina Salazar Vásquez

Sonia Alexandra Gancino Ulcuango

Directora

Dra. María Fernanda Rivadeneira Guerrero

Asesor metodológico

Dr. Iván Guillermo Dueñas Espín

QUITO, 2026

Derechos de autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:



Natalia Marina Salazar Vásquez

Firma del estudiante:



Sonia Alexandra Gancino Ulcuango

Dedicatoria

A mis padres, Cesar y Esther, a mis hermanos Lilian y Daniel por ser mi sostén incondicional en cada etapa de este camino. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, por creer en mí cuando yo dudaba y por acompañarme con paciencia y amor. Cada logro de este duro camino se ha conseguido gracias a mi familia, que con cada apoyo me ayudo a llegar a la meta.

Dra. Natalia Salazar V.

A Daniel, por ser mi compañero de vida y de sueños. Gracias por tu paciencia, por creer en mí cuando el camino es más difícil. Tu amor me sostuvo en los días más exigentes, esta tesis es también tuya, porque cada página representa tu apoyo y tu fuerza. Te dedico este logro con todo mi corazón.

Dra. Sonia Gancino U.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la realización de esta tesis. A mis profesores y asesores, por su guía constante, paciencia y valiosos comentarios. A mi familia, por su apoyo incondicional y motivación diaria. Y a mis compañeros, por los intercambios de ideas que enriquecieron mi trabajo.

Dra. Natalia Salazar V.

Agradezco a Dios, por ser la fuente de sabiduría, que ha guiado mi camino en medio de la incertidumbre. A mi familia, por apoyarme con paciencia y amor. A mis docentes y mentores, por compartir su experiencia y conocimiento, que me han inspirado a ejercer esta profesión con respeto, ética y empatía.

Y a nosotras mismas, por no dejarnos vencer por el cansancio y continuar con perseverancia hasta alcanzar esta meta que es el inicio de un camino lleno de éxitos.

Dra. Sonia Gancino U.

Índice general

Derechos de autor.....	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos.....	4
Índice general	5
Índice de tablas.....	9
Índice de diagramas.....	10
Lista de abreviaturas.....	11
Resumen.....	14
Abstract	16
Capítulo I.....	18
Introducción	18
Justificación.....	21
Problema de investigación	24
Objetivos	26
Hipótesis.....	26
Capítulo II	27
Marco teórico	27
Acceso, consumo y adherencia a la medicación.	27
Diferencias conceptuales.....	27
Factores relacionados con el consumo de medicamentos en pacientes con ECNT	28
Acceso a la salud y acceso a medicación	28

Calidad de la atención	31
Factores relacionados al sistema de gestión en salud.....	32
Factores socioeconómicos – desigualdades en salud	33
Repercusiones individuales, familiares y sociales de la falta de consumo de medicación para ECNT.....	35
Enfermedades crónicas no transmisibles.....	37
Definición.....	37
Epidemiología	38
Hipertensión arterial.....	39
Definición.....	39
Epidemiología	39
Factores de riesgo.....	40
Diagnóstico y categorías	42
Diabetes Mellitus.....	48
Clasificación.....	48
Diabetes Mellitus tipo 2	49
Definición.....	49
Epidemiología	49
Factores de riesgo.....	49
Diagnóstico.....	52
Tratamiento.....	53
Dislipidemia	59

Definición.....	59
Epidemiología	59
Factores de riesgo.....	60
Tratamiento.....	63
Capítulo III	67
Materiales y métodos	67
Tipo y Diseño de la Investigación	67
Población y muestra del estudio.....	67
Criterios de Inclusión	68
Criterios de Exclusión	68
Operacionalización de variables.....	69
Tabla 6. Operacionalización de variables.....	69
Técnicas e instrumentos de recolección de muestra.....	72
Procedimientos de recolección de información.....	72
Aspectos bioéticos.....	73
Plan de análisis de los datos	73
Capítulo IV	75
Resultados	75
Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos	75
Tabla 7. Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos, población de estudio (n=656).	75
Consumo de medicación en pacientes que han recibido diagnóstico previo de ECNT	76

Características sociodemográficas de la muestra	77
Asociación entre consumo de medicación antihipertensiva según característica sociodemográfica.....	79
Asociación entre consumo de medicación hipoglicemiante según característica sociodemográfica.....	82
Asociación entre consumo de medicación hipolipemiente según característica sociodemográfica.....	85
Asociación entre consumo de medicación de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) según características sociodemográficas.	87
Capítulo V	91
Discusión.....	91
Limitaciones del estudio.....	100
Capítulo VI.....	102
Conclusiones y recomendaciones.....	102
Conclusiones	102
Recomendaciones.....	103
Referencias bibliográficas	105
Anexos.....	128

Índice de tablas

Tabla 1. Categorías de la presión arterial	43
Tabla 2. Instrucciones para medir la presión arterial	44
Tabla 3. Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2.....	52
Tabla 4. Tipos de insulina y presentación.....	57
Tabla 5. Clasificación de las dislipidemias según Friedrickson	62
Tabla 6. Operacionalización de variables.....	69
Tabla 7. Distribución general de la muestra (n=656).	75
Tabla 8. Consumo de medicación en pacientes que han sido informados de ECNT (n=370). 76	
Tabla 9. Características sociodemográficas de la muestra, adultos residentes en el Distrito 17D06, Quito, 2021 (n=370).	78
Tabla 10. Asociación entre consumo de medicación antihipertensiva en pacientes informados de hipertensión arterial (n=166), según características sociodemográficas.	80
Tabla 11. Asociación entre consumo de medicación hipoglicemiente en pacientes informados de Diabetes Mellitus 2 (n=116) según características sociodemográficas.	83
Tabla 12. Asociación entre consumo de medicación hipolipemiente en pacientes informados de Dislipidemia(n=212), según características sociodemográficas.....	86
Tabla 13. Asociación entre consumo de medicación de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (n=326), según características sociodemográficas.	88

Índice de diagramas

Diagrama 1. Factores asociados al consumo de medicación para ECNT	74
---	----

Lista de abreviaturas

ACC: American College of Cardiology

ACCESS: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada en Ecuador

ACNUDH: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

ADA: American Diabetes Association/Asociación Americana de Diabetes

ABPM: Ambulatory Blood Pressure Monitoring / Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial

AHA: American Heart Association

ARA II: Antagonista de Receptores de Angiotensina II

ATP-III: Adult Treatment Panel III

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

BCC: bloqueadores de los canales de calcio

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CEAD: Contextualizing Evidence for Action on Diabetes in Low-Resource Settings

C-LDL: LDL Cholesterol

CMD: Enfermedades cardiometabólicas

CUS: Cobertura Universal de Salud

DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension / Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

DPP-4: Dipeptidil Peptidasa-4

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

ECV: Enfermedad Cardiovascular

ESC: European Society of Cardiology

ESE: European Society of Endocrinology

ESO: European Stroke Organisation

GLP1: Agonista del péptido análogo al glucagón tipo 1

GPS: Global Positioning System

HAS: Hipertensión arterial sistémica

HBA1C: Hemoglobina Glicosilada

HBPM: Monitoreo domiciliario de presión arterial

HDL: High Density Lipoprotein

HMG-CoA: Hidroximetilglutaril-CoA reductasa

HTA: Hipertensión arterial

IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

ISGLT2: Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2

LDL: Low Density Lipoprotein

LDLR: Low-Density Lipoprotein Receptor

mm Hg: Milímetros de Mercurio

MODY: Maturity Onset Diabetes of the Young

MTP: Proteína microsomal de transferencia

NCDs: Non communicable chronic diseases

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAD: Presión arterial diastólica

PAS: Presión arterial sistólica

PCSK9: Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin type 9

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PUP: Producto ultraprocesado

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SOP: Síndrome de ovario poliquístico

SPSS: paquete estadístico para las ciencias sociales (siglas en inglés)

STEPS: Stepwise to Encourage Prevention Surveillance

VLDL: Very Low-Density Lipoprotein

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles, representan más del 50% de las causas de mortalidad anual en Ecuador, últimos estudios evidencian que los factores socioeconómicos, como la baja escolaridad y los ingresos limitados, se asocian directamente con un menor consumo de medicación.

Objetivo: Determinar la asociación entre factores socioeconómicos y consumo de medicación en pacientes que han sido informados de diabetes, hipertensión y dislipidemia por proveedores de salud en la población adulta del Distrito 17D06 del sur de Quito.

Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, de análisis de datos secundarios recopilados en el proyecto (CEAD) realizado en el Distrito 17D06 del Sur de Quito. En quienes se recogió datos socioeconómicos, antecedentes de ECNT y consumo de medicamentos, posterior se realizó un análisis descriptivo, con razones de prevalencia, intervalos de confianza al 95%, con el uso de SPSS versión 27.

Resultados: El análisis estadístico reveló asociaciones estadísticamente significativas entre el consumo de medicación y los adultos mayores diagnosticados con HTA 70% (n=42) (p 0,02) y con dislipidemia con 35,1% (n=20) (p 0,01); así mismo se identificó que existía una relación entre el consumo mayor de hipoglicemiantes en los participantes con nivel básico de educación con el 67,4% (n=29) (p 0,04).

Conclusiones: Se concluye que existe un mayor porcentaje consumo de medicación en los adultos mayores diagnosticados con HTA y dislipidemia, así como en los pacientes diabéticos con nivel escolar básico. Por lo hallazgos se concluye la necesidad de ampliar la investigación en la población, en contextos como el estudiado, donde existe desigualdad social y limitado acceso a servicios de salud, es indispensable crear estrategias que mejoren el consumo de

medicación, apoyados en mejorar los determinantes tanto individuales, sociales y de sistema de salud.

Palabras Clave: Enfermedades crónicas no transmisibles, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo2, dislipidemia, factores socioeconómicos

Abstract

Introduction: Chronic non-communicable diseases account for more than 50% of annual mortality in Ecuador. Recent studies show that socioeconomic factors, such as low levels of education and limited income, are directly associated with lower medication use.

Objective: To determine the association between socioeconomic factors and medication in patients diagnosed with diabetes, hypertension, and dyslipidemia by healthcare providers in the adult population of District 17D06 in southern Quito.

Methods: A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study was conducted, analyzing secondary data collected during the CEAD project in District 17D06 in southern Quito. Socioeconomic data, history of non-communicable diseases (NCDs), and medication use were collected from participants. A descriptive analysis was then performed, including prevalence ratios and 95% confidence intervals, using SPSS version 27.

Results: Statistical analysis revealed statistically significant associations between medication use and older adults diagnosed with hypertension (HTN) in 70% (n=42) ($p = 0.02$) and dyslipidemia in 35.1% (n=20) ($p = 0.01$). A relationship was also identified between higher consumption of hypoglycemic agents and participants with a basic level of education in 67.4% (n=29) ($p = 0.04$).

Conclusions: It is concluded that there is a higher percentage of medication use among older adults diagnosed with HTN and dyslipidemia, as well as among diabetic patients with a basic level of education. Based on these findings, it is concluded that further research is needed in this population. In contexts such as the one studied, where social inequality and limited access to health services exist, it is essential to create strategies that improve medication use, supported by addressing individual, social, and health system determinants.

Keywords: Chronic non-communicable diseases, hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, socioeconomic factors.

Capítulo I

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la dislipidemia, constituyen uno de los principales desafíos sanitarios en América Latina. En Ecuador, estas patologías representan más del 50% de las causas de mortalidad anual, afectando especialmente a poblaciones urbanas con condiciones sociales vulnerables, como sucede en el sur de Quito (Moreira & Cedeño, 2022).

La Encuesta STEPS Ecuador 2018, analizada por Benítez Loza (2024), identificó que el nivel educativo y el ingreso económico son factores que se relacionan con la prevalencia de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. El estudio de Lozano Keymolen y Gaxiola Robles (2021) en México mostró que la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y la dislipidemia varían significativamente según el nivel socioeconómico, edad y escolaridad.

Si bien existen avances en el diagnóstico y disponibilidad de tratamientos farmacológicos, aún persisten barreras que impiden una adecuada adherencia al tratamiento integral, estas barreras vinculadas a determinantes sociales de la salud. Estudios recientes han evidenciado que los factores socioeconómicos, particularmente la baja escolaridad y los ingresos limitados, se asocian directamente con un menor consumo de medicación en pacientes con ECNT (Benítez Loza 2024).

Por ejemplo, el proyecto CEAD (*Contextualizing Evidence for Action on Diabetes in Low-Resource Settings*) (Bernal Soriano et al. 2021), desarrollado entre 2020 y 2021 por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad Miguel Hernández de España, identificó que el entorno social y económico condiciona el acceso, la continuidad y la comprensión del tratamiento en pacientes con diabetes en Quito y Esmeraldas.

Investigaciones como la de Biojó Gaspar (2021) señala que la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en consulta externa presentan escolaridad básica, desempleo y condiciones de vida precarias, lo que repercute negativamente en el consumo regular de medicación. En otro estudio realizado por Álvarez Palacios (2020) encontró que la prevalencia de diabetes tipo 2 se asocia significativamente con dislipidemia, hipertensión arterial y sedentarismo, factores que se agravan en contextos de vulnerabilidad social.

Existen patrones de comportamiento entre las condiciones socioeconómicas de los pacientes y el consumo de medicamentos frente a enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia. En la consulta médica de primer nivel de atención los pacientes con menor nivel educativo y bajos ingresos económicos presentan dificultades para adquirir medicamentos de forma continua, interpretar correctamente las indicaciones médicas o asistir regularmente a controles. Estas limitaciones se asocian a barreras como el desempleo, el empleo informal, el nivel educativo (Chico et al. 2024).

Es importante identificar los grupos prioritarios en diversos sectores de nuestro país, para poder dirigir estrategias de salud pública que permita reconocer el valor de la salud y desarrollar el autocuidado, esto fortalecerá la atención de salud (MSP, 2023).

Al reconocer los grupos más vulnerables, considerando diferentes ámbitos como el ámbito social, se realizará la incorporación de datos socioeconómicos en las historias clínicas, para lograr diseñar estrategias que se adapten a las características sociodemográficas y económicas de la población como la escolaridad, la empleabilidad, los ingresos económicos.

Lo que permita dar seguimiento sistemático de otros indicadores como la proporción de pacientes que retiran y mantienen su medicación, nos permitirá evaluar el impacto de estas intervenciones y ajustar las estrategias de salud de manera continua en el primer nivel de atención.

Frente a esta realidad, es necesario generar evidencia local que permita considerar al entorno social del paciente.

Por lo que realizamos este estudio cuyo propósito es determinar si hay una relación entre las características sociodemográficas de la población de nuestra investigación con el consumo de medicación, al tener un diagnóstico previo de ECNT.

Justificación

Las ECNT, como la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, se consideran actualmente las principales patologías a nivel mundial en causar mortalidad. Esta situación obedece a múltiples factores: el elevado número de personas afectadas, su creciente contribución a la mortalidad general, su condición como causa más frecuente de discapacidad, así como los altos costos asociados a la hospitalización y al tratamiento médico (Peña Silva & Reyes González, 2024).

En particular, la diabetes mellitus tipo 2 continúa siendo una de las principales causas de enfermedad a escala global, con un impacto considerable sobre la calidad de vida y la esperanza de vida de quienes la padecen. Según el Informe de la Carga Mundial de Morbilidad 2023, entre 2013 y 2023 se registró un 3,7% AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) atribuibles a esta enfermedad (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025).

Actualmente se reconoce con mayor claridad que el entorno, las condiciones estructurales y los estilos de vida influyen en la salud y el bienestar de las personas. Factores como la pobreza, la urbanización acelerada, el envejecimiento poblacional y otros determinantes sociales de la salud contribuyen al aumento sostenido de la incidencia y prevalencia de estas patologías (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2025).

Las ECNT están estrechamente vinculadas a múltiples factores de riesgo, tanto biológicos y genéticos como sociales. Entre estos destacan el nivel de ingresos, el grado de escolaridad, la edad al momento del diagnóstico y la adopción de hábitos perjudiciales para la salud. Por ello, el análisis de estas variables resulta crucial para comprender el comportamiento de las ECNT y diseñar estrategias eficaces para su prevención y control (Robinson Cedeño, 2024).

En su informe sobre medicamentos esenciales para enfermedades no transmisibles, la Organización Panamericana de la Salud subraya la importancia de garantizar el acceso equitativo y universal a estos insumos (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2024). Este principio está respaldado por la Constitución de la República del Ecuador, que reconoce la salud como un derecho irrenunciable y establece la obligación del Estado de asegurar el acceso permanente, oportuno y sin discriminación a medicamentos seguros, eficaces y de calidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

La falta de disponibilidad o la inaccesibilidad de medicamentos esenciales para determinados grupos poblacionales profundiza las desigualdades existentes y debilita la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios (OPS, 2024). Entre los sectores más afectados se encuentran las personas en situación de pobreza, las comunidades rurales, los adultos mayores sin cobertura social y otros colectivos históricamente excluidos (Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2022). En este sentido, la OPS sostiene que ampliar el acceso a medicamentos en estos contextos es una estrategia clave para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y reducir la carga de enfermedad en la región (OPS, 2023).

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública presentó en el año 2022 el Plan Decenal de Salud 2022-2031 (MSP, 2022) en el que propone un enfoque integral en la salud, con estrategias intersectoriales que contempla instituciones públicas y privadas, instituciones educativas, de salud, representantes de sociedades científicas, organizaciones de pueblos indígenas, tomando en cuenta determinantes sociales y ambientales. Para cumplir las metas propuestas como reducir las desigualdades e inequidades del acceso a la salud, promoción de salud, reducir enfermedades prevenibles, gestión eficiente en el sistema de salud y garantizar el acceso y cobertura universal de salud.

Al hacer una búsqueda en la literatura sobre investigaciones locales y de manera puntual sobre el consumo de medicación en ECNT, no encontramos datos, por lo que surge la idea de realizar esta investigación para obtener datos nacionales, que probablemente se convertirán en referencias para otras investigaciones. Por lo que realizamos el análisis de la base pública de datos del proyecto CEAD y contamos con el respaldo institucional de la Universidad Católica del Ecuador, quien participó en ese proyecto, además de la colaboración de investigadores con gran experiencia.

La presente investigación estudió la relación entre el diagnóstico y el consumo de medicación en pacientes con enfermedades crónicas en el sur de Quito. Su objetivo es identificar si los factores socioeconómicos influyen en el consumo de medicamentos en personas con ECNT. A partir de estos hallazgos tener un precedente que contribuya para futuras investigaciones en la propuesta de potenciales intervenciones sanitarias tomando en cuenta el ámbito social, económico y el consumo de medicación de la población

Problema de investigación

Las ECNT, entre las que se destacan las enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), contribuyen significativamente a la mortalidad mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que cada año se producen 43 millones de fallecimientos debido a ECNT a nivel global, el 73% de los cuales ocurren en países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2025).

En Latinoamérica, la prevalencia de DM2 es del 9,2% (Abbafati et al., 2020), de HAS es del 47,5% (Martínez Santander et al., 2021), y de dislipidemia es del 52% (Hernández Aguilar et al., 2020). Según los resultados de la encuesta STEPS 2018 en Ecuador, la prevalencia de hipertensión arterial es del 19,8%, la de diabetes mellitus es del 5,5% y la de dislipidemia es del 34,7% (Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2020).

El control de las ECNT generalmente exige el consumo de medicación de forma prolongada a fin de evitar la progresión y las complicaciones agudas y crónicas derivadas de estas enfermedades (Cruz Cuevas et al., 2023). Entre los elementos que pueden afectar la adherencia a la medicación requerida para el manejo de las ECNT se encuentra el acceso a la medicación (Mendoza, 2021). En sistemas de salud donde existe un acceso desigual a atención en salud y al sistema de cuidados en salud, el acceso a la medicación puede verse comprometido (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), 2024). En Ecuador, la compra de medicación es uno de los principales gastos que deben enfrentar los pacientes, esta situación es especialmente más compleja para pacientes en condiciones de pobreza, quienes enfrentan la difícil decisión de atender su salud o satisfacer otras prioridades, ya que el costo de la medicación la puede hacer inaccesible (INEC, 2023).

En Ecuador, no se dispone de estudios actualizados sobre el consumo de medicamentos y su relación con factores socioeconómicos. Por lo tanto, surge la necesidad de realizar un análisis que permita identificar los factores socioeconómicos que se relacionan con el consumo de medicamentos para tratar enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales son de las más frecuentes en nuestro entorno.

El proyecto CEAD “Contextualizing Evidence for Action on Diabetes in Low-Resource Settings: A Mixed-Methods Case Study in Quito and Esmeraldas, Ecuador”, creado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Universidad Miguel Hernández de España en el año 2021, ha creado una base de datos de todos sus participantes, previo su consentimiento, la cual es de acceso público. Esta base de datos contiene información acerca del consumo de medicamentos de pacientes con diabetes, hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia, además de factores socioeconómicos como los ingresos económicos, la escolaridad y la ocupación (Bernal Soriano et al. 2021).

A partir de esta información, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre los factores socioeconómicos y el consumo de medicamentos en pacientes diagnosticados con diabetes, hipertensión y dislipidemia en la población ecuatoriana del sur de Quito, Distrito 17D06?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar la asociación entre factores socioeconómicos y consumo de medicación en pacientes que han sido informados de diabetes, hipertensión y dislipidemia por proveedores de salud en la población adulta del Distrito 17D06 del sur de Quito.

Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de población con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia que consume medicación para su enfermedad.
- Identificar si existe diferencias de género en el consumo de medicación de pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia
- Analizar la asociación entre el grado de escolaridad y el consumo de medicación en pacientes informados de diabetes, hipertensión y dislipidemia
- Determinar la relación entre los ingresos económicos, la etnia y la ocupación y el consumo de medicación en pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia

Hipótesis

Los factores socioeconómicos, como la baja escolaridad y los bajos ingresos económicos, se relacionan con un menor consumo de medicamentos en pacientes diagnosticados con diabetes, hipertensión y dislipidemia.

Capítulo II

Marco teórico

Acceso, consumo y adherencia a la medicación.

Diferencias conceptuales

El acceso a los medicamentos se basa en los principios del concepto de medicamentos esenciales, por lo tanto, forma parte del ejercicio del derecho fundamental a la salud. Todos los países deben trabajar para lograr un acceso equitativo a los servicios y productos sanitarios, incluidos los medicamentos esenciales. La OMS ha formulado un marco de cuatro partes para orientar y coordinar la acción colectiva sobre el acceso a medicamentos esenciales: selección y uso racional de medicamentos esenciales, precios asequibles, financiación sostenible, sistemas de salud y suministro fiables (OMS 2024)

El consumo de medicación indica el proceso por el cual la población utiliza los medicamentos, ya sea por automedicación o por prescripción médica, teniendo en cuenta el mejoramiento de la salud, prevención o alivio de enfermedad, abarcando en este concepto la frecuencia, cantidad, uso y horario de la medicación. En salud pública, se concibe el concepto como un fenómeno observable y medible del uso de medicación, que no dependen de si es adecuado, racional o efectivo y se diferencia de acceso adherencia. En el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles, el consumo de medicación adquiere particular relevancia, dado que suele ser prolongado y continuo, aunque a menudo irregular, especialmente en enfermedades asintomáticas. En estos casos, el consumo por sí solo no garantiza el control de la enfermedad, siendo necesaria la adherencia sostenida para lograr resultados en salud. (Bigdeli et al 2012)

En la reunión de la OMS sobre Adherencia, celebrada en junio de 2001, concluyeron que definir la adherencia como «el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas» era un punto de partida útil. El proyecto de adherencia ha adoptado la siguiente definición de adherencia a la terapia a largo plazo, una versión fusionada de las definiciones de Haynes RB. (1979) y Rand CS (1993): el grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas por un profesional de la salud. También es necesario establecer una distinción clara entre los conceptos de enfermedades agudas y crónicas, y enfermedades transmisibles (infecciosas) y no transmisibles para comprender el tipo de atención necesaria. El proyecto de adherencia ha adoptado la siguiente definición de enfermedades crónicas: “Enfermedades que presentan una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan una discapacidad residual, están causadas por una alteración patológica irreversible, requieren un entrenamiento especial del paciente para su rehabilitación o se espera que requieran un largo período de supervisión, observación o atención”. (OMS 2003)

Específicamente en este estudio se abordará el consumo de medicación en la población del sur de Quito del distrito 17D06 que haya sido informado por un proveedor de salud de el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial o dislipidemia y que afirmen consumir medicación farmacológica en las últimas 2 semanas.

Factores relacionados con el consumo de medicamentos en pacientes con ECNT

Acceso a la salud y acceso a medicación

La cobertura Universal de Salud (CUS) (OMS, 2025) entendida como el derecho de toda persona al acceso equitativo de servicios de salud sin enfrentar dificultades económicas, se ha convertido en un eje fundamental en la agenda sanitaria a nivel mundial.

La OMS (2025) indica que el índice global de cobertura pasó de 54 puntos de índice en el año 2000 a 71 puntos en el 2023, la cobertura ha disminuido su velocidad de progreso desde el año 2015, lo que lleva a la necesidad de fortalecer la eficiencia en la gestión de recursos, el financiamiento sostenible y la calidad de atención, para garantizar la equidad y la sostenibilidad en los sistemas de salud.

El Banco Mundial para el año 2024 indicó que América Latina y el Caribe enfrentan retos particulares, ya que el alto gasto de bolsillo, las desigualdades territoriales y la fragilidad fiscal limitan la capacidad de los países para consolidar sistemas resilientes. Para alcanzar la cobertura universal en salud es necesario fortalecer los sistemas de salud y conseguir el desarrollo económico sostenible y la reducción de inequidades sociales (Herrera et al., 2022).

Nuestro país ha presentado el Plan Decenal de Salud (2023) que reafirma a la salud como un derecho constitucional y propone estrategias sanitarias para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Entre los principales logros que se destacan en nuestro país se encuentran la gratuidad de la salud, la provisión de medicamentos esenciales y el incremento presupuestario. Además, iniciativas como la estructuración de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y la implementación de la Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud (2023) que busca reducir la fragmentación del sistema y ampliar el acceso en zonas rurales mediante telemedicina y gestión pública digital.

El acceso a medicamentos depende del tipo de tipo de cobertura sanitaria de cada país.

Algunos países en Latinoamérica ofrecen de forma gratuita o en algunos casos subsidiada acceso a servicios de salud y medicamentos esenciales, pero no se refleja en la realidad de la población ya que los pacientes realizan gastos de bolsillo para acceder a atención médica, medicamentos, exámenes complementarios, tratamiento quirúrgico, lo que representa inequidad en el acceso (Pavón et al, 2017). Mientras que los seguros privados de salud

ofrecen una cobertura más amplia a servicios de salud a que incluye medicación, además los hospitales y clínicas privadas tienen equipos con tecnología más avanzada lo que permite un diagnóstico y tratamiento oportunos, lo que limita su acceso a la población con mejores ingresos económicos (Ledfor, 2025). Los sistemas de salud que combinan la cobertura pública con seguros privados complementarios obtienen mejores indicadores de acceso a medicamentos, pero solo si existe una regulación adecuada para evitar la exclusión y garantizar la sostenibilidad.

La ausencia de una cobertura de servicios de salud se vincula con un menor acceso a los tratamientos, particularmente entre los grupos poblacionales con ingresos limitados. Las personas que no acceden de forma continua a los servicios de salud enfrentan más obstáculos para obtener y utilizar los medicamentos necesarios. En este contexto, se enfatiza la importancia de consolidar los mecanismos de protección social como vía para garantizar un acceso justo y sostenido a los tratamientos farmacológicos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las patologías cardiovasculares (OMS, 2025).

Los mecanismos actuales para evaluar el acceso a medicamentos esenciales no logran capturar con suficiente precisión aspectos clave como su disponibilidad, costo accesible y uso adecuado, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Ante esta limitación, se plantea la necesidad de incorporar indicadores más detallados, que consideren la presencia de estos medicamentos en los listados oficiales, su presencia efectiva en los servicios de salud y su accesibilidad económica para la población. Además, se destaca la relevancia de que las políticas farmacéuticas se articulen con principios de equidad y derechos humanos, de modo que el acceso a tratamientos no se conciba únicamente como un objetivo técnico, sino como una responsabilidad ética y social (Jenei & Wirtz, 2024).

Calidad de la atención

La calidad de la atención en salud constituye un eje fundamental que garantiza la efectividad de los sistemas sanitarios y el cumplimiento del derecho a la salud, no depende solo de la disponibilidad de servicios, además, de otros factores como la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado, la equidad en el acceso y la satisfacción de los usuarios (Kú Hernández et al., 2025).

Para mejorar la calidad de la atención es necesario el uso de sistemas de información y vigilancia para realizar procedimientos protocolizados, además, del uso de estrategias multimodales que incluyen considerar la educación, comunicación, supervisión, entrenamiento continuo del personal de salud, participación de comunidades, involucrar a las gerencias administrativas, también incluye celebrar logros y brindar reconocimientos al buen desempeño de todo el personal. Es necesario desarrollar una cultura de calidad en los sistemas de salud al promover liderazgo, innovación, compromiso con valores éticos, proactividad, aprendizaje continuo. La cultura de la calidad requiere la participación social con mecanismos claros y transparencia al momento de rendir cuentas en los distintos niveles del sistema de salud (OPS, 2020).

En Ecuador, existe el “Plan Nacional de Medición de la Satisfacción de la Calidad de la atención en los servicios de salud, del Sistema Nacional de Salud”, que evalúa la satisfacción del paciente al usar los diferentes servicios de salud del país y reportó que el año 2023 el sector privado alcanzó el 94,32% de satisfacción sobre el 70,81% presentado por la Red pública Integral de Salud (ACCESS, 2023).

En el estudio de Enríquez et al. (2025) se encontró que factores como la percepción de eficacia, alivio de síntomas, facilidad para organizar la toma de medicación y la accesibilidad de los medicamentos se relacionan con la satisfacción de la atención además que influye en la

adherencia la adherencia terapéutica. Además, que la confianza del paciente aumenta con un provisión continua y guía constante, al contrario, el desabastecimiento de medicación y la desinformación favorecen el abandono terapéutico.

La atención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENCT) requiere continuidad en la gestión clínica, lo que implica una adecuada distribución de los servicios entre los distintos niveles asistenciales. Esta continuidad se fundamenta en la relación entre el personal de salud y los pacientes, basada en la confianza, la lealtad y la constancia. Un sistema que asegura el seguimiento permanente del paciente garantiza que el consumo de medicamentos sea estable y sostenido en el tiempo (Khatri et al., 2023)

En una sociedad con alta prevalencia de enfermedades crónicas, los modelos de atención integrada eficaces y sostenibles se han convertido en una prioridad. Un enfoque orientado a mejorar la accesibilidad de los servicios para los pacientes, situándolos en la comunidad, ha demostrado incrementar la eficiencia en términos de tiempo y costos, además de elevar la satisfacción tanto de los usuarios como del personal de salud. En este contexto, un modelo centrado en el paciente para la prestación de servicios, frente a un enfoque utilitario que busca maximizar la eficiencia concentrando la atención en hospitales especializados, puede aportar beneficios, mejorar las tasas de asistencia y favorecer el cumplimiento del tratamiento (Mitchell et al., 2015).

Factores relacionados al sistema de gestión en salud

En la literatura se menciona los factores en relación con la gestión salud por ejemplo en el estudio de Maldonado Cárdenas, 2024 se identifican diversas limitaciones estructurales que afectan el acceso a medicamentos esenciales en Ecuador, entre ellas una planificación financiera deficiente que genera discrepancias entre la demanda estimada y la provisión efectiva, provocando interrupciones en el abastecimiento dentro de los establecimientos de

salud. Asimismo, la escasa capacidad de producción nacional incrementa la dependencia de insumos importados, lo que expone al sistema sanitario a retrasos logísticos y fluctuaciones del mercado internacional. Estas condiciones repercuten directamente en la continuidad terapéutica de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias, afectando su adherencia al tratamiento y sus resultados clínicos. Como respuesta, se plantea fortalecer los sistemas de información, mejorar la articulación interinstitucional y revisar los mecanismos de compra pública para garantizar un suministro oportuno y sostenido de medicamentos esenciales.

Factores socioeconómicos – desigualdades en salud

El acceso a tratamientos para enfermedades crónicas no transmisibles está fuertemente influenciado por determinantes socioeconómicos como el ingreso familiar, el nivel educativo, la situación laboral y la disponibilidad de cobertura sanitaria (99). Hernández-Villafuerte et al. (2024) señalan que, en el contexto latinoamericano, las disparidades en la inversión pública y privada en salud repercuten negativamente en la continuidad del tratamiento y el control clínico de afecciones como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. El estudio subraya que las familias con recursos limitados enfrentan mayores obstáculos para obtener medicamentos esenciales, lo que contribuye a la persistencia de condiciones de salud desfavorables y exclusión social (Hernández et al., 2024).

A continuación, se detalla los factores socioeconómicos que se han visto asociados a consumo de medicación:

Nivel educativo. Una revisión sistemática reciente examina el papel de las intervenciones educativas en el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión. El estudio señala que el nivel educativo influye significativamente en la comprensión de las indicaciones médicas y en la adherencia al tratamiento

farmacológico. Las personas con menor escolaridad enfrentan mayores barreras para seguir adecuadamente las pautas terapéuticas y mantener un consumo racional de medicamentos. Además, se destaca que la educación en salud fortalece el conocimiento sobre la enfermedad y mejora el uso de fármacos, especialmente en el primer nivel de atención. Estos hallazgos subrayan la necesidad de incorporar el componente educativo en las estrategias de intervención dirigidas a mejorar el acceso y la adherencia terapéutica en pacientes con ECNT (Vargas et al., 2023).

Ingresos económicos. Las familias con recursos económicos limitados suelen enfrentar obstáculos importantes para adquirir los medicamentos necesarios, especialmente cuando no disponen de una cobertura de salud adecuada. En estos contextos, el gasto directo en atención médica representa una carga considerable, lo que repercute negativamente en la continuidad del tratamiento y en el control de enfermedades crónicas. Además, se evidencia que las disparidades en las condiciones económicas profundizan las inequidades en el acceso a terapias, convirtiendo la gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles en un reto estructural para los sistemas de salud orientados a la equidad (Banco de la República de Colombia, 2024).

Situación laboral. Los individuos que no cuentan con empleo formal o se encuentran en situación de desempleo suelen enfrentar mayores barreras para acceder a tratamientos farmacológicos, principalmente por la ausencia de ingresos constantes y de protección sanitaria. Esta precariedad laboral se vincula con una menor continuidad en el consumo de medicamentos, ya que los pacientes tienden a priorizar gastos básicos frente a la adquisición de fármacos. Ante este panorama, se plantea la urgencia de implementar políticas públicas que promuevan el acceso justo y universal a medicamentos, especialmente en sectores sociales con mayor vulnerabilidad económica (Osorio et al., 2021).

Repercusiones individuales, familiares y sociales de la falta de consumo de medicación para ECNT

En distintos ámbitos de la enfermedad, la falta de cumplimiento con el tratamiento farmacológico que incluye no consumir la medicación, en personas con patologías crónicas se ha vinculado con un incremento en la carga de morbilidad y mortalidad, así como con un mayor uso de los servicios de salud, incluyendo hospitalizaciones. Esta situación también genera un aumento de los costos financieros, tanto directos, como las consultas médicas más frecuentes, como indirectos, reflejados en la pérdida de productividad laboral por ausentismo o desempeño reducido. Debido a la magnitud de estas repercusiones, resulta indispensable implementar estrategias de intervención que aborden el problema desde las políticas públicas, el sistema sanitario y el nivel individual del paciente (Achterbosch, 2025).

Efectos directos de la falta de acceso o no consumo de medicación en pacientes con ECNT: efectos individuales

En un estudio realizado por Borja (2019), en un centro médico público del país evidenció la falta de insumos, entre ellos medicamentos, situación que repercute negativamente en el bienestar de los pacientes y puede incrementar la morbilidad. Esta problemática se relaciona con retrasos en la organización de los tratamientos, la necesidad de recurrir a fármacos menos adecuados o, en algunos casos, con la ausencia total de alternativas accesibles cuando el medicamento resulta indispensable.

Es fundamental priorizar la puesta en marcha de herramientas e intervenciones que permitan evaluar la falta de adherencia terapéutica, considerando los factores socioeconómicos y culturales que la condicionan. Entre ellos destacan las limitaciones financieras que dificultan el acceso a los medicamentos, la escasa disponibilidad de servicios de salud en determinadas zonas y, en algunos casos, la resistencia de los pacientes a seguir los

tratamientos prescritos, influida por diferencias culturales u otras percepciones. Atender estos aspectos resulta crucial para comprender y abordar de manera integral el problema de la no adherencia (Ágh, 2015).

Repercusiones a nivel familiar del no consumo de medicación en pacientes con ECNT

El estudio de Cutler et al., 2018 evidenció que la falta de adherencia a la medicación se vincula de manera consistente con un incremento en los costos totales de la atención en salud. Este aumento no solo se refleja en la necesidad de hospitalizaciones más frecuentes, consultas adicionales y un mayor uso de servicios especializados, sino también en la prolongación y complejidad de los tratamientos requeridos. Asimismo, se identificó una variabilidad significativa en el impacto económico que esta problemática genera, la cual depende del tipo de enfermedad crónica, el nivel de severidad de la condición y las características sociodemográficas de los pacientes. En algunos casos, los costos directos como la compra reiterada de medicamentos o la asistencia continua a centros médicos se combinan con costos indirectos, tales como la pérdida de productividad laboral, el ausentismo y la reducción del ingreso familiar, lo que amplifica las repercusiones sociales y económicas. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de diseñar políticas y estrategias que fortalezcan la adherencia terapéutica, con el fin de reducir desigualdades, mejorar la eficiencia del sistema sanitario y garantizar la sostenibilidad de la atención en enfermedades crónicas (Cutler et al., 2018).

Repercusiones a nivel social del no consumo de medicación en pacientes con ECNT

La mayoría de los estudios que analizan las consecuencias de las enfermedades crónicas sobre la productividad laboral se han desarrollado en países de alto ingreso. En estas investigaciones se ha observado que las personas con problemas de salud tienen una mayor probabilidad de dedicar tiempo considerable a la búsqueda de atención médica, lo que con

frecuencia se traduce en ausentismo en el trabajo (Van den Heuvel SG, et al, 2010) (Vuong TD, Wei F, Beverly CJ., 2015).

El estudio realizado por Akhtar, 2022 en población de la India, evidenció que la interrupción de las actividades laborales y la limitación del empleo remunerado presentan una relación significativa con la presencia de enfermedades crónicas. Estas condiciones impactan de manera directa en el desempeño, ya sea reduciendo la productividad o limitando la participación en trabajos remunerados. Lo que lleva a buscar por parte de los gobiernos estrategias de salud en el ámbito laboral para la implementación de medidas más adecuadas que apoyen a los trabajadores que viven con enfermedades crónicas (Akhtar, 2022).

Mientras que un estudio realizado en 2024 (Lee et al., 2024) se encontró que las personas con tasas más altas de adherencia a la medicación como los antihipertensivos presentaron costos médicos totales significativamente menores, con menos visitas a urgencias, menos ingresos hospitalarios y menos ausencias por enfermedad en comparación con las personas del estudio que presentaron tasas bajas de adherencia.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Definición

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) comprenden un conjunto de condiciones de salud que se desarrollan de manera gradual, persisten en el tiempo y tienen causas múltiples. A diferencia de las enfermedades infecciosas, no se propagan entre individuos. Dentro de este grupo se encuentran la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, las alteraciones en los lípidos sanguíneos (dislipidemias), así como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y ciertos tipos de neoplasias. (Añorve & Faryd, 2025).

Epidemiología

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud las ECNT causan alrededor de 41 millones de muertes cada año, lo que equivale al 74 % del total global, y de ellas, aproximadamente 17 millones corresponden a muertes ocurridas antes de los 70 años, las enfermedades cardiovasculares, por sí solas, representan el 32 % de estos fallecimientos, mientras que la diabetes, aunque con menor proporción (3 %), muestra una tendencia creciente, especialmente en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2025). En la región de las Américas, se registraron seis millones de muertes por ECNT en 2021, de las cuales el 38 % fueron prematuras (OPS, 2025).

En Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las ECNT en su conjunto continúan encabezando las principales causas de mortalidad en el país, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial se ubicaron dentro de las diez primeras causas de muerte en nuestro país. (INEC, 2025).

La presente investigación se enfocará en el estudio de tres enfermedades crónicas no transmisibles de alta incidencia y relevancia en salud pública: diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia. Estas condiciones comparten múltiples factores de riesgo y representan una carga significativa para los sistemas sanitarios, debido a su carácter progresivo y la necesidad de tratamiento farmacológico continuo para prevenir complicaciones. Asimismo, se examinarán los determinantes socioeconómicos que pueden incidir en el uso de medicamentos por parte de personas diagnosticadas con estas patologías, considerando variables como el nivel de instrucción, los ingresos del hogar y la situación laboral.

Hipertensión arterial

Definición

La hipertensión arterial es una afección crónica en la que la presión de la sangre sobre las paredes de las arterias permanece elevada de forma persistente, lo que obliga al corazón a trabajar con mayor esfuerzo para mantener el flujo sanguíneo adecuado. Esta condición, que puede desarrollarse sin síntomas evidentes, incrementa considerablemente el riesgo de complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal (OPS, 2022).

Epidemiología

De acuerdo con el Consenso 2025 sobre diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, elaborado por el Foro Internacional de Medicina Interna, la prevalencia global de esta condición en personas adultas de entre 30 y 79 años se sitúa en torno al 34 % en hombres y al 32 % en mujeres. Además, estos porcentajes tienden a aumentar progresivamente con la edad (Grupo de Expertos del Foro Internacional de Medicina Interna, 2025).

El informe global sobre hipertensión arterial de la Organización Mundial de la Salud señala que, en Ecuador en el año 2024 se registró que cerca del 28 % de las personas entre 30 y 79 años presentan hipertensión arterial. Dentro de este grupo, el 52 % son hombres y el 75 % mujeres, lo que indica una carga significativa de enfermedad en ambos sexos. No obstante, solo el 51 % de quienes han sido diagnosticados reciben tratamiento farmacológico, y únicamente el 30 % logra mantener su presión arterial dentro de los rangos recomendados, lo que pone en evidencia deficiencias importantes en el control clínico de la enfermedad (OMS, 2025).

Factores de riesgo

La hipertensión arterial es una enfermedad de origen complejo, cuyo surgimiento está determinado por la interacción de factores que pueden o no ser modificados. Dentro de los factores modificables se encuentran el alto consumo de sodio, el exceso de peso corporal, la inactividad física, el hábito de fumar y la ingesta perjudicial de alcohol. Por otro lado, los factores no modificables incluyen la edad, los antecedentes familiares y la carga genética. Reconocer estos elementos de manera oportuna permite diseñar e implementar medidas efectivas de prevención y control (Zavala Hoppe et al., 2024).

Factores de riesgo Modificables. Entre los factores de riesgo modificables se encuentran:

Alto consumo de sodio. El consumo excesivo de sodio se ha identificado como un factor que interviene en el desarrollo y progresión de la hipertensión arterial. Limitar el consumo diario a menos de 100 mmol (aproximadamente 6 gramos de sal) puede generar descensos significativos de la presión arterial sistólica (PAS) hasta 5 mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) hasta 2 mmHg, también permite reducir la cantidad de medicamentos necesarios para lograr su control. (Aquieri et al., 2025).

Sobrepeso u obesidad. Se identificó una asociación entre valores elevados de índice de masa corporal (IMC) y un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, particularmente en lo que respecta a la hipertensión arterial. Esta relación fue considerablemente más evidente en la población masculina (Lojano Altamirano et al, 2024).

Sedentarismo. Mantener hábitos de vida saludables resulta fundamental tanto para prevenir la aparición de hipertensión arterial en personas sin diagnóstico previo, como para optimizar el control de la presión arterial en quienes ya la padecen. En estos últimos, las modificaciones en el estilo de vida suelen recomendarse como primera línea de intervención o como complemento al tratamiento farmacológico, con el objetivo de mejorar el control

tensional y reducir el riesgo cardiovascular global (Acosta Gavilánez & López Guerrero, 2020).

Consumo de cigarrillo. Fumar cigarrillos representa un factor de riesgo bien establecido para la hipertensión arterial (HTA). La nicotina, principal componente activo del tabaco, estimula el sistema nervioso simpático, lo que provoca un aumento transitorio de la frecuencia cardíaca, vasoconstricción y, en consecuencia, un incremento agudo de la presión arterial. Este efecto se observa incluso con una sola exposición al humo del cigarrillo, además, el tabaquismo contribuye al daño endotelial y a la rigidez arterial, lo que favorece el desarrollo sostenido de hipertensión y aumenta el riesgo cardiovascular global (Acosta Carolina et al, 2021).

Consumo de alcohol. La alteración en la actividad del sistema nervioso central inducida por el consumo de alcohol representa un mecanismo relevante en el incremento de la presión arterial. Se ha observado que la ingesta semanal superior a 14 unidades de alcohol en hombres y 8 unidades en mujeres, considerando que cada unidad equivale a 10 gramos de etanol, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial (Hamala & Wierzbowska, 2023).

Factores de riesgo no modificables. Entre los factores de riesgo no modificables se encuentran:

La edad. La edad avanzada se asocia significativamente con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión, especialmente en personas mayores de 60 años. El envejecimiento conlleva cambios estructurales en las arterias, como el endurecimiento de las paredes vasculares, lo que contribuye al aumento progresivo de la presión arterial sistólica (De la Cruz Lázaro, 2024).

Los antecedentes familiares. Los antecedentes familiares deben reconocerse como un indicador clave en la valoración clínica del riesgo, ya que facilitan la identificación temprana

de personas con predisposición elevada a desarrollar hipertensión arterial. Asimismo, su detección precoz puede orientar intervenciones preventivas más efectivas, particularmente en grupos jóvenes o que aún no presentan síntomas (Villarreal Ríos et al., 2020).

La carga genética. Se han detectado variantes genéticas con alta probabilidad de ser causales, así como genes efectores significativamente implicados en las rutas biológicas que regulan la presión arterial. El estudio de estos elementos mediante modelos experimentales en biosistemas permitirá profundizar en la comprensión funcional de los mecanismos fisiopatológicos de la hipertensión, y podría facilitar el desarrollo de nuevas estrategias tanto preventivas como terapéuticas (Van Duijvenboden et al., 2023).

Diagnóstico y categorías

La actualización 2025 de las guías AHA/ACC conserva el punto de corte diagnóstico en 130/80 mm Hg, en coherencia con los criterios establecidos desde 2017. Esta definición, más rigurosa que la adoptada por las guías europeas (140/90 mm Hg), se sustenta en evidencia acumulada que demuestra que niveles de presión arterial entre 130 y 139 mm Hg de sistólica y entre 80 y 89 mmHg de diastólica ya se relacionan con un aumento significativo en el riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad (American Heart Association (AHA), 2025).

Según esta actualización se divide en 6 categorías principales

- Presión arterial normal
- Presión arterial normal elevada
- Hipertensión arterial etapa 1
- Hipertensión arterial etapa 2
- Hipertensión arterial grave
- Emergencia hipertensiva

Además, se cambió terminología, se deja de usar crisis hipertensiva y se sustituye por hipertensión grave sin sintomatología, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 1. Categorías de la presión arterial

CATEGORÍA DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mmHg		DIASTÓLICA mmHg
NORMAL	MENOS DE 120	y	MENOS DE 80
ELEVADA	120-129	y	MENOS DE 80
HIPERTENSIÓN EN ETAPA 1 (presión arterial alta)	130-139	o	80-89
HIPERTENSIÓN EN ETAPA 2 (presión arterial alta)	140 O SUPERIOR	o	90 O SUPERIOR
HIPERTENSIÓN GRAVE	SUPERIOR A 180	y/o	SUPERIOR A 120
EMERGENCIA HIPERTENSIVA	SUPERIOR A 180	y/o	SUPERIOR A 120

Fuente: AHA, 2025.

Herramientas diagnósticas. Se subraya la importancia de mediciones precisas y repetidas, recomendando:

Monitoreo ambulatorio de presión arterial (ABPM). Distintas guías clínicas a nivel internacional, entre ellas la AHA/ACC 2025, respaldan el empleo del monitoreo ambulatorio de presión arterial (ABPM) como herramienta clave para confirmar el diagnóstico en pacientes con sospecha de hipertensión. Asimismo, se recomienda su uso para valorar la respuesta al tratamiento y para una adecuada estratificación del riesgo cardiovascular. La implementación del ABPM ha demostrado aumentar la exactitud diagnóstica y disminuir los casos de sobrediagnóstico, en particular en personas jóvenes o con fluctuaciones significativas en sus niveles de presión arterial (De la Sierra, 2024).

Monitoreo domiciliario de presión arterial (HBPM). El monitoreo domiciliario

de la presión arterial (HBPM) se reconoce como una alternativa práctica y efectiva, particularmente en contextos donde el acceso a servicios especializados es limitado. Para asegurar la confiabilidad de los registros, es esencial emplear dispositivos clínicamente validados y aplicar una técnica adecuada durante la medición como se observa en la siguiente ilustración, también permite identificar situaciones clínicas como el efecto de bata blanca y la hipertensión enmascarada, lo que contribuye a una mejor personalización del tratamiento. (Chapalbay & Endara, 2024)

Tabla 2. Instrucciones para medir la presión arterial

Instrucciones para medir la presión arterial	
Durante 30 minutos antes de la medición de tu presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> - No fumar - No realizar ejercicio - No consumir bebidas con cafeína o alcohol
Mientras te preparas para medirte la presión arterial	<ul style="list-style-type: none"> - Descansa durante al menos 5 minutos. - Relájate - No hables - Mantén el brazo apoyado sobre una superficie plana, a la altura del corazón - Siéntate en posición erguida, con la espalda recta y apoyada - Mantén las piernas sin cruzar y los pies apoyados en el suelo
Justo antes	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca la parte inferior del brazalete por encima del pliegue del codo - Envuélvelo contra la piel descubierta, no sobre la ropa
Utiliza un dispositivo debidamente calibrado y validado	<ul style="list-style-type: none"> - Comprueba el tamaño y el ajuste del brazalete
Toma al menos dos lecturas con 1 minuto de diferencia en el consultorio en dos citas diferentes, o en el domicilio	<ul style="list-style-type: none"> - Por la mañana antes de tomar la medicación y por la noche antes de dormir - Registra todos los resultados - Registra el valor más alto si hay diferencia entre los valores de registrados en los dos brazos

Fuente: AHA, 2025.

Tratamiento

El abordaje terapéutico de la hipertensión arterial contempla tanto intervenciones no farmacológicas como farmacológicas, y requiere ser adaptado a las características clínicas y contextuales de cada paciente (Rodríguez Camelo et al., 2024)

Tratamiento no farmacológico. A continuación, se describen las estrategias no farmacológicas más relevantes para el manejo de la hipertensión arterial.

Consumo de potasio. El incremento del consumo de potasio, particularmente mediante una dieta rica en frutas y verduras, contribuye de manera significativa a disminuir el riesgo de aparición de hipertensión arterial. No obstante, se enfatiza la necesidad de evaluar la función renal antes de recomendar dicho aumento, debido al potencial riesgo en pacientes con alteraciones en la excreción de potasio (Filippini et al., 2020).

Actividad física y ejercicio. Los programas de actividad física muestran efectos positivos en el control de la presión arterial, aunque la intensidad del impacto varió en función del tipo de ejercicio aplicado. En particular, el entrenamiento isométrico mediante agarre, una modalidad menos convencional, demostró ser la estrategia más eficaz para reducir la presión arterial en adultos con hipertensión, lo que resalta su valor como opción terapéutica en programas de prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares. (Cortés Chacón et al., 2025).

Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) y pérdida de peso. La dieta DASH ha demostrado ser eficaz en la disminución de los niveles de presión arterial, especialmente cuando se implementa junto con la pérdida de peso y otras modificaciones en el estilo de vida. La evidencia indica que mantener este patrón alimentario de forma constante contribuye a una reducción significativa del riesgo cardiovascular y favorece un mejor control de la hipertensión en personas diagnosticadas (Rosario, 2025).

Consumo de alcohol. Se sugiere que tanto hombres como mujeres mantengan su ingesta de alcohol por debajo del umbral máximo de 100 gramos de alcohol puro por semana. La equivalencia en número de bebidas varía según el tamaño de la porción, que difiere entre países, aunque en general una bebida estándar contiene entre 8 y 14 gramos de alcohol. Para obtener los mayores beneficios en salud cardiovascular, lo más recomendable es evitar por completo el consumo de alcohol (Sociedad Europea de Cardiología (ESC), European Society of Endocrinology (ESE), European Stroke Organisation (ESO). (2024).).

Tabaquismo. La cesación del hábito tabáquico en adultos con hipertensión arterial se relaciona con una disminución significativa de los valores sistólicos y diastólicos. Estos hallazgos respaldan la incorporación del abandono del tabaco como una estrategia fundamental dentro de los programas de intervención no farmacológica para el control de la hipertensión (Gaya et al., 2024).

Tratamiento farmacológico. El abordaje terapéutico de la hipertensión arterial contempla recomendaciones farmacológicas sustentadas en evidencia científica actual. Se prioriza el inicio del tratamiento con combinaciones a dosis fijas como un IECA o ARA II asociado a un calcioantagonista o un diurético tiazídico, especialmente en personas con riesgo cardiovascular moderado o elevado, adaptarse a las características individuales del paciente, considerando factores como la edad, la presencia de comorbilidades (por ejemplo, diabetes mellitus o enfermedad renal crónica) y el nivel de adherencia al tratamiento (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024).

Medicación Antihipertensiva. A continuación, se enlista los medicamentos antihipertensivos de primera línea.

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Los IECA funcionan al disminuir la producción de angiotensina II, aumentan los niveles de

bradiquinina, reducen la actividad del sistema nervioso simpático y disminuyen la carga de trabajo cardíaco (Lalvay et al., 2022).

Antagonista de Receptores de Angiotensina II (ARA II). Los bloqueantes del receptor de angiotensina II, ocupan e inhiben los receptores de angiotensina II y, de esta manera, interfieren sobre el sistema renina-angiotensina (Bakris, 2021).

Antagonistas de calcio. Los bloqueadores de los canales de calcio (BCC) impiden la entrada de calcio al unirse a los canales de calcio dependientes de voltaje de tipo L (de acción prolongada) en el corazón, el músculo liso vascular y el páncreas. Las dihidropiridinas ejercen efectos directos mínimos sobre el miocardio y son principalmente vasodilatadores periféricos a dosis terapéuticas. (McKeever et al., 2024).

Diuréticos tiazídicos. Los diuréticos reducen en forma moderada el volumen plasmático y la resistencia vascular, lo que puede suceder a través de desplazamientos del sodio del compartimento intracelular al extracelular (Bakris, 2021).

La recomendación actualizada es iniciar tratamiento con doble terapia antihipertensiva con la combinación de los grupos mencionados, excepto la combinación de IECA Y ARA II. Además de la medicación combinada en una sola tableta ya que disminuye los eventos cardiovasculares, mejora control, adherencia, costo y efectividad (AHA, 2025).

Controles de presión arterial

En pacientes con tratamiento antihipertensivo, se recomienda alcanzar cifras de presión arterial menor a 130/80 mm Hg. No obstante, es fundamental considerar factores individuales como la presencia de comorbilidades, la edad avanzada o una expectativa de vida limitada, lo que exige adaptar los objetivos terapéuticos de manera personalizada. (Almirall, 2023).

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) se define como un conjunto de trastornos metabólicos que provocan niveles elevados de glucosa en sangre de forma persistente (Cartín & Cartín, 2023).

Clasificación

Según los Estándares de Atención en Diabetes 2025 de la American Diabetes Association (ADA) (American Diabetes Association, 2025), la diabetes se clasifica en:

Diabetes tipo 1. Se origina por mecanismos autoinmunes o causas desconocidas, y se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas, lo que provoca una carencia total de insulina. Aunque suele manifestarse en etapas tempranas de la vida, también puede presentarse en adultos (Bonilla et al., 2025).

Diabetes tipo 2. Resulta de una combinación entre resistencia periférica a la insulina y deterioro progresivo de la función de las células β . Está estrechamente vinculada con factores como el sobrepeso, la inactividad física, el envejecimiento y la predisposición genética (Espinosa Pire et al., 2025).

Diabetes gestacional. Se diagnostica por primera vez durante el embarazo y conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así como una probabilidad elevada de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro (Blanco & Mengual, 2025).

Otros tipos específicos de diabetes. Incluyen formas menos comunes causadas por alteraciones genéticas (como MODY o diabetes neonatal), afecciones del páncreas exocrino, trastornos endocrinos, uso de ciertos medicamentos (como corticosteroides o antipsicóticos), infecciones y síndromes genéticos (Cruz Calderón et al., 2025).

Esta investigación se enfoca en la diabetes mellitus tipo 2, una enfermedad crónica de origen metabólico que presenta una elevada frecuencia en la población y constituye un reto

persistente para los sistemas sanitarios, dada su estrecha relación con diversos factores predisponentes y su potencial para generar complicaciones de carácter progresivo (Davies et al., 2025).

Diabetes Mellitus tipo 2

Definición

La diabetes tipo 2 constituye una afección crónica de origen metabólico, en la que se presentan niveles elevados de glucosa en sangre debido a fallas en la producción o en la eficacia de la insulina. Este trastorno impacta el procesamiento de carbohidratos, grasas y proteínas, y por su frecuencia creciente y las complicaciones que genera con el tiempo, se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud pública (Acosta Ruiza et al., 2024).

Epidemiología

En el año 2024, se estimó que aproximadamente 589 millones de personas entre 20 y 79 años padecían diabetes, lo que equivale a una prevalencia mundial del 11,1%. Las proyecciones indican que esta cifra podría ascender a 853 millones para el año 2050 (International Diabetes Federation (IDF),2024).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional STEPS realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2018, el 7.1% de la población adulta presentaba diagnóstico de diabetes, mientras que un 7.8% se encontraba en condición de prediabetes. Estos porcentajes han mostrado una tendencia de aumento constante en los últimos diez años (MSP, 2018).

Factores de riesgo

Entre los factores que más contribuyen al desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran el exceso de peso corporal, la falta de actividad física, la predisposición genética,

el envejecimiento y una alimentación desequilibrada. Estas condiciones suelen coexistir y potenciarse mutuamente, favoreciendo la aparición de resistencia a la insulina y el deterioro progresivo de las células β del páncreas (Pin Pin et al., 2023).

Factores modificables.

Sobrepeso u obesidad. El tipo de obesidad que se concentra en la zona abdominal es el que muestra mayor vínculo con la aparición de resistencia a la insulina. La acumulación excesiva de grasa corporal favorece un proceso inflamatorio persistente de baja intensidad, que interfiere con la respuesta normal del organismo a esta hormona y se resalta la importancia de prevenir el exceso de peso desde etapas tempranas de la vida como medida efectiva para disminuir la incidencia de diabetes tipo 2 (Rodas & Llerena, 2022).

Estilo de vida sedentario. La ausencia prolongada de actividad física limita la capacidad de los músculos para absorber glucosa, lo que contribuye al desarrollo de resistencia a la insulina. El uso excesivo de dispositivos electrónicos como televisores, computadoras y teléfonos móviles se ha vinculado con un aumento del índice de masa corporal y desequilibrios metabólicos. La carencia de ejercicio sistemático afecta negativamente el funcionamiento del metabolismo energético y favorece la acumulación de grasa abdominal (Domínguez y Véliz, 2023).

Dieta. La ingesta habitual de productos altamente procesados, ricos en azúcares simples y grasas no saludables, se relaciona con un incremento del riesgo metabólico. Por otro lado, una alimentación deficiente en frutas, vegetales y fibra compromete el control adecuado de los niveles de glucosa en sangre. Además, se observó una asociación clara entre el exceso de peso corporal y hábitos alimentarios poco equilibrados, siendo esta tendencia particularmente marcada en personas jóvenes (Vega Jiménez, 2024).

Tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. Fumar de manera habitual se vincula con un incremento en la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2, aun cuando no existan otros factores predisponentes. Además, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas se ha relacionado con desequilibrios en parámetros metabólicos como la glucosa, la insulina y la hemoglobina glicosilada y se han identificado componentes genéticos que, al interactuar con estos hábitos nocivos, elevan la vulnerabilidad frente a esta enfermedad (Reed et al., 2025).

Hipertensión arterial y dislipidemia. Cuando la presión arterial no se mantiene dentro de rangos adecuados, se incrementa la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2, sobre todo si existen alteraciones vasculares previas. Por otro lado, la presencia de dislipidemia, manifestada por niveles elevados de triglicéridos y colesterol LDL, interfiere con la acción de la insulina, favoreciendo su resistencia. Además, se ha evidenciado que la coexistencia de estas dos condiciones intensifica el riesgo metabólico, incluso en personas que no presentan antecedentes familiares de la enfermedad (Santas, 2024).

Factores no modificables. Dentro de estos factores se destacan los siguientes:

Edad. Se ha identificado que los individuos mayores de 45 años presentan una incidencia más elevada de diabetes tipo 2, aun cuando no existan otros antecedentes clínicos relevantes. El proceso de envejecimiento conlleva una reducción progresiva en la eficacia de la respuesta insulínica, así como una tendencia al incremento de grasa abdominal. Además, en edades avanzadas es común la presencia simultánea de afecciones como hipertensión arterial y alteraciones lipídicas, las cuales intensifican el riesgo metabólico (Pin Pin et al., 2023).

Antecedentes familiares de diabetes tipo 2. Se ha observado que contar con antecedentes parentales de diabetes tipo 2 incrementa de forma considerable el riesgo de que los descendientes desarrollen esta patología. Este efecto no solo se explica por la carga genética heredada, sino también por la influencia de entornos familiares compartidos, como

los patrones de alimentación y la actividad física. Así mismo la importancia de incluir la historia familiar como criterio en los programas de detección precoz, incluso en personas que no presentan manifestaciones clínicas evidentes (Villarreal Ríos et al., 2023).

Origen étnico. Diversos grupos étnicos, entre ellos afrodescendientes, hispanos y pueblos originarios, presentan tasas más elevadas de prediabetes y diabetes tipo 2 en comparación con otras poblaciones. Esta disparidad no se debe únicamente a factores genéticos, sino también a condiciones sociales estructurales como las limitaciones en el acceso a la educación, los servicios de salud y los recursos económicos. Además, en estas comunidades es más frecuente que la enfermedad no sea detectada en etapas tempranas, lo que retrasa el inicio de intervenciones terapéuticas (Formagini et al., 2023).

Síndrome de ovario poliquístico (SOP) en mujeres. Se ha evidenciado que las mujeres que han sido diagnosticadas previamente con síndrome de ovario poliquístico presentan un riesgo considerablemente más alto de desarrollar diabetes tipo 2 en comparación con aquellas que no tienen este antecedente. Esta condición se distingue por la presencia de desequilibrios hormonales, ciclos menstruales irregulares y una marcada resistencia a la insulina, lo que contribuye a disfunciones en el procesamiento de la glucosa. Cabe destacar que dicha resistencia puede manifestarse incluso en mujeres con peso corporal normal, lo que refleja la naturaleza endocrino-metabólica inherente del trastorno (Valverde Polo, 2024).

Diagnóstico

Existen criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) que son estandarizados y aplicados en el país y a nivel mundial (ADA, 2025).

Tabla 3. Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2

Criterios diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2
Hemoglobina glicosilada HBA1C $\geq 6.5\%$ realizado en un laboratorio con método certificado y estandarizado

Glicemia basal ≥ 126 mg/dl con ayuno de al menos 8 horas

Tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas ≥ 200 mg/dl con carga oral de 75 g

Glicemia al azar ≥ 200 mg/dl más síntomas de hiperglicemia

Fuente: American Diabetes Association, 2025.

Tratamiento

En los últimos años, el abordaje terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 ha evolucionado hacia un enfoque integral que combina intervenciones farmacológicas con estrategias no farmacológicas. Los avances en medicamentos antidiabéticos se complementan con la promoción de cambios sostenibles en el estilo de vida, reconociendo que el control metabólico óptimo requiere tanto el uso racional de fármacos como el fortalecimiento del autocuidado y la educación en salud (Benavides & Reyes, 2023).

No farmacológico. La modificación del estilo de vida como primera línea de tratamiento.

Alimentación. Las personas que siguen planes alimentarios estructurados muestran resultados comparables al uso de antidiabéticos orales, especialmente cuando hay adherencia sostenida y se recalca la importancia de respetar preferencias personales y contextos culturales al diseñar intervenciones nutricionales (Bañuelos et al, 2025).

Reducción de peso. Alcanzar una reducción del 10 al 15 % del peso corporal puede generar transformaciones significativas en los mecanismos fisiopatológicos de la diabetes tipo 2, permitiendo incluso la normalización de los niveles de hemoglobina glucosilada sin requerir tratamiento farmacológico. En ciertos casos, esta pérdida de peso sostenida cumple con los criterios clínicos de remisión, definidos por una HbA1c inferior al 6.5 % mantenida durante al menos tres meses sin medicación (Rothberg et al., 2024).

Dejar de fumar. El hábito de fumar se asocia con un incremento en la probabilidad de desarrollar complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares en personas con

diabetes tipo 2. Frente a este riesgo, resulta prioritario implementar estrategias de acompañamiento conductual que faciliten el abandono del consumo de tabaco. (González Monroy et al., 2021).

Actividad física. La práctica constante de actividad física aeróbica contribuye significativamente al control de los niveles de glucosa en sangre, mejora la sensibilidad a la insulina y optimiza los parámetros lipídicos. Se ha observado que combinar ejercicios aeróbicos con entrenamiento de fuerza produce mejores resultados que realizarlos de forma aislada. Las recomendaciones actuales sugieren acumular al menos 150 minutos semanales de ejercicio moderado, distribuidos en varios días, evitando interrupciones superiores a dos días consecutivos. Además, se enfatiza la necesidad de adaptar estas pautas a las características individuales de cada persona, considerando su edad, condiciones clínicas y capacidad funcional (Martínez & Mota, 2025).

Evitar el consumo de alcohol. El consumo habitual de bebidas alcohólicas puede alterar la función de la insulina, favoreciendo la resistencia periférica y dificultando el mantenimiento de niveles adecuados de glucosa en sangre. Diversos estudios han evidenciado que mantener una abstinencia prolongada contribuye a mejorar los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y disminuye la probabilidad de desarrollar complicaciones cardiovasculares (Nairs, 2024).

Tratamiento farmacológico. En los últimos años, el abordaje farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 se ha orientado hacia la individualización del tratamiento, integrando fármacos innovadores que no solo regulan los niveles de glucosa, sino que también aportan efectos protectores a nivel cardiovascular y renal (Mérida, 2025).

Grupo de medicamentos

Las biguanidas. Como la metformina, actúan reduciendo la producción de glucosa en el hígado, limitando su absorción intestinal y favoreciendo la respuesta del organismo a la

insulina. Este medicamento constituye la primera opción terapéutica en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, ya sea en monoterapia o combinado con otros agentes, excepto en casos de contraindicación o intolerancia (García & Riveiro, 2025).

Las sulfonilureas. Actúan promoviendo la liberación de insulina ya sintetizada por las células beta del páncreas. Su uso se ha asociado con una disminución en la aparición de complicaciones microvasculares y, a largo plazo, también con una reducción del riesgo de eventos macrovasculares (García & Riveiro, 2025).

Las glitazonas. Actúan disminuyendo la resistencia a la insulina en tejidos periféricos como el músculo esquelético y el tejido adiposo, lo que favorece una mayor captación y aprovechamiento de la glucosa por parte de estas estructuras. Su eficacia terapéutica es comparable a la de la metformina, y comúnmente se utilizan en esquemas combinados junto con metformina, sulfonilureas, inhibidores de la DPP-4, agonistas del receptor GLP-1 o insulina (García & Riveiro, 2025).

Los inhibidores de la alfa-glucosidasa. Como la acarbosa y el miglitol, ejercen su efecto terapéutico al retrasar la digestión y absorción de los carbohidratos en el intestino, lo que contribuye a atenuar los incrementos bruscos de glucosa después de las comidas. La acarbosa, en particular, ha mostrado una disminución en la incidencia de eventos cardiovasculares (81). Cabe destacar que, cuando se utilizan como monoterapia, estos fármacos no generan hipoglucemias (García & Riveiro, 2025).

Los secretagogos de acción rápida. Como las glinidas (repaglinida y nateglinida), inducen una secreción breve y rápida de insulina mediante un mecanismo comparable al de las sulfonilureas. Su administración está vinculada a los horarios de las comidas, y su efecto principal consiste en disminuir los aumentos de glucosa que ocurren después de la ingesta alimentaria (García & Riveiro, 2025).

Los inhibidores de la DPP-4 (Dipeptidil Peptidasa-4). Como la sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina y alogliptina, bloquean la acción de la enzima dipeptidil peptidasa-4, responsable de degradar la incretina GLP-1. Esta hormona intestinal se libera tras la ingesta de alimentos y estimula la secreción de insulina al tiempo que suprime la liberación de glucagón, ambos efectos mediados por los niveles de glucosa en sangre (García & Riveiro, 2025).

Los análogos del GLP-1 (Péptido Similar al Glucagón tipo 1). Como exenatida, lixisenatida, liraglutida, semaglutida (subcutánea u oral) y dulaglutida, son péptidos diseñados con una estructura semejante a la del GLP-1 endógeno, pero modificados para evitar su degradación por la enzima DPP-4, lo que prolonga su vida media. Su mecanismo de acción consiste en estimular la liberación de insulina por el páncreas e inhibir la secreción de glucagón, ambos efectos mediados por los niveles de glucosa circulante (García & Riveiro, 2025).

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2). Como dapagliflozina, empagliflozina, canagliflozina y ertugliflozina, bloquean de forma específica y reversible el mecanismo renal encargado de reabsorber glucosa en el túbulo proximal. Esta acción favorece una mayor eliminación de glucosa por la orina, acompañada de diuresis osmótica, lo que contribuye a disminuir la presión intraglomerular (García & Riveiro, 2025).

La tirzepatida es un agonista dual que actúa sobre los receptores de GIP y GLP-1. Presentes en diversas células endocrinas como las alfa y beta pancreáticas, así como en tejidos como el cerebro, corazón, intestino, tejido adiposo y leucocitos. Su acción terapéutica en personas con diabetes tipo 2 se basa en múltiples mecanismos que permiten disminuir los niveles de glucosa tanto en ayunas como después de las comidas, contribuyendo así a un mejor control metabólico (García & Riveiro, 2025).

La insulina. Ya sea en su forma humana o como análogo sintético, se utiliza como terapia sustitutiva en personas con deficiencia de esta hormona. Su administración es exclusivamente parenteral y se clasifica en diferentes tipos según su perfil de acción: insulinas basales, que proporcionan cobertura durante todo el día; insulinas intermedias, cuya duración es prolongada pero inferior a 24 horas; insulinas rápidas o prandiales, con efecto de corta duración; y formulaciones premezcladas que combinan una insulina intermedia con una prandial. En el tratamiento de la diabetes tipo 2, la insulinoterapia suele iniciarse con una dosis diaria de insulina basal, en combinación con otros agentes hipoglucemiantes, cuando estos no logran un adecuado control metabólico. En ciertos casos, es necesario añadir insulina prandial para manejar eficazmente las elevaciones posprandiales de glucosa (García & Riveiro, 2025).

La indicación de insulinoterapia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 responde a dos escenarios clínicos principales. En primer lugar, se emplea como tratamiento inicial en casos recientemente diagnosticados que presentan manifestaciones de hiperglucemia, signos de catabolismo como pérdida de peso o cetosis, o niveles de glucosa en ayunas superiores a 300 mg/dl y/o hemoglobina glicosilada mayor al 10%. En segundo lugar, se utiliza como terapia complementaria en personas que, a pesar de seguir intervenciones con dieta, actividad física y distintos medicamentos orales, no han logrado alcanzar los objetivos de control glucémico establecidos de forma individualizada (Musso et al., 2025).

A continuación, se presenta un cuadro con los tipos de insulina disponibles y su presentación.

Tabla 4. Tipos de insulina y presentación

Tipo de acción	Compuesto	Presentación (U=unidades)
Ultrarrápida	Faster aspart	U100 lapicero
Rápida	Aspártica	U100 lapicero
	Glulisina	U100 lapicero
	Lispro	U100 lapicero
		U200 lapicero

Intermedia	Regular humana	U100 vial
	NPH (Neutral Protamine Hagedorn humana)	U100 vial
Prolongada	Degludec	U200 lapicero
	Glargina	U100 lapicero
		U300 lapicero
Premezclas	Aspártica	U100 cartucho
	protamina/aspártica 70/30	U100 lapicero
Combinadas con arGLP-1	Lispro protamina/lispro 50/50	U100 lapicero
	NPH/regular 70/30	U100 lapicero
	Glargina/lixisenatida	U100/50 ug lapicero
		U100/33 ug lapicero

Fuente: Musso, 2025.

Seguimiento y control

El control clínico de personas con diabetes tipo 2 requiere una revisión regular de indicadores clave como la hemoglobina glicosilada (HbA1c), los lípidos en sangre, la presión arterial y la función renal. En general, se considera que una HbA1c por debajo del 7% refleja un adecuado manejo metabólico; sin embargo, los objetivos deben ajustarse de forma personalizada, teniendo en cuenta la edad del paciente, la presencia de enfermedades asociadas y su perfil de riesgo cardiovascular (Gómez Martín, 2024).

En el manejo clínico de la diabetes tipo 2, se recomienda realizar controles periódicos de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) cada tres a seis meses, dependiendo de la estabilidad metabólica del paciente. El monitoreo de la glucemia capilar cobra especial relevancia en quienes reciben tratamiento con insulina. Además, es fundamental evaluar de forma continua la adherencia al tratamiento, fomentar el autocuidado y ajustar las estrategias terapéuticas conforme a la evolución clínica. Este proceso debe estar respaldado por un equipo multidisciplinario que incluya profesionales médicos, nutricionistas y personal de enfermería, garantizando un abordaje integral y personalizado (Fabela et al., 2024).

Dislipidemia

Definición

La dislipidemia en su definición hace referencia a niveles anormales de lípidos, que circulan en el torrente sanguínea, como son colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos, ya sean de por predisposición genética o por factores de estilo de vida; lo cual se convierte factor clave en la aterosclerosis y en la aparición de eventos cardiovasculares. (Fabela et al, 2024)
(Dislipidemia (s. f.))

La dislipidemia se convierte en un problema de salud pública afecta a millones de persona a nivel mundial y es de gran importancia ya que eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular, dentro de la epidemiología hay que tomar en cuenta la variabilidad dependiendo de la edad, sexo y etnia, además de la influencia de los factores genéticos y ambientales (Dislipidemia (s. f.))

Epidemiología

A nivel mundial se estima que dislipidemia en la población adulta se encuentra en el 20% y 80% (Pappan, 2024).

Además, se menciona que entre el 2005 a 2008 en Estados Unidos el 33.55% mayores de 20 años presentaban niveles elevados de LDL, de estos solo el 33.2% tiene obtuvo tratamiento (Pappan, 2024).

Se hace difícil la estimación en niveles de mortalidad por dislipidemia directamente ya que, no presenta una clínica sintomática y ésta siempre se suma a otros factores de riesgo para el destino final de fallecimiento, y su impacto se evalúa en conjunta con hipertensión arterial, tabaquismo, etc. (Dislipidemia (s. f.)).

Acerca de la evaluación de género, se indica que es mucho más prevalente la elevación de HDL Y LDL colesterol en mujeres y más bajo en hombres, y esto se iguala luego de la menopausia (Dislipidemia (s. f.)).

En Ecuador, según la Encuesta STEPS 2018, el colesterol total elevado fue reportado en 34,7% de los adultos, especialmente en zonas urbanas (Mohamed et al., 2021).

En Argentina, estudios hospitalarios indican que 88% de los pacientes con diabetes también presentan dislipidemia (Pappan, 2024).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados a la dislipidemia se asocian a factores de estilo de vida modificables, por ende, el tratamiento no farmacológico se centra en el cambio de estos (Dislipidemia (s. f.)).

Modificación de la dieta. Se considera que la reducción de la ingesta de grasas saturadas, trans, carbohidratos complejos, ayuda a la disminución del contaje de colesterol LDL, considerado el “colesterol malo”, y el consumo de una dieta rica en fibras, grasas insaturadas, aumenta los niveles de HDL, que se considera el colesterol de tipo protector (MSP, 2020).

Actividad física. Se considera uno de los grandes pilares dentro de los modificadores de estilo de vida, ya que ayuda en la mejora del perfil lipídico, además de disminución de presión arterial, aumenta sensibilidad a insulina, y pérdida de peso. Dentro de esto la últimas actualizaciones de la AHA indica como sugerencia la realización de al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico en intensidad moderada, sin embargo, siempre debe considerarse previo al inicio de actividad física una valoración previa (Kirkpatrick et al., 2023).

Control de peso. Este se considera pilar fundamental no solo para el control del perfil lípido en sangre, sino para el control de los múltiples factores que aumentan el riesgo cardiovascular, según la ESC, indica que una pérdida gradual del entre el 5 y 10% durante 6 meses ayuda al control de la dislipidemia ((Dislipidemia (s. f.))).

Tabaquismo. La suspensión del hábito tabáquico disminuye los niveles de LDL colesterol, triglicéridos, además de influir en el aumento de HDL colesterol (Dislipidemia (s. f.)).

Clasificación de las dislipidemias

Según perfil lipídico.

Hipercolesterolemia. Incremento de las concentraciones de colesterol total a expensas de niveles plasmáticos elevados de c-LDL.

Hipertrigliceridemia. Elevación de los niveles de triglicéridos (ATP-III) Dislipidemia mixta: Incremento simultáneo de las concentraciones de colesterol total y triglicéridos.

Hipoalfalipoproteinemia: Déficit del colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL) (ATP-III) (Wang & Xu, 2017).

Según su etiología.

Primarias. Se manifiestan en un 5 a 10% de la población y tienen origen genético. Se producen por alteraciones en las enzimas, receptores y metabolitos encargados de la producción y catabolismo de las lipoproteínas. Algunos ejemplos representativos de dislipidemias primarias son el hipercolesterolemia familiar, hipertrigliceridemia familiar e

hiperlipidemia mixta (Caja Costarricense de Seguro Social, 2004) (Tokgozoglu & Kayikcioglu, 2021).

Secundarias. Su desarrollo esta dado por malos hábitos dietéticos, así como también por la presencia de comorbilidades como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, hipotiroidismo, hepatopatías y enfermedades renales, además de otros factores de riesgo como el alcoholismo, tabaquismo y sedentarismo (Daley et al., 2024).

Según Friedrickson - Organización Mundial de la Salud (OMS).

La clasificación de Fredrickson reconoce seis grupos de lipoproteínas a partir de su separación electroforética o por ultracentrifugación. Esta categorización está dada en base a los patrones de concentraciones elevadas de lípidos y lipoproteínas, a excepción del c-HDL. En la actualidad la clasificación Fredrickson no tiene mayor aplicación clínica, debido a que no permite llegar al origen de las distintas alteraciones lipídicas (Saavedra et al., 2022).

Tabla 5. Clasificación de las dislipidemias según Friedrickson

Tipo	Lipoproteína aumentada	Lípidos aumentados
I	Quilomicrones	Triglicéridos
II a	LDL	Colesterol
II b	LDL y VLDL	Colesterol y triglicéridos
III	VLDL y residuos de quilomicrones	Triglicéridos y colesterol
IV	VLDL	Triglicéridos
V	Quilomicrones y VLDL	Triglicéridos y colesterol

Fuente: Miguel Soca, 2009.

Prevención de dislipidemias

De acuerdo con la mención realizada de forma literal en los factores de riesgo, los pacientes deben reconocer y adoptar conductas saludables específicas que pueden mantener y reducir los niveles de lípidos. Estas incluyen, entre otras, el control del peso, que consiste en

una dieta cardiosaludable y ejercicio, así como evitar el tabaco. Como se indicó anteriormente, los pacientes también deben consultar con su médico de cabecera sobre cuándo comenzar a realizarse pruebas de detección o iniciar un tratamiento. Las hierbas, el extracto de levadura roja, la cúrcuma y la curcumina, el ajo y otras hierbas son algunos de los suplementos naturales que pueden ser beneficiosos para el perfil lipídico y el riesgo cardiovascular. Sin embargo, la evidencia sobre su eficacia y seguridad no es concluyente, y pueden interactuar con algunos medicamentos o causar efectos adversos (Dislipidemia. (s. f.)).

Tratamiento

El tratamiento debe incluir cambios saludables en el estilo de vida, dejar de fumar, mantener un peso adecuado, dieta, ejercicio y medidas generales, que permitirán un mejor control de la dislipidemia. La terapia farmacológica se indicará además de las anteriores indicaciones cuando la situación lo requiera. (Bibbins, 2016)

Tratamiento Farmacológico

Dentro del tratamiento farmacológico, el principal fármaco usado, son las estatinas reducen los niveles de colesterol total y C-LDL y, en menor medida, los triglicéridos, y también tienen efectos antiinflamatorios y de estabilización de la placa. (Bibbins, 2016).

Estatinas. Las estatinas reducen la síntesis de colesterol en el hígado por un mecanismo de inhibición competitiva con la HMG-CoA reductasa. Aunque el principal efecto de las estatinas es la reducción del C-LDL, entre los que son potencialmente relevantes en la prevención de la ECV, destacan los efectos antiinflamatorios y antioxidantes. (Mach, 2019)

Inhibidores de la absorción del colesterol. La ezetimiba inhibe la absorción intestinal del colesterol biliar o de la dieta sin efectos en la absorción de los nutrientes solubles en grasa,

reduce la cantidad de colesterol que llega al hígado, el hígado reacciona aumentando la expresión de los LDLR, lo que produce un aumento de la eliminación de LDL de la sangre.

La prescripción de ezetimiba como tratamiento único a una dosis de 10 mg/día reduce el LDL de los pacientes hipercolesterolémico, en un 15-22% (Mach, 2019).

Quelantes de ácidos biliares. Los dos quelantes de ácidos biliares más antiguos, la colestiramina y el colestipol, son resinas de intercambio que se unen a los ácidos biliares; estos fármacos impiden que los ácidos biliares pasen a la sangre y circulen por el sistema enterohepático. El hígado, al no tener bilis, se ve forzado a sintetizar más ácidos biliares a partir de las reservas hepáticas. El aumento del catabolismo del colesterol para producir ácidos biliares conduce a un aumento compensatorio de la actividad hepática de los LDLR, que atrapan el cLDL de la circulación y con ello reducen su concentración (Mach, 2019).

Inhibidores de la proteína convertasa subtilisina/ kexina 9. Es una nueva clase de fármaco, dirigidos a la proteína PCSK9, que participa en el control de LDLR, un aumento de la concentración de esta proteína reduce la expresión de los LDLR, lo cual favorece el aumento de la concentración plasmática de C-LDL (Mach, 2019).

Lomitapida. La lomitapida es un inhibidor de la MTP, a proteína microsomal de transferencia (MTP) transfiere TG y fosfolípidos desde el retículo endoplásmico a la apoB, como un paso necesario para la formación de VLDL. Por lo tanto, los inhibidores de la MTP previenen la formación de VLDL en el hígado y de quilomicrones en el intestino. (Mach, 2019)

Factores de riesgo socioeconómicos asociados a dislipidemia

Existen varios factores de riesgo asociados al desarrollo de dislipidemias, como la edad, el sexo, la dieta inadecuada y la falta de actividad física. Estudios previos han

encontrado una relación significativa entre estos factores de riesgo y la aparición de dislipidemia mixta (Morales et al., 2025).

Latino América posee ciertas características étnicas, culturales y socioeconómicas que lo diferencian de las otras regiones del mundo; actualmente se vive una transición epidemiológica y cambios en los estilos de vida con un mayor consumo de productos ultraprocesados (PUP) y con una alta densidad calórica (incluidas harinas fritas y bebidas azucaradas) se asume un estilo de vida sedentario que se asocia al proceso de migración de la población hacia las ciudades que se traduce en un incremento significativo de obesidad, sobrepeso y enfermedades cardiometabólicas (CMD) siendo mayor que en otras regiones del mundo (Morales et al., 2025).

Por ello se sugiere que las intervenciones en salud pública adopten enfoques ecológicos que aborden los determinantes socioeconómicos y ambientales subyacentes. Por ello, en contextos como el sur de Quito, donde la pobreza, el acceso limitado a los servicios de salud y la disponibilidad de opciones alimentarias poco saludables limitan el cambio de comportamiento, las estrategias deben ir más allá de las recomendaciones centradas en el individual (Reyes, 2022).

Los esfuerzos sinérgicos de salud pública que mejoren tanto el acceso a alimentos saludables como el conocimiento sobre nutrición, apoyados por profesionales sanitarios y sólidas redes comunitarias, pueden fortalecer eficazmente la promoción de la salud y la prevención de las ECNT (Reyes, 2022).

Al tener claro, la diferencias entre acceso, consumo de medicación y adherencia, nuestra investigación se orienta en comprender cómo las condiciones socioeconómicas influyen en el consumo de medicamentos por parte de personas que viven con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias. Se espera encontrar

asociaciones entre el consumo de medicación y factores como el nivel educativo y los ingresos económicos.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y Diseño de la Investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal, de análisis de datos secundarios recopilados en el proyecto “Contextualización de la evidencia para la acción sobre la diabetes en entornos de bajos recursos” (CEAD). Este proyecto fue dirigido y coordinado por la Universidad Miguel Hernández de España y el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El mismo que fue ejecutado en un área rural de la provincia de Esmeraldas y en el Distrito 17D06 del Sur de Quito. Para este estudio, se consideraron únicamente los datos de la población del sur de Quito, en el Distrito 17D06.

Población y muestra del estudio

El proyecto macro CEAD incluyó a personas mayores de 18 años, residentes en el Distrito 17D06 del sur de Quito, en las parroquias La Ferroviaria, Chimbacalle, Chilibulo, La Mena, San Bartolo, Solanda y La Argelia. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo al azar, en múltiples etapas. En la primera etapa se realizó una selección aleatoria de sectores censales dentro del Distrito. En la segunda etapa se seleccionó viviendas por medio de puntos GPS dentro de las áreas urbanizadas. En la tercera fase se visitaron viviendas cercanas al punto seleccionado en la segunda fase, posterior a lo cual se invitó a una persona mayor de 18 años de cada domicilio para participar en la encuesta. Un total de 657 participantes fueron invitados a participar en la encuesta. A todos los participantes se les aplicó un cuestionario que recoge información demográfica, socioeconómica, antecedentes de diabetes, hipertensión y dislipidemia, así como, el consumo de medicamentos para dichas enfermedades. La base de

datos del proyecto CEAD se encuentra disponible de forma libre en el siguiente link:

<https://zenodo.org/records/13889954>

A partir de esta base datos, la presente investigación analizó los datos de los 657 individuos residentes en el sur de Quito, Distrito 17D06. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión abajo mencionados, la muestra se limitó a 370 personas adultas. Luego de lo cual se tomó en cuenta las variables como: sexo, edad, etnia, escolaridad, ingresos económicos, situación laboral, diagnóstico previo de HTA, diabetes o dislipidemia y uso de medicamentos, se realizó un análisis descriptivo de cada variable, y se midió asociaciones entre consumo de medicación y variables sociodemográficas con razones de prevalencia, intervalos de confianza al 95%, las asociaciones con un valor de p menor 0.005 para que fueran considerados estadísticamente significativos.

Criterios de Inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Datos de personas que residan al menos 20 días en los sectores seleccionados de Quito del Distrito 17D06, que no tengan planificado en un futuro cercano el cambio de domicilio.
- Personas con antecedentes de diagnóstico previo de diabetes, hipertensión y dislipidemia
- Datos de personas que hayan dado su consentimiento para participar en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Personas que no puedan proporcionar su consentimiento informado por circunstancias varias, por ejemplo, personas con discapacidad mental.

- No contar con información con datos socioeconómicos, demográficos o de ingresos económicos

Operacionalización de variables

Las variables que fueron investigadas en este estudio son:

- Variable dependiente: uso de medicación para hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia
- Variables independientes: edad, sexo, etnia, nivel educativo, situación de pareja, ingresos económicos familiares, ocupación

Tabla 6. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala	Tipo de variables
Sexo	Condición orgánica, que distingue entre hombre y mujer	Frecuencia porcentaje	Hombre (0) Mujer (1)	Cualitativa nominal
Edad	Tiempo de vida de una persona desde el nacimiento	Media mediana varianza desviación estándar	Adulto de 18 a 64 años (0) Mayor de 65 años adulto mayor (1)	Cuantitativa continua
Etnia	Persona que pertenece y se identifica con un tipo de identidad por su ascendencia y culturalidad	Frecuencia porcentaje	Mestizo (0) Otros grupos étnicos (1)	Cualitativa nominal

Escolaridad	Instrucción obtenida en el ámbito educativo, último nivel aprobado	Frecuencia porcentaje	Educación básica (0) Bachiller/Superior (1)	Cualitativa ordinal
Situación de pareja	Condición civil de la persona con relación a unión con pareja	Frecuencia porcentaje	Con pareja (0) Sin pareja (1)	Cualitativa nominal
Ocupación	Capacidad de una persona para conseguir y mantener un empleo en el que tenga remuneración	Frecuencia porcentaje	Con remuneración (empleado público/privado/independiente/jubilado) (0) Sin remuneración (ama de casa/estudiante/desempleado) (1)	Cualitativa nominal
Ingresos económicos familiares	Cantidad de ingreso económico del grupo familiar.	Frecuencia porcentaje	Menor a la media de los ingresos económicos calculado a partir de la media de los ingresos de la población encuestada en \$ 392,6 (0) Mayor a la media de los ingresos económicos calculado a partir de la media de los ingresos de la población encuestada en \$ 392,6 (1)	Cuantitativa transformada a cualitativa
Diagnóstico previo de Hipertensión arterial	Valor de presión arterial elevada, determinada por valores superiores a 139 mmHg / 79 mmHg y con toma de medicación	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal

Consumo medicación para hipertensión arterial	Aceptación por parte del paciente de la toma de algún fármaco para tratar la hipertensión durante las últimas 2 semanas, que haya sido recetado por un médico o profesional de la salud	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal
Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedad por la que las concentraciones de glucosa (azúcar) en sangre son más elevadas de lo normal, y con toma de medicación	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal
Consumo de medicación para diabetes mellitus tipo 2	Aceptación por parte del paciente de la toma de algún medicamento para tratar la diabetes recetado por un médico o profesional de la salud, durante las últimas 2 semanas.	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal
Dislipidemia	alteración en los niveles de grasas (lípidos) en la sangre, como el colesterol y los triglicéridos, y con toma de medicación	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal

Consumo de medicación para dislipidemia	Aceptación por parte del paciente de la toma de algún medicamento para tratar el colesterol recetado por un médico o profesional de la salud, las últimas 2 semanas	Frecuencia porcentaje	Si (1) No (0)	Cualitativa nominal
---	---	-----------------------	------------------	---------------------

Elaborado por: las autoras

Técnicas e instrumentos de recolección de muestra

El instrumento de recolección de información del estudio CEAD, fue el cuestionario STEPS de la OMS, al cual se añadieron preguntas acerca de situación socioeconómica (nivel educativo, etnia, estado civil, situación laboral e ingresos del hogar), además de diagnóstico previo de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia y el uso de medicación. Estos datos que fueron almacenados en una base de datos secundaria en el programa de Microsoft Excel, que contenía las variables requeridas, para el posterior manejo de los datos estadísticos y analíticos se realizó a partir del uso del programa de análisis estadístico SPSS.

El equipo encargado de la recolección de datos tenía como requisito la relación equilibrada con respecto al género, respetando grupo étnico, religioso y culturales de la zona, así como solicitar el consentimiento informado.

Procedimientos de recolección de información

Para la obtención de información y recolección de datos por parte del proyecto CEAD, se realizó desde noviembre de 2020 hasta octubre de 2021, donde un grupo de encuestadores,

conformado por nutricionistas/médicos, un supervisor y un coordinador, realizaron visitas a los domicilios asignados utilizando puntos GPS. Se aplicaron encuestas digitales, utilizando la aplicación KOBO. En una segunda visita se tomaron mediciones antropométricas y toma de muestras de sangre para determinación de glucosa basal, perfil lipídico, creatinina.

A partir de estos datos recolectados, para la presente investigación, se analizó la información de los adultos sobre datos socioeconómicos, diagnóstico de ECNT y la toma de medicación.

Aspectos bioéticos

El estudio CEAD contó con la aprobación de los comités de ética de la Universidad Miguel Hernández de España (con registro 2018. 291.E. OEP) y de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, (referencia 2019-27-MB) Se realizaron consentimientos informados a todos los participantes, previos a la toma de datos en las encuestas casa a casa, además contaban con la opción de retirarse en cualquier fase del estudio.

Los datos generados de parte del proyecto inicial CEAD, se encuentran en el repositorio Zenodo, de libre acceso para el uso público (Encuesta de la población de Quito: Equivalencias de datos y variables en códigos. <https://zenodo.org/records/13889954>). Este estudio analizó los datos disponibles en la base de datos de acceso público, la cual se encuentra codificada y anonimizada, respetando el libre acceso a la información y la igualdad de género.

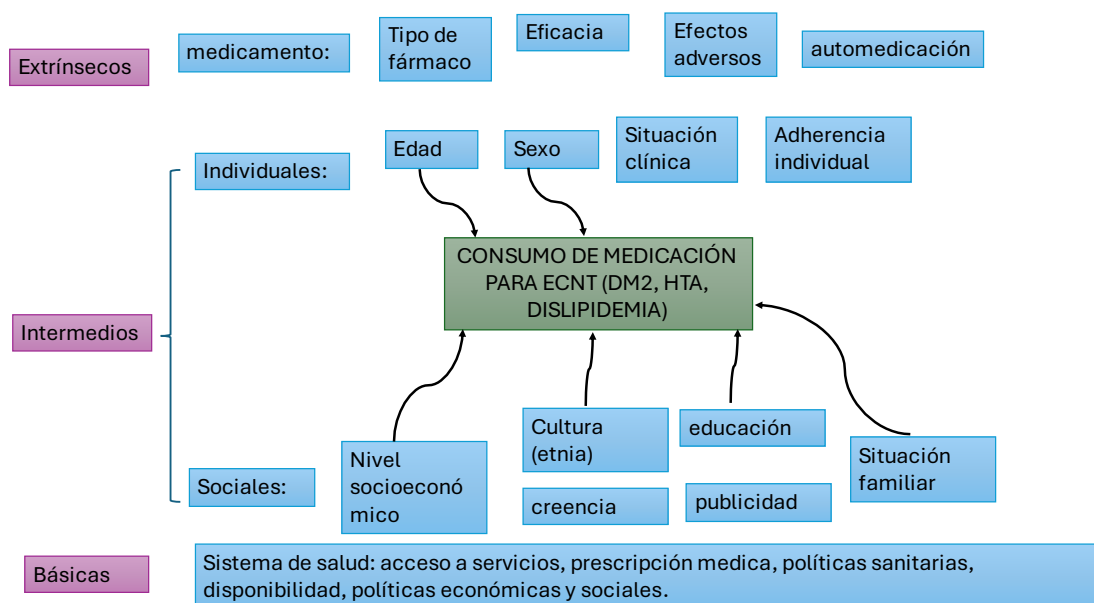
Plan de análisis de los datos

En primer lugar, se realizó un análisis univariado, descriptivo de cada variable independiente (edad, sexo, etnia, nivel educativo, situación de pareja, ingresos económicos familiares, ocupación), con lo cual se calcularon frecuencia y porcentajes de cada una. Para el

estudio las variables dependientes fueron: uso de medicación para hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia en las últimas 2 semanas, que se definió con la pregunta: ¿El encuestado ha tomado algún fármaco para tratar la hipertensión / diabetes/ colesterol alto, durante las últimas 2 semanas, que haya sido recetado por un médico o profesional de la salud, y se categorizó en si/no, con lo cual se dicotomizó el resultado.

Luego se realizó un análisis bivariado entre consumo de medicación en las últimas dos semanas para cada una de las ECNT analizadas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia) de acuerdo con las características socioeconómicas. Se realizaron regresiones logísticas con cálculos de razones de prevalencia e intervalos de confianza al 95%. Un valor de P menor de 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 27, para el análisis de los datos.

Diagrama 1. Factores asociados al consumo de medicación para ECNT



Elaborado por: las autoras

Capítulo IV

Resultados

Distribución general de la muestra

En la tabla 7 se encuentra la descripción general de la población estudiada. Del total de 656 participantes. El 56,4% (n=370) de la muestra, reconocieron tener un diagnóstico previo de alguna ECNT: el 27,8% (n=166) indicó haber recibido un diagnóstico de HTA por parte de una profesional de salud, el 26,7% (n=116) indicó diagnóstico de esta diabetes mellitus; mientras que, el 40,4% (n=261) indicó haber recibido diagnóstico de dislipidemia.

Tabla 7. Distribución general de la muestra (n=656).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hipertensión (Algún profesional de la salud le ha comunicado que tiene la presión arterial alta)		
Si	166	27,8
No	431	72,2
Diabetes (Algún profesional de la salud le ha comunicado que tiene niveles de azúcar altos)		
Si	116	26,7
No	318	73,3
Dislipidemia (Al encuestado alguna vez un profesional le ha dicho que tiene el colesterol alto)		
Si	261	40,4

No	385	59,6
----	-----	------

Nota. N= 656 son el total de participantes en la muestra

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Consumo de medicación en pacientes que han recibido diagnóstico previo de ECNT

Al analizar en la muestra el consumo de medicación en pacientes con diagnóstico previo de ECNT. Con respecto al diagnóstico previo de HTA, el 52,4% (n=87) reportaron el consumo de medicación en las últimas dos semanas, mientras el 47,6% (n=79) no consumió en el período indicado. Al indagar a los participantes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, el 50% (n=58) indicó estar bajo tratamiento con fármacos y el otro 50% (n=58) indicó no consumir fármacos. Por otro lado, el 77,8% (n=165) de los pacientes con dislipidemia refirieron haber consumido medicación en las últimas 2 semanas, frente al 22,2% (n=47) que indicaron no consumir medicación hipolipemiente.

Tabla 8. Consumo de medicación en pacientes que han sido informados de ECNT (n=370).

Consumo de medicación	No	(%)	Sí	(%)
Hipertensión arterial	79	47,6	87	52,4
Diabetes	58	50	58	50
Dislipidemia	165	77,8	47	22,2

Nota. n= 370 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de ECNT

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Características sociodemográficas de la muestra

Del total de 657 personas mayores de 18 años incluidas en el estudio CEAD, se analizaron los datos de 370 adultos que cumplieron con el diagnóstico previo de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia.

En la Tabla 9 se presentan las características sociodemográficas de la muestra del estudio (n=370). El sexo femenino, con 64,9% (n=240), frente a los hombres que corresponde al 35,1% (n=130). Según la nomenclatura usada en la ley orgánica de los adultos mayores de Ecuador (2019), por edad, se dividió en dos grupos, el primer grupo de pacientes desde los 18 años hasta los 64 (adultos) y el segundo grupo mayores a 65 años (adultos mayores), donde el grupo de adultos representan el 74,1% (n=274), mientras que los adultos mayores constituyeron el 25,9% (n=96). La etnia mestiza se presenta con un 90,2% (n=331) frente a otros grupos étnicos 9,8% (n=36). Con respecto a la situación de pareja, los participantes con pareja con un 61,4% (n=227) frente al 38,6% (n=143) que indicó no tener pareja. En el ámbito educativo, los participantes con estudios de bachiller o superior representaron el 67,6% (n=248) frente al grupo de educación básica con el 33,0%(n=122). Con respecto a la situación laboral, el 67,6% (n=250) recibían remuneración, mientras que el 32,4% (n=120) no recibían remuneración. Finalmente, con relación al monto de ingresos económicos, el 51,4% (n=190) percibía ingresos menores o iguales a 392,6 USD (media de ingresos económicos calculada) frente al 48,6% (n=180) que percibían ingresos mayores a 392,6 USD

Tabla 9. Características sociodemográficas de la muestra, adultos residentes en el Distrito 17D06, Quito, 2021 (n=370).

Características Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo		
Mujer	240	64,9
Hombre	130	35,1
Edad		
Adultos (18-64 años)	274	74,1
Adultos mayores (65 años y más)	96	25,9
Etnia		
Mestizo	331	90,2
Otros grupos étnicos	36	9,8
Situación de pareja		
Con pareja	227	61,4
Sin pareja	143	38,6
Escolaridad		
Educación básica	122	33,0

Bachiller/Superior	248	67,0
Ocupación		
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	250	67,6
Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	120	32,4
Ingresos económicos familiares		
Menor o igual a 392,6 USD	190	51,4
Mayor a 392,6 USD	180	48,6

Nota. n= 370 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de ECNT

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Asociación entre consumo de medicación antihipertensiva según característica sociodemográfica.

El análisis del consumo de medicación antihipertensiva y las variables socioeconómicas presento los siguientes hallazgos: con relación al sexo, el 55,3% (n=63) de las mujeres consumieron medicación en las últimas dos semanas para hipertensión arterial, frente al 46,2% (n=24) de hombres; sin mostrar diferencias significativas. Analizando por grupo de edad, el grupo de adultos mayores (65 años o más) indica mayor consumo de medicación con un 70% (n=42), frente al grupo de adultos (18-64 años) con un 42,5% (n=45)

que indicó haber consumido medicación en las últimas dos semanas; esta diferencia fue estadísticamente significativa (valor p 0,02). Al abordar etnia, se encontró que el 52,7% (n=77) de la población que consume medicación para la hipertensión arterial se identificaba como mestizos frente a otros grupos étnicos, con el 50% (n=10), sin encontrarse relación significativa estadística. El 46,3% (n=50) que tenían pareja declararon haber consumido medicación para HTA en las últimas 2 semanas frente al 63,8% (n=37) participantes sin pareja, sin presentar relación estadística significativa. Al analizar acerca de nivel educativo, el 56,3% (n=40) de la población con educación básica indicó consumir antihipertensivos en las últimas 2 semanas frente al grupo de bachiller o educación superior con un 49,5% (n=47), sin presentar diferencia estadística. Con respecto a ocupación, el 57,6% (n=38) no percibían remuneración y manifestó haber consumido medicación en las últimas 2 semanas versus quienes sí recibían una remuneración con un 49% (n=49) que, si consumían medicación, sin mostrar diferencias estadísticas significantes. Por último, al analizar los ingresos económicos familiares, se encontró, que la población que consume medicación antihipertensiva en su mayoría presenta ingresos económicos menores a la media (392,6 USD) en un 56,7% (n=55) frente a la población que indicaba ingresos mayores a la media en un 46,4% (n=32), sin presentar significancia estadística.

Tabla 10. Asociación entre consumo de medicación antihipertensiva en pacientes informados de hipertensión arterial (n=166), según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	Consumo medicación	Consumo medicación	Valor p (*)
	No Frecuencia y porcentaje	Si Frecuencia y porcentaje	
Sexo			

Mujer	51 (44,7)	63 (55,3)	0,45
Hombre	28 (53,8)	24 (46,2)	
Edad			
Adultos (18 -64 años)	61 (57,5)	45 (42,5)	0,02
Adultos mayores (65 años o más)	18 (30,0)	42 (70,0)	
Etnia			
Mestizo	69 (47,3)	77 (52,7)	
Otros grupos étnicos	10 (50,0)	10 (50,0)	0,87
Situación de pareja			
Con pareja	58 (53,7)	50 (46,3)	
Sin pareja	21 (36,2)	37 (63,8)	0,14
Escolaridad			
Educación básica	31 (43,7)	40 (56,3)	
Bachiller/Superior	48 (50,5)	47 (49,5)	0,55
Ocupación			
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	51 (51,0)	49 (49,0)	0,46

Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	28 (42,4)	38 (57,6)	
Ingresos económicos familiares			
Menor o igual a 392,6 USD	42 (43,3)	55 (56,7)	
Mayor a 392,6 USD	37 (53,6)	32 (46,4)	0,36
(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson			

Nota. n= 166 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de HTA

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Asociación entre consumo de medicación hipoglicemiante según característica sociodemográfica.

En referencia al consumo de medicación en las últimas 2 semanas para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2. Según el sexo, las mujeres con un 51,3% (n=39) indicaron consumir medicación frente al 47,5% (n=19) de hombres, sin encontrarse diferencia estadística significativa. Al analizar edad, los adultos mayores (65 años o más) representa el 66,7% (n=24) versus 42,5% (n=34) de los adultos (18 a 64 años), sin presentar relación estadística. El grupo autoidentificado como mestizos con el 51,9% (n=55) indican consumir hipoglicemiantes frente al 37,5% (n=3) de otros grupos étnicos, sin encontrarse relación significativa. Respecto a la situación de pareja, la población que no tiene pareja con un 59,1% (n=26) consume medicación frente a un 44,4% (n=32) que tenían pareja y consumían medicación, sin presentar relación estadística significativa. Acerca de la escolaridad, el 67,4%

(n=29) de los participantes con educación básica mencionaron haber consumido medicación hipoglicemiante en las últimas 2 semanas versus el 39,7% (n=29) con educación bachillerato o superior que indicaron consumir hipoglicemiantes, hallándose una relación estadísticamente significativa (p 0,04). Acerca de la ocupación, con un 58,5% (n=24) de la población no cuenta con una remuneración y consumen medicación para la diabetes frente al 45,3% (n=34) de la población que, si percibe una remuneración, sin presentar relación estadística. En cuanto a la comparación por ingresos económicos, el grupo con ingresos económicos menores a la media (392,6 USD) con un 58,3% (n=35) afirmaba tratamiento farmacológico frente a un 41,1% (n=23) que presentaba ingresos mayores a la media y con tratamiento farmacológico, sin encontrar relación estadística significativa.

Tabla 11. Asociación entre consumo de medicación hipoglicemiante en pacientes informados de Diabetes Mellitus 2 (n=116) según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	Consumo medicación		Valor p (*)
	No Frecuencia y porcentaje	Si Frecuencia y porcentaje	
Sexo			
Mujer	37 (48,7)	39 (51,3)	
Hombre	21 (52,5)	19 (47,5)	0,78
Edad			
Adultos (18 -64 años)	46 (57,5)	34 (42,5)	0,09

Adultos mayores (65 años o más)	12 (33,3)	24 (66,7)	
Etnia			
Mestizo	51 (48,1)	55 (51,9)	
Otros grupos étnicos	5 (62,5)	3 (37,5)	0,58
Situación de pareja			
Con pareja	40 (55,6)	32 (44,4)	
Sin pareja	18 (40,9)	26 (59,1)	0,28
Escolaridad			
Educación básica	14 (32,6)	29 (67,4)	
Bachiller/Superior	44 (60,3)	29 (39,7)	0,04
Ocupación			
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	41 (54,7)	34 (45,3)	0,34
Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	17 (41,5)	24 (58,5)	
Ingresos económicos familiares			
Menor o igual a 392,6 USD	25 (41,7)	35 (58,3)	
Mayor a 392,6 USD	33 (58,9)	23 (41,1)	0,19

(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson

Nota. n= 116 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de DM2

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Asociación entre consumo de medicación hipolipemiente según característica sociodemográfica

En la tabla 12, se presenta el análisis entre las características sociodemográficas y el consumo de medicación hipolipemiente. Las mujeres con el 24,1% (n=34) indican consumo de medicación hipolipemiente en las últimas 2 semanas frente al grupo de hombres con el 18,3% (n=13), sin encontrarse relación estadística significativa. Al analizarse por edad, los adultos mayores (65 años o más) con un 35,1% (n=20) consumen medicación para bajar el colesterol versus el grupo de adultos (18 a 64 años) con un 17,4% (n=27), encontrándose una relación estadística significativa (p 0,01). Con respecto a la etnia, los mestizos con un 22,4% (n=43) indican tratamiento hipolipemiente frente a otras etnias con un 16,7% (n=3), sin relación estadística. La población sin pareja con un 26,5% (n=22) indica consumo de hipolipemiantes en las últimas 2 semanas frente a un 19,4% (n=25) que indican tener pareja, sin presentar asociación significativa. En cuanto a escolaridad, un 30,5% (n=18) de los participantes con educación básica indican tratamiento farmacológico en comparación con los participantes con nivel bachillerato o superior con un 19% (n=29), sin encontrarse relación estadística significativa. Al análisis de la ocupación, quienes no reciben remuneración con un 22,2% (n=14) indican consumo de medicación frente a un 22,1% (n=33) que, si reciben remuneración, sin que presente relación estadística significativa. En relación con ingresos económicos, el grupo con ingresos económicos menores a la media (392,6 USD) con un 24%

(n=25) afirma uso de medicación hipolipemiente frente a un 20,4% (n=22) con ingresos económicos mayor a media, sin hallarse relación estadística significativa.

Tabla 12. Asociación entre consumo de medicación hipolipemiente en pacientes informados de Dislipidemia(n=212), según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	Consumo medicación No Frecuencia y porcentaje	Consumo medicación Si Frecuencia y porcentaje	Valor p (*)
Sexo			
Mujer	107 (75,9)	34 (24,1)	
Hombre	58 (81,7)	13 (18,3)	0,40
Edad			
Adultos (18 -64 años)	128 (82,6)	27 (17,4)	0,01
Adultos mayores (65 años o más)	37 (64,9)	20 (35,1)	
Etnia			
Mestizo	149 (77,6)	43 (22,4)	
Otros grupos étnicos	15 (83,3)	3 (16,7)	0,62
Situación de pareja			
Con pareja	104 (80,6)	25 (19,4)	
Sin pareja	61 (73,5)	22 (26,5)	0,28

Escolaridad			
Educación básica	41 (69,5)	18 (30,5)	
Bachiller/Superior	124 (81,0)	29 (19,0)	0,11
Ocupación			
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	116 (77,9)	33 (22,1)	0,99
Ocupación sin remuneración Desempleados, estudiantes, amas de casa)	49 (77,8)	14 (22,2)	
Ingresos económicos familiares			
Menor o igual a 392,6 USD	79 (76,0)	25 (24,0)	
Mayor a 392,6 USD	86 (79,6)	22 (20,4)	0,57

(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson

Nota. n= 212 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de dislipidemia

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Asociación entre consumo de medicación de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) según características sociodemográficas.

El análisis entre consumo de medicación y el diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2) en las últimas 2 semanas, se encontró: según el sexo, las mujeres con un 44,7% (n=96) indican tratamiento

farmacológico frente a los hombres con un 39,6% (n=44), sin presentar relación estadística significativa. En tanto que los adultos mayores (65 años o más) con un 56% (n=47) indican consumo de medicación en las últimas 2 semanas frente a la población de adultos (18 a 64 años) con un 38,4% (n=93), con relación estadística significativa ($p= 0,04$). Los participantes autoidentificados como mestizos con un 48,4% (n=15) consume fármacos para ECNT versus otros grupos étnicos con un 48,4% (n=15), sin relación estadística. En cuanto a situación de pareja, los participantes con pareja con un 45% (n=90) indican consumo de medicación comparado con el 39,7% (n=50) que no tiene pareja, sin presentar relación estadística. La población con educación básica con un 45% (n=90) afirma consumir medicamentos para HTA, diabetes o dislipidemia frente un 38,6% (n=83) con educación bachillerato o superior, sin embargo, no se encontró una relación estadística relevante. Al evaluar la ocupación, el 51,9% (n=56) de quienes no perciben remuneración, indica consumo de medicación comparado con el 38,5% (n=84) que, si percibía remuneración, sin relación estadística significativa. Al finalizar, la población con ingresos económicos menores a la media (392,6 USD) en un 48,8% (n=81) indica consumir medicación en las 2 últimas semanas al compararse con el 36,9% (n=59) con ingresos económicos mayores a la media, sin presentar relación estadística significativa.

Tabla 13. Asociación entre consumo de medicación de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (n=326), según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	Consumo medicación	Consumo medicación	Valor p (*)
	No Frecuencia y porcentaje	Si Frecuencia y porcentaje	

Sexo			
Mujer	119 (55,3)	96 (44,7)	
Hombre	67 (60,4)	44 (39,6)	0,51
Edad			
Adultos (18 -64 años)	149 (61,6)	93 (38,4)	0,04
Adultos mayores (65 años o más)	37 (44,0)	47 (56,0)	
Etnia			
Mestizo	169 (57,9)	123 (42,1)	
Otros grupos étnicos	16 (51,6)	15 (48,4)	0,61
Situación de pareja			
Con pareja	110 (55,0)	90 (45,0)	
Sin pareja	76 (60,3)	50 (39,7)	0,48
Escolaridad			
Educación básica	54 (48,6)	57 (51,4)	
Bachiller/Superior	132 (61,4)	83 (38,6)	0,09
Ocupación			
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado,	134 (61,5)	84 (38,5)	0,09

trabajador independiente, jubilado)			
Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	52 (48,1)	56 (51,9)	
Ingresos económicos familiares			
Menor o igual a 392,6 USD	85 (51,2)	81 (48,8)	
Mayor a 392,6 USD	101 (63,1)	59 (36,9)	0,10

(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson

Nota. n= 326 número de participantes que cumplen con diagnóstico previo de ECNT

Fuente: datos anonimizados del Proyecto CEAD.

Elaborado por: las autoras.

Capítulo V

Discusión

Los resultados relevantes con significancia estadística (p menor a 0,05) se presentaron en los grupos con diagnóstico previo de hipertensión arterial, dislipidemia y en conjunto como ECNT, en donde los adultos mayores presentaron un mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, mientras que el grupo con diagnóstico previo de diabetes mellitus la población con educación básica presentó un mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD.

Este estudio se basó en los datos públicos del proyecto CEAD, realizado entre los años 2020 y 2021, correspondientes a la población del sur de Quito del Distrito 17D06. El objetivo de este estudio fue identificar si el consumo de medicación de pacientes con diagnóstico previo de ECNT como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia mostraba diferencias según factores sociodemográficos, a fin de identificar desigualdades en el consumo de medicación.

En el análisis por cada tema encontramos que la prevalencia de hipertensión arterial en nuestra muestra de estudio es del 27,8%, con valores similares reportados en el Informe mundial sobre la hipertensión 2025 de la OMS, que indica una prevalencia a nivel mundial de hipertensión arterial del 34% mientras que en Ecuador del 28% en adultos de 30 a 79 años. (OMS, 2025).

El 52,4 % de las personas diagnosticadas de Hipertensión arterial en nuestro estudio consumió medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, además, el sexo femenino presentó un porcentaje mayor de consumo de medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección

de datos del proyecto CEAD, con un 55,3%, pero sin ser estadísticamente significativo. Datos de prevalencia de uso de medicamentos antihipertensivos se presentaron en el estudio de Urtasun et al. (2020) con un 48,4%. En el estudio de C. Guzmán Quilo et al. (2002), se encontró una prevalencia mayor de consumo de antihipertensivos en el sexo femenino, hecho que se relacionaba con que las mujeres buscan en mayor proporción asistencia médica, mientras la menor prevalencia del género masculino se basa probablemente a rasgos culturales.

Por grupos de edad, se encontró que el grupo de adultos mayores presenta mayor porcentaje de consumo de medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 70,0%, mostrando una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,02$). A pesar, que no encontramos estudios en la literatura para contrastar nuestros resultados, se revisó estudios que investigaron adherencia terapéutica entendiendo que el consumo de medicación es solo una parte de este tema tan amplio.

Al revisar el estudio de Varleta et al. (2015), que refiere mejor adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores a 64 años, en donde considera la toma de medicación, además, de cumplir con otras indicaciones prescritas por el profesional de salud como cambio en el estilo de vida, lo que se observa en los adultos mayores por una mayor preocupación de su condición de salud.

En cuanto a la etnia, el grupo de población mestiza consumía en mayor porcentaje medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, pero no hay diferencia estadísticamente significativa en comparación con otros grupos étnicos. En un estudio realizado en Reino Unido por Eastwood et al., (2023) se encontró que el inicio del uso de antihipertensivos indicado por las guías fue 50% más probable para las personas de etnia sudasiática o africana/caribeña africana, pero tenían menos probabilidades

continuar con un tratamiento antihipertensivo regular que la población de etnia europea. Lo que se relaciona con las diferencias étnicas en la prescripción de medicación o el control de los factores de riesgo.

Los participantes que no tienen pareja presentaron un mayor porcentaje de consumo de medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 63,8%, en comparación a los pacientes con pareja esta diferencia no es estadísticamente significativa. En cambio, el estudio realizado por Nieto y Parra (2021), indica que el consumo del medicamento depende de que viva con el cónyuge, ya que el cónyuge actúa como supervisor y da el apoyo necesario para la continuidad del tratamiento.

Los participantes con educación básica, ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa) y los participantes con ingresos económicos familiares menores a \$ 392,6, presentaron mayor porcentaje de consumo de medicación antihipertensiva en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, sin diferencias estadísticamente significativas. Al contrario, en el estudio de Amirul Islam et al. (2021), encontró que las personas con mayor nivel educativo, que tenían empleo con mejor remuneración presentaban mayor proporción de toma de medicación antihipertensiva, ya que son más conscientes del cuidado de la salud y logran mayor regularidad en los tratamientos.

La prevalencia para diabetes mellitus, en nuestro estudio fue del 26,7%, a diferencia de los datos reportados por la Encuesta STEPS en el 2018 realizada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2020) con una prevalencia nacional de 7,1% y el Global Burden of Disease en su último reporte del 2023 (IHME, 2025), reportó una prevalencia de Diabetes Mellitus en Ecuador de 6,4%.

El estudio realizado por Oo MMS et al. (2025), revela que desde el año 2010 al 2021, se presentó un aumento global en la tasa de consumo medio de medicamentos esenciales de la

OMS para la diabetes, relacionado con el mayor acceso a medicamentos esenciales tanto en países de altos y bajos ingresos económicos. El 50% de las personas de nuestro estudio con un diagnóstico previo de Diabetes Mellitus consumió medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD. Mientras que el estudio de Serrano et al. (2019), presentó una prevalencia del 21,8% de uso de antidiabéticos. El estudio realizado por Leyva (2020) encontró que las mujeres con un 62,5% consumen hipoglicemiantes como la metformina, al igual que nuestros resultados en donde el sexo femenino presentó mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, esto se puede atribuir al rol de cuidador que tiene la mujer en la familia como encargada del control de la salud. Además, menciona que el grupo entre los 40 y 65 años presentan con un consumo de antidiabéticos del 41,1% a diferencia de nuestro estudio en la que los adultos mayores presentan un mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, en comparación con el grupo de adultos entre 18 y 64 años, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

No se encontró datos estadísticamente significativos en la etnia, el 51,9 % de los sujetos de etnia mestiza en nuestro estudio presentaban mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, en comparación con los otros grupos étnicos.

No encontramos literatura con respecto a la etnia y el consumo de medicación hipoglicemiante, pero se revisó literatura que considera la adherencia terapéutica que incluye el consumo de medicación hipoglicemiante. En el estudio realizado por Díaz et al. (2025), reporta que el grupo que se identificó con el color de piel blanca presentaban mayor adherencia al tratamiento farmacológico, lo que incluye la toma de medicación y la participación del paciente en su tratamiento, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En nuestra muestra hay significancia estadística ($p=0,04$) en el grupo de menor nivel educativo con mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD. Al no encontrar literatura sobre el consumo de medicación en particular se revisó un estudio que investigó la adherencia al tratamiento, para contrastar con nuestros resultados, ya que la toma de medicación es uno de los acápites dentro de la adherencia.

En el estudio realizado por Guamán et al. (2021) refiere que un mayor nivel educativo tiene relación con el nivel de conocimiento de la patología lo que representa una ventaja para desarrollar comportamientos que promueven la adherencia al tratamiento como cumplir con las indicaciones terapéuticas que incluye la toma de medicación.

Las personas sin pareja presentaron un mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, que las que tenían pareja, esta diferencia sin ser estadísticamente significativa, lo que se contrapone a los resultados del estudio realizado por Fernández Covarrubias et al. (2025), que refiere que tener pareja entendido como red de apoyo social, permite al paciente tener contención emocional, programar rutinas, tomar decisiones y la adherencia a largo plazo al tratamiento farmacológico.

La ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa), presentan un porcentaje mayor de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 45,3%, en referencia al grupo con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado), sin ser estadísticamente significativo. Los participantes que tienen ingresos económicos familiares menores a \$392,6 presentaban mayor porcentaje de consumo de medicación hipoglicemiante en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, lo que se

contrapone a los resultados de una revisión sistemática realizada por Peñafiel Baque (2024), muestra que existe una relación entre el nivel socioeconómico y su capacidad de cumplir con el tratamiento, por lo tanto, los pacientes que con menores ingresos económicos familiares no pueden adquirir los fármacos antidiabéticos, además de otros instrumentos que permiten controlar su patología.

Con respecto a la dislipidemia la muestra de estudio presenta una prevalencia del 40,4%, mientras que la Encuesta STEPS en Ecuador 2018 (MSP, 2020), reporta una prevalencia del 34,7%. El estudio realizado por Rivadeneira et al. (2025) reporta una prevalencia de dislipidemia del 49,8 % en nuestro país. Mientras que la prevalencia de dislipidemia en población China reportada por Lu (2021) fue del 33,8% es decir, menor a la reflejada en nuestro país.

Los datos nacionales de prevalencia de dislipidemia reflejan un aumento de la prevalencia de esta patología en nuestro país, este aumento puede relacionarse con el desarrollo económico que influye en el estilo de vida sobre todo en los hábitos de alimentación.

De este grupo solo el 22,2% de los pacientes consumió medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, a diferencia publicado por Gómez y Vargas (2024), que reporta que tan solo el 10% de los pacientes del estudio recibían un tratamiento farmacológico en este caso con estatinas de alta intensidad y no alcanzan las metas terapéuticas.

Respecto al sexo, el femenino presentó un mayor porcentaje de consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 24,1%, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, datos con mayor porcentaje se presentaron en el estudio de Trujillo Gutiérrez (2022), que

reporto que el 67,2% de la población de estudio que recibía tratamiento farmacológico fueron mujeres, pero indica que esta variable no es determinante para el consumo de tratamiento farmacológico.

La variable edad presentó datos estadísticamente significativos ($p=0,01$), indicando que los adultos mayores presentan mayor porcentaje de consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 31,1% en comparación con el grupo de adultos de 18 a 64 años. Al no encontrar datos en la literatura de la investigación exclusiva sobre el consumo de medicamentos hipolipemiantes, encontramos estudios que mencionan la adherencia al tratamiento farmacológico, lo que no significa que se trata solo de consumo de medicamentos, pero ese dato se encuentra dentro de la adherencia al tratamiento farmacológico.

Datos de la investigación realizada por Lucana Meza (2023), revela datos similares donde se ha mencionado que la población mayor a 61 años tiene mayor adherencia al tratamiento farmacológico, puesto, que este grupo de población tiene mayor acercamiento a servicios de salud, pero también se pueden encontrar con diferentes obstáculos para la continuidad del tratamiento hipolipemiente, como presentar otras comorbilidades y tener menor nivel económico. El mismo estudio (Lucana Meza, 2023), indica que ser soltero era un factor para tener mayor adherencia al tratamiento farmacológico, pero que es posible que exista un efecto del apoyo social en la adherencia farmacológica. En nuestro estudio los participantes sin pareja dentro de los que están los pacientes solteros reportaron el 31,1% lo que indica un mayor porcentaje de consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, que los pacientes con pareja, aunque sin presentar datos estadísticamente significativos.

Con relación a la etnia el grupo de mestizos mostró mayor porcentaje de consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con el 22,4%, en relación con los otros grupos étnicos, a pesar de, que no hay diferencia estadísticamente significativa, similares valores se reportaron en el estudio realizado por Puig-García et al. (2024) que encontró un porcentaje de consumo de medicación del 29,9 % en la población mestiza.

De acuerdo con el nivel educativo, los participantes con educación básica tienen mayor porcentaje de consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, que los que habían alcanzado una educación superior, no obstante, dicha asociación no fue estadísticamente significativa. Mientras que en el estudio de Medina Aguilar (2020), reportó que el nivel de educación influye en el cumplimiento del tratamiento, lo que incluye consumo de educación hipolipemiente, además de otros partes del tratamiento, pero resaltan la importancia de la alfabetización en salud.

El consumo de medicación hipolipemiente en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, en las personas con ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado) en comparación al grupo sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa), presentan el 22,1 % y 22,2% respectivamente, en contraste con datos de un estudio realizado en India por Maheshwari y Basu (2024), que indica que los pacientes con mayores ingresos económicos familiares presentaban mayor consumo de medicación, pero también mayor prevalencia de dislipidemia, lo que se relacionaba con el estilo de vida y las costumbres locales.

Al considerar al grupo de población total de la muestra, diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), es evidente que el uso de medicación varía

con las características sociodemográficas, sin embargo, la mayoría de las asociaciones no alcanzaron significancia estadística. Por sexo, tanto hombres como mujeres informaron un porcentaje similar de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD.

El grupo de menor escolaridad, ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado), ingresos económicos familiares menores a \$ 392,61, presentan mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, estos datos sin ser estadísticamente significativos.

Considerando que no se encontró literatura sobre nuestro tema puntual, se encontró investigaciones que estudiaron un tema más amplio como es la adherencia terapéutica, que contiene nuestra variable dependiente. El estudio realizado en el cantón Píllaro por Padilla y Morales (2020), muestra que hay mayor adherencia al tratamiento farmacológico en el género femenino, con mayor nivel de escolaridad y de mayores ingresos económicos ya que les permite a los pacientes mejor comprensión de la indicaciones médicas y mayor cumplimiento en el tratamiento farmacológico.

La edad fue la única variable que presentó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,04$), indicando que los adultos mayores consumen en mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, que las personas adultas entre 18 y 64 años. Similares datos se han reportado en el estudio realizado por Bastos Zapata et al. (2020), en donde los adultos mayores tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmitibles y uso de tratamiento farmacológico, por ende, requieren un seguimiento más estrecho, también intervienen en el

uso de medicación, factores tales como el costo de los medicamentos, la complejidad de esquemas terapéuticos y los programas de apoyo comunitario.

En cuanto a la etnia otros grupos étnicos en comparación con los mestizos presentaron mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, con un 48,4%, mientras que en un estudio realizado en población quechua hablante la zona de rural de Lima-Perú en el año 2024 (Sierra Rojas, 2024), encontró un 81,2% de adherencia al tratamiento de ECNT entendida como la conducta de los pacientes al tomar los medicamentos según las recomendaciones de una atención médica, en comparación del 18,1% de no adherencia de la población, estos resultados lo relacionan además con otras variables como el tipo de seguro de salud y el índice de riqueza.

Las personas con pareja presentaron mayor porcentaje de consumo de medicación en las últimas dos semanas, previas a la recolección de datos del proyecto CEAD, estos sin significancia estadística. Datos similares se evidencian en el estudio de Tolaza et al (2024), que reporta que uno de los factores para la adherencia terapéutica que incluye el consumo de medicación además de diversas aristas de cara a este tema, menciona que el apoyo familiar se relaciona con la adherencia terapéutica.

Limitaciones del estudio

El tipo de estudio transversal no permite establecer relaciones causales en nuestras variables analizadas además la información recolectada nos informa los datos solo del momento del estudio, sin permitir evaluar cambios a largo plazo.

Otra limitación es que se realizó en parroquias urbanas, lo que limita la capacidad de extrapolar los resultados en parroquias rurales por los tipos de población.

Además, por la fuente de información (análisis de base secundaria), podría ocasionar un sesgo al no tener un registro completo de la información de los pacientes, ya que al realizar encuestas hay riesgo de obtener respuestas socialmente aceptables o errores al recordar datos.

Existe falta de información sobre datos correspondientes al origen de la medicación como por ejemplo si se obtiene de servicios de salud públicos, privados o es obtenido de los ingresos económicos del paciente, el tipo de medicación y la dosis terapéutica utilizada.

Otra limitación es que no se tiene información sobre los pacientes que no consumen la medicación si lo hacen de forma intencional como por decisión propia o por olvidos u otras causas externas al paciente (ejemplo limitaciones económicas, no acceso a la medicación por pago de bolsillo, etc.).

Adicionalmente, no disponemos de información sobre la red de apoyo familiar completa solo el estado civil.

Es necesario estudios de muestra poblacional más amplia, que incluya parroquias urbanas y rurales, así como motivos o causas de no consumo de medicación para futuras investigaciones.

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En la presente investigación se partió de la hipótesis que los factores socioeconómicos, como la baja escolaridad, los bajos ingresos económicos familiares, se relacionan con el menor consumo de medicamentos en pacientes diagnosticados con diabetes, hipertensión y dislipidemia de la población adulta del sur de Quito del Distrito 17D06, en el periodo 2020-2021. Presenta los siguientes hallazgos:

La población que indicó toma de consumo de medicación en las últimas 2 semanas fue menor en el grupo de dislipidemia respecto a HTA y diabetes mellitus tipo 2, esto puede deberse a que el tratamiento para dislipidemia esencialmente indica cambio en hábitos alimenticios y actividad física, previo a un tratamiento farmacológico.

Encontramos que los adultos mayores (65 años o más) en los grupos con diagnóstico de HTA y dislipidemia mayormente consumen medicación, este hallazgo es consistente con la evidencia que indica a los adultos mayores como los mayores consumidores de tratamiento farmacológico. Sin embargo, respecto al nivel educativo los participantes diabéticos con nivel educativo básico presentan mayor consumo de medicación, un posible abordaje indicaría que a mayor nivel educativo las correcciones en hábitos de vida saludables, reduciría la necesidad de tratamiento con fármacos.

Además, los participantes que indicaron ocupación sin y con ingresos económicos familiares menores a 392,6 USD indicaron tener mayor consumo de medicación, una posible explicación es su mayor acceso al sistema de salud público (MSP) que garantiza la provisión

de medicación regular, además que la investigación se realizó en un contexto postpandemia, caracterizado por inestabilidad laboral, por lo cual puede presentar esta diferencia.

Por lo hallazgos se concluye la necesidad de ampliar la investigación en la población, en contextos como el estudiado, donde existe desigualdad social y limitado acceso a servicios de salud, es indispensable crear estrategias que mejoren el consumo de medicación, apoyados en mejorar los determinantes tanto individuales, sociales y de sistema de salud.

Recomendaciones

En concordancia con los hallazgos de nuestra investigación se recomienda:

Ampliar y desarrollar nuevos estudios para la demostración de la asociación entre factores sociodemográficos y toma de medicación en ECNT en Ecuador.

Además, se debe tomar en cuenta que es fundamental ampliar el conocimiento acerca de las variables socioeconómicas, ya que nos ayudaría a ampliar el seguimiento desde el primer nivel de atención que es donde se centraliza la atención inicial a este tipo de pacientes con ECNT, además de con esto desconcentrar la atención de subespecialidad por el riesgo de complicaciones.

Se debe implementar un trabajo integral y conjunto en primer nivel de atención, que integre de manera sistemática a profesionales de nutrición y fisioterapia, ya que la mayoría de ECNT deben ser apoyadas por alimentación saludable y actividad física regular, además de una conjunción adecuada con la familiar y grupos sociales dentro de la comunidad para un seguimiento apropiado.

A nivel del ámbito de salud, si bien la formación médica se ha centrado en un modelo curativo, se debería profundizar la atención preventiva, esto implica la creación de planes enfocados en medicina preventiva desde edades tempranas para prevenir y disminuir la

atención de ECNT en edades adultas, además de optimizar los planes de seguimiento en pacientes ya diagnosticados con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, por ende mejorando prevención secundaria y la reducción de complicaciones, y los gastos asociados al sistema de salud.

Consideramos además que el médico familiar como el especialista primordial en el primer nivel de atención, debe realizar un adecuado estudio familiar y de factores sociodemográficos de cada paciente, que permitirá una priorización y seguimiento adecuado de cada uno de los pacientes, disminuyendo el riesgo de comorbilidades y facilitando el acceso a una atención médica continua.

Es imperativo mejorar las políticas alimentarias y de acceso a medicación, reforzando la necesidad de que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles son una población de atención prioritaria, pues aumenta el gasto público al ser una población en crecimiento diario según las estadísticas.

Finalmente, las autoras consideramos que es importante destacar que la prevención, estudio familiar y de factores socio demográficos, económicos además del seguimiento se deben priorizar en el primer nivel de atención que es el más cercano a la comunidad, por lo cual nos parece que es vital reforzar este nivel.

Referencias bibliográficas

- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., et al. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Achterbosch Maria, Aksoy Nilay, Obeng George D., Ameyaw David, Ágh Tamás, Van Boven Job F. M. (2025). Clinical and economic consequences of medication nonadherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*. Volume 16 - 2025. <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2025.1570359>. DOI=10.3389/fphar.2025.1570359. ISSN=1663-9812
- Acosta Ruiza, L. X., Angarita Merchán, M., Orjuela Vargas, L. (2024). Diabetes mellitus tipo 2: Latinoamérica y Colombia, análisis del último quinquenio. *Revista Med*, 31(2), 35–46. <https://doi.org/10.18359/rmed.6067>
- Acosta, Carolina, Sposito, Paola, Torres Esteche, Verónica, Sacchi, Florencia, Pomies, Lucia, Pereda, Maximiliano, Viñas, Sergio, & Soto, Enrique. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(1), 54-65. Epub 01 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.26445/06.01.6>
- Acosta-Gavilánez, R. I., López-Guerrero, A. A. (2020). Asociación del sedentarismo con la ocupación y su relación con la hipertensión arterial. *Dominio de las Ciencias*, 6(4, Suplemento Especial), 146–162. <https://doi.org/10.23857/dc.v6i4.1544>
- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada en Ecuador (ACESS) (2023). Plan Nacional de medición de la satisfacción de la calidad de la atención en los servicios de salud, del sistema nacional de salud. <http://www.acesse.gob.ec/encuesta-de-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>

- Ágh, T., Dömötör, P., Bártfai, Z., Inotai, A., Fujsz, E., and Mészáros, Á. (2015). Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: a systematic review. *Respir. Care* 60 (2), 297–303. doi:10.4187/respcare.03123
- Akhtar, S., Mohanty, S. K., Singh, R. R., & Sen, S. (2022). Chronic diseases and productivity loss among middle-aged and elderly in India. *BMC Public Health*, 22(1), 2356.
- Almirall Med. (2023). Manejo de la hipertensión arterial en pacientes con comorbilidades cardiovasculares. https://medicinainterna.almirallmed.es/wp-content/uploads/sites/7/2023/12/2023_Manejo-de-la-HTA-en-pacientes-con-comorbilidades-cardiovasculares_Final.pdf
- Álvarez Palacios, M. A. (2014). Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con factores de riesgo cardiovascular en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio U Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35641>
- American Diabetes Association. (2025). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
- American Heart Association. (2025). Categorías de presión arterial: guía 2025 en español. AHA Rainbow Chart
- American Heart Association. (2025). High blood pressure. <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure>
- American Heart Association. American College of Cardiology. (2025). 2025 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology*. <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/HYPERTENSIONAHA.125.25467>
- Amirul Islam, F.M., Lambert, E.A., Islam, S.M.S. *et al.* Factors associated with antihypertensive medication use and blood pressure control in a rural area in Bangladesh: baseline data from a

cluster randomized control trial. *BMC Public Health* 21, 2316 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s12889-021-12379-z>

Añorve G.E., Faryd F.R.M. (2025). Enfermedades crónicas no transmisibles: la pandemia del siglo

XXI. *Ciencia Cakotanú*. 6(1), 4-6. También disponible en:

<https://www.cienciacakotanu.com/contenido/articulos/v6n1-2025/enfermedades-cronicas-no-transmisibles-la-pandemia-del-siglo-XXI>

Aquieri, A., Rodríguez, P., Vissani, S., y colaboradores. (2025). Consenso argentino de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 93(Supl. 10), 1–70.

<https://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v93.s10>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial No. 449.

https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf

Bakris, G. L. (marzo de 2021). Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/f%C3%A1rmacos-para-la-hipertensi%C3%B3n-arterial>

Banco de la República de Colombia. (2024, 5 de marzo). *Carga financiera de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia*.

<https://www.banrep.gov.co/es/node/62598/printable/print>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2022). Social Determinants of Health: A Health-Centered Approach to Multi-Sectoral Action.

<https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/sph-social-determinant-of-health-vf-editor.pdf>

Banco Mundial. (2024). Invertir en sistemas de salud resilientes en América Latina y el Caribe.

Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org>

- Bañuelos-Fonseca, M., Gallardo-Vidal, L. S., Pineda-Mújica, I., Rodríguez-Méndez, A. J., Reyes-Chávez, P. D., & Quintero-Valdez, B. (2025). Prácticas alimentarias en la diabetes tipo 2: construcción, validez y confiabilidad de una escala. *Nutrición Hospitalaria*, 42(1).
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.05147>
- Bastos Zapata, A, Pizarro Manosalva, A y Osses Muñoz, L. (2020). Adherencia Terapéutica del Paciente con Patología Crónica no Transmisible del Grupo Control en una Institución de Segundo Nivel del Área Metropolitana de Bucaramanga. Bucaramanga: Universidad de Santander, 2020. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/5489>
- Benavides-Tutillo, E. L., & Reyes-Rosero, E. A. (2023). Diabetes mellitus tipo 2 y su nueva terapia farmacológica y no farmacológica, revisión de la bibliografía. *MQR Investigar*, 7(3), 1959–1978. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.1959-1978>
- Benítez Loza, NB (2024). Estudio de factores de riesgo asociados con la diabetes tipo 2 y la hipertensión en la población adulta ecuatoriana por medio de análisis estadísticos univariantes y multivariantes de la encuesta STEPS ECUADOR 2018. [Proyecto de Titulación]. ESPOL.FCNM. <https://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/62084>
- Bernal-Soriano, M. C., Barrera-Guarderas, F., Alonso-Jaquete, A., Chilet-Rosell, E., Benazizi, I., Caicedo-Montaña, C., Márquez-Figueroa, M., Puig-García, M., Lumbreras, B., Hernández-Aguado, I., Torres-Castillo, A. L., & Parker, L. A. (2021). Contextualizing Evidence for Action on Diabetes in Low-Resource Settings—Project CEAD Part-II, Strengthening the Health System: A Mixed-Methods Study Protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3391. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073391>
- Bibbins-Domingo K. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;316(19):1997-2007. doi:10.1001/jama.2016.15450

- Biojó Gaspar, A. M. (2021). Factores sociales asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes tipo 2 en consulta externa del Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas]. Repositorio PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/19028>
- Bigdeli, M., Jacobs, B., Tomson, G., Laing, R., Ghaffar, A., Dujardin, B., & Van Damme, W. (2013). Access to medicines from a health system perspective. *Health policy and planning*, 28(7), 692–704. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs108>
- Blanco Tacuba, I., Mengual Ku, A. J. (2025). Diabetes gestacional: complicaciones materno-perinatales y repercusiones metabólicas a largo plazo: Revisión narrativa de la evidencia actual. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 4394-4408. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19077
- Bonilla-Bonilla, J. D., Chávez-Sánchez, L., Legorreta-Haquet, M. V. (2025). Inmunoterapias y su capacidad de preservar células beta en la diabetes tipo 1: una revisión de la inmunoterapia actual. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 82(4), 1–12. <https://doi.org/10.24875/bmhim.24000174>
- Borja, P. (2019). La garantía de buen gobierno del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social vs. el rol de la Superintendencia de Bancos en el período 2015-2018. *Revista de la Facultad de Jurisprudencia*, núm. 6, 2019, Julio-, pp. 139-181. <https://www.redalyc.org/journal/6002/600263450013/>
- C. Guzmán Quilo, A. del Castillo Saiz, P. Carrasco Garrido, A. Gil de Miguel, Estudio epidemiológico del consumo de medicamentos antihipertensivos a partir de los datos obtenidos en las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997, *Hipertensión y Riesgo Vascular*, Volume 19, Issue 5, 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). Guías para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las dislipidemias para el primer nivel de atención [Folleto].

<https://www.binasss.sa.cr/dislipidemias.pdf>.

Cartín-Quintana, M., Cartín-Quintana, M. (2023). Diabetes mellitus: una revisión clínica. Poder Judicial de Costa Rica. [https://pjenlinea3.poder-](https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/DIABETES%20MELLITUS%20CARTI)

[judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/DIABETES%20MELLITUS%20CARTI](https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/DIABETES%20MELLITUS%20CARTI)
[N.pdf](#)

Chapalbay Cando, J. - Endara Arias, L. (2024) Seguimiento domiciliario al usuario con Hipertensión Arterial. (Tesis de Grado) Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador.

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14221>

Chico, M., León Barrera, J., González Pérez, B., Aguiñaga Martínez, N. (2024). Las enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto en el sistema sanitario mexicano. Archivos En

Medicina Familiar, 26(5), 255–257. <https://doi.org/10.62514/amf.v26i5.87>

Chuquimango Vera. (2018). Prevalencia del uso de antihipertensivos en pacientes atendidos en el Hospital I ESSALUD Distrito La Esperanza Trujillo (tesis de Grado) Universidad Católica de Los Ángeles de Chimbote. Trujillo-Perú.

<https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/7340>

Cortes-Chacón, J., Magaña Chávez, G. E., Flores Olivares, L. A., Peña-Vázquez, O., Quintana-Mendías, E., Cervantes Hernández, N., Enriquez-del Castillo, L. A. (2025). Efectividad de los protocolos de ejercicio en adultos con hipertensión: metaanálisis actualizado de ensayos clínicos. Retos, 70, 517–532.

<https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/113302/84365>

Cruz Calderón, S., Díaz Posada, N. A., Saldarriaga Betancur, S., Ramírez Rincón, A. (2025).

Enfoque clínico, diagnóstico y terapéutico de la diabetes de inicio en la madurez del joven

(MODY): una revisión narrativa. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*, 12(2). <https://doi.org/10.53853/encr.12.2.910>

Cruz-Cuevas, J. D., Villar, J. C., Vásquez, S. M., Moreno, A. M., Rodríguez, F. Á. (2023).

Adherencia a recomendaciones basadas en evidencia para enfermedades crónicas no transmisibles: Estudio de corte transversal multicéntrico en médicos de Bogotá. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 26(2), 232–250.

<https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/26281/Articulo.pdf?sequence=1>

Daley SF, Cusick AS, Reilly E. StatPearls. (2024) StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 22 de julio de 2024. Hipertrigliceridemia familiar.

Davies MJ, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes (2025). A Consensus Report by the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2025;42(12):2315-2333. Doi: 10.2337/dci22-0034

De La Cruz Lázaro, L. M. (2024). Hipertensión arterial, prevalencia, factores de riesgo modificables y no modificables en pacientes atendidos en el CLAS Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho 2023 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga]. <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/a504bcc1-74c6-4579-981e-68ead635450b/full>

De la Sierra, A. (2024). Monitorización ambulatoria de la presión arterial: situación actual y perspectivas futuras. *Medicina Clínica*, 163(1), 25–31.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.12.023>

Díaz Piñera, Addys María, Rodríguez Salvá, Armando, Achiong Estupiñán, Fernando Jesús, Cardona Garbey, Dania Lidia, Maldonado Cantillo, Geominia, Londoño Agudelo, Esteban Augusto, & Stuyft, Patrick Van der. (2024). Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Revista Finlay*, 14(1), 78-90. Epub 01 de marzo de 2024. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342024000100078&lng=es&tlng=es.

Dislipidemia. (s. f.). Fundación Santa Fe de Bogotá. <https://fundacionsantafedebogota.com/servicios-en-salud/az-enfermedades/dislipidemia#:~:text=Fundaci%C3%B3n%20Santa%20Fe.-,%C2%BFQu%C3%A9%20es%20Dislipidemia?,arterial%20y%20el%20s%C3%ADndrome%20metab%C3%B3lico.>

Domínguez, Y. A., Véliz Martínez, P. L. (2023). Las conductas sedentarias y su relación con riesgo de diabetes mellitus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 49(2).

<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/download/3011/1836/19779>

Espinosa Pire, L. N., Alfonso González, I., Calvache Vargas, M. A., Lozano Ati, H. A. (2025). La diabetes mellitus tipo 2 y su relación con la obesidad. *Revista Finlay*, 15(1).

<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1428/2492>

Eastwood, Sophie V. et al. (2023). Ethnic differences in hypertension management, medication use and blood pressure control in UK primary care, 2006–2019: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health – Europe*, Volume 25, 100557.

Fabela-Mendoza, K., Mendoza-Romo, M. A., Barbosa-Rojas, J. B., Salazar-Ramírez, P., Zamora-Cruz, A., Coronado-Juárez, C. G., & Almanza-Mendoza, S. (2024). Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según esquema de tratamiento. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 11(1), 9–16. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmmf/v11n1/2696-1296-rmmf-11-1-9.pdf>

Fernández Covarrubias, M. M. F., Valdés, R. E. S., & Ortega, F. J. G. (2025). Determinantes de Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Tipo 2 Identificados en Centros de Atención Primaria de la Ciudad de Veracruz. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 7013-7029.

Filippini T, Naska A, Kasdagli MI, Torres D, Lopes C, Carvalho C, Moreira P, Malavolti M, Orsini N, Whelton PK, Vinceti M. (2020) Potassium Intake and Blood Pressure: A Dose-Response Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Heart Assoc.* 2020 Jun 16;9(12):

e015719. Doi: 10.1161/JAHA.119.015719. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32500831; PMCID: PMC7429027.

Formagini, T., et al. (2023). Prevalencia y concientización sobre la prediabetes por raza, etnia y nivel educativo entre los adultos de EE. UU. *Frontiers in Public Health*, 11, 1277657.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1277657>

García Soidán, F. J., & Riveiro Villanueva, J. (2025). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*, 57, 103143. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-download-S0212656724002853>

Gaya PV, Fonseca GWP, Tanji LT, Abe TO, Alves MJNN, de Lima Santos PCJ, Consolim Colombo FM, Scholz JR. (2024) Smoking cessation decreases arterial blood pressure in hypertensive smokers: A subgroup analysis of the randomized controlled trial GENTSMOKING. *Tob Induc Dis*. 2024 May 16;22. Doi: 10.18332/tid/186853. PMID: 38756738; PMCID: PMC11097650.

Gómez Martín, C. (2024). Monitoreo continuo de glucosa en diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 58(3 Sup), [Artículo 1112].
<https://www.revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/1112>

Gómez Olea, A. G., & Vargas Aragón, R. (2024). Prevalencia de Terapia con Estatinas de Alta Intensidad en Riesgo Cardiovascular Alto en Primer Nivel de Atención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(5), 9897-9918.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14366

González Monroy, C., López Núñez, C., Ruiz Aranda, D., & Navas Campaña, D. (2021). Deshabituación tabáquica para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2): una revisión bibliográfica de programas de tratamiento actuales y retos futuros. Universidad Loyola Andalucía. <https://www.researchgate.net/publication/350975976>

- Grupo de Expertos del Foro Internacional de Medicina Interna. (2025). Consenso 2025 en diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Sociedad de Medicina Interna de México. https://www.dof.gob.mx/2025/CSG/PRONAM_Hipertension_Arterial_Sistematica.pdf
- Guamán-Montero, N. A., Mesa-Cano, I. C., Peña-Cordero, S. J., & Ramírez Coronel, A. A. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 290-297.
- Hamala, P., Wierzbowska-Drabik, K. (2023). Efecto del alcohol sobre el corazón y el sistema cardiovascular: hipertrofia, remodelamiento y disminución del strain. *Revista Argentina de Cardiología*, 91(1), febrero.
- Haynes RB. (1979). *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
- Hernández-Aguilar, M. T., et al. (2020). Prevalencia de dislipidemias, diagnóstico previo, tratamiento y control: Resultados de la ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 62(2), 137–146. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10247>
- Hernández-Villafuerte, K., Müller, M., & Ostwald, D. (2024). Carga socioeconómica de las principales enfermedades en ocho países de América Latina. WifOR Institute. <https://afidro.org/wp-content/uploads/2024/07/Informe-Carga-Socioeconomica-de-la-Enfermedad.pdf>
- Herrera, Cristian A., Jeremy Veillard, Nicole Feune de Colombi, Sven Neelsen, Geoff Anderson y Katherine Ward. 2022. *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19*. 2022. Washington DC: Banco Mundial. Licencia Atribución: Creative Commons CC BY 4.0
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2025). *Global Burden of Disease 2023: Findings from the GBD 2023 Study*. https://www.healthdata.org/sites/default/files/2025-11/GBD_2023_Booklet_Final_2025.10.17_ESES.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). Cuentas Satélite de Salud: Gasto de bolsillo en salud en Ecuador 2007–2023 (Boletín Técnico No. 01-2024-CSS). INEC.

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025, septiembre). Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2024: Estadísticas vitales. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2024/Principales_resultados_EDG_2024.pdf

International Diabetes Federation. (2024). 11th Edition. IDF Diabetes Atlas. Brussels, Belgium:

International Diabetes Federation. <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>

Jenei, K., & Wirtz, V. J. (2024). Medición del acceso a medicamentos esenciales en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios, 28(1).

https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/feb202502/03_me/

Kirkpatrick CF, Sikand G, Petersen KS, Anderson CAM, Aspary KE, Bolick JP, Kris-Etherton PM, Maki KC (2023). Intervenciones nutricionales para adultos con dislipidemia: una perspectiva clínica de la Asociación Nacional de Lípidos. J Clin Lipidol. 2023 jul-ago; 17 (4):428-451.

Kú Hernández, Karent Fiorella, & Campos Velásquez, William Jesús. (2025). CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. Aula Virtual, 6(13), e513. Epub 15 de septiembre de 2025. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16934244>

Lalvay, D., Castañeda, A., Cobos, D. (2022). Medicación antihipertensiva y sus reacciones adversas en la cavidad oral. Una revisión integrativa. Research, Society and Development, 11(10), 1-12. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/32624/27686/367277>

Ledford, Ana, "Sistemas de salud público y privado en El Salvador" (2025). World Languages and Cultures Senior Capstones. 25. https://kb.gcsu.edu/wlc_capstone/25

Lee, J. S., Segura Escano, R., Therrien, N. L., Kumar, A., Bhatt, A., Pollack, L. M., ... & Luo, F.

(2024). Antihypertensive medication adherence and medical costs, health care use, and labor productivity among people with hypertension. *Journal of the American Heart Association*, 13(21), e037357.

LEY ORGÁNICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Suplemento del Registro Oficial No. 484, 9 de mayo 2019. Disponible en:

https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf

Leyva Hipolito, J. A. Prevalencia del uso de metformina según recetas atendidas en el servicio de farmacia del centro de salud Miraflores Alto, Chimbote. Septiembre-noviembre 2020.

Lojano Altamirano, D. A., Álvarez Ochoa, R., Garcés-Ortega, J. P., Cordero Cordero, G. (2024).

Índice de masa corporal e hipertensión arterial en adultos. *RevInvCon*, 2(1).

<https://doi.org/10.58995/redlic.ic.v2.n1.a57>

Lozano Keymolen, D., Gaxiola Robles, S. C. (2021). Factores de riesgo cardiovascular y condiciones socioeconómicas en México (2000–2018). *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2), 63–84.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v18n2/1659-0201-psm-18-02-63.pdf>

Lu Y, Zhang H, Lu J, et al. Prevalence of Dyslipidemia and Availability of Lipid-Lowering

Medications Among Primary Health Care Settings in China. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):

e2127573. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.27573

Lucana Meza, F. B. (2023). Factores asociados a la adherencia farmacológica en pacientes con dislipidemia atendidos en CS La Angostura, agosto-septiembre. Disponible en:

<https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8bed628f-695f-46dd-8915-d8ea901c0381/content>

- Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C., Casula, M., Badimon, L., Chapman, M. J., Backer, G. G., Delgado, V., Ference, B. A., Graham, I. M., Halliday, A., Landmesser, U., Mihaylova, B., Pedersen, T. R., Riccardi, G., Richter, D. J., Sabatine, M. S., Taskinen, M. R., . . . Wiklund, O. (2020). Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Revista Española de Cardiología, 73(5), 403.e1-403.e70. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2019.10.031>
- Maheshwari, V. y Basu, S. (2024). Adherencia a la medicación para el colesterol y sus determinantes en adultos mayores que viven en la comunidad en India: Evidencia del Estudio Longitudinal del Envejecimiento en India (2017-2018). *Population Medicine*, 6 (julio), 19. <https://doi.org/10.18332/popmed/190246>
- Maldonado Cárdenas, B. S. (2024). Análisis sobre el desabastecimiento de medicamentos esenciales en el Ecuador [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/27586>
- Martínez Oca, M., & Mota Martí, P. (2025). Beneficios de la actividad física en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2: un enfoque integral. *Ocronos: Revista Médico-Científica*, 8(2). <https://revistamedica.com/beneficios-actividad-fisica-manejo-diabetes-mellitus-2/>
- Martínez-Santander, A., et al. (2021). Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en América Latina. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 2190–2216. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i4.2219>
- McKeever RG, Patel P, Hamilton RJ. Bloqueadores de los canales de calcio. [Actualizado el 22 de febrero de 2024]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482473/>
- Medina Aguilar, A. E. (2020). Factores relacionados a la baja adherencia al tratamiento hipolipemiante en pacientes con dislipidemia. Disponible en:

<https://repositorio.upao.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/29c9229e-3a4b-4b0b-8864-cb63b80e252b/content>

Mendoza Reyes, Robertha. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética*, 32(4), 897-945. Epub 14 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>

Mérida, D. M. (2025). Eficacia de los medicamentos utilizados para la diabetes tipo 2: interacciones entre la edad y el sexo. *AFTV*, 23(2), 5. Fundación Teófilo Hernando.

<https://www.socesfar.es/wp-content/uploads/2025/07/AFTV23N2-05-Estadistica-y-Farmacoepidemiologia.pdf>

Miguel Soca, Pedro Enrique. (2009). Dislipidemias. *ACIMED*, 20(6), 265-273.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2024). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) – Actualización 2024. <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2025-04/Guia%20practica-clinica-nacional-ha-2024.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-STEPES 2018. Quito, Ecuador: MSP. <https://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut-steps-2018/>

Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Organización Panamericana de la Salud. (2020). Encuesta STEPS Ecuador 2018: Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. MSP. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPES.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2022). Plan Decenal de Salud 2022-2031. Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Quito. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.8.OK_.pdf

- Ministerio de Salud Pública (2023). “Política Nacional para la Atención Integral de Enfermedades no Transmisibles 2023-2027”. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). “Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud 2024-2034”. Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Mohamed-Yassin MS, Baharudin N, Abdul-Razak S, Ramli AS, Lai NM. (2021) Prevalencia mundial de dislipidemia en poblaciones adultas: protocolo de revisión sistemática. *BMJ Open*. 3 de diciembre de 2021; 11 (12): e049662.
- Morales-Garzón S, Vasconez J, Delgado JP, Barrera-Guarderas F, Chilet-Rosell E, Puig-García M, et al. (2025) The burden of non-communicable disease risk factors in a low-income population: Findings from a cross-sectional study highlighting the prevalence of obesity, hypertension, and metabolic disorders in the south of Quito, Ecuador. *PLoS One* 20(9): e0332159. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0332159>
- Moreira Cevallos, W. J., Cedeño Vélez, M. A. (2022). Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: un estudio de la situación actual. Universidad Estatal del Sur de Manabí. <https://www.researchgate.net/publication/367123292>.
- Musso, C. (Coord.), Commendatore, V., de Dios, A., Elbert, A., Faingold, M. C., Frechtel, G., Fuente, G., Gorban de Lapertosa, S., Litwak, L., Rodríguez, M., Rovira, G., Salzberg, S., Sanabria, H., Sinay, I., Yuma, M., & Morejón, A. (Comp.). (2025). Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 59(1), 29–66. ISSN 0325-5247 (impresa), ISSN 2346-9420 (en línea).

- Nair, S. (2024). The impact of alcohol consumption on diabetes management and outcomes: A comprehensive analysis. *Journal of Diabetes & Metabolism*, 15(12), 1195.
<https://www.iomcworld.com/open-access/the-impact-of-alcohol-consumption-on-diabetes-management-and-outcomes-a-comprehensive-analysis.pdf>
- Nieto Poveda, E. C., & Parra Olarte, C. F. (2021). Características sociodemográficas y adherencia farmacológica en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes. *REDIIS / Revista De Investigación E Innovación En Salud*, 4(4), 10–25. <https://doi.org/10.23850/rediis.v4i4.3324>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2024). Estudio analítico sobre los principales problemas para garantizar el acceso a los medicamentos, las vacunas y otros productos para la salud en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental (A/HRC/56/28).
https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202402/15_ah/
- Oo MMS, Jayawardana S, Campbell A, Aitken M, Patel KV, Nasir K, et al. (2025) Trends in global glucose lowering medication consumption: Insights from pharmaceutical sales data (2010–2021). *PLOS Glob Public Health* 5(10): e0005326. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0005326>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. <https://www.paho.org/sites/default/files/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Eng-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Equitable access to essential medicines: A framework for collective action. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3b141a96-0289-433c-ad79-f6b8adbcefaa/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Enfermedades no transmisibles: Datos y cifras.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- Organización Mundial de la Salud. (2025). Informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en la salud. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Cobertura universal de salud. World Health Organization. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Síntesis de evidencia y recomendaciones: Directrices para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, e172. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.172>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: Informe de progreso. 60.º Consejo Directivo, 75.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/cd60-inf-10-d-s-acceso-cobertura-salud-universal.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles disponibles en el Fondo Estratégico de la OPS: Actualización abril 2024. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55093/OPSNMHHM210033_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). Mensajes clave sobre ENT en las Américas. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/key-messages-ncds-4th-unhlm-spa.pdf>
- Osorio, S. M., Osorio, L. L., González, M. J. M., Hernández, C. G., & Cisneros, Á. Y. (2021). Consumo de medicamentos por pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Correo Científico Médico, 25(4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113156>
- Padilla V, Morales J. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818 Vol. 6, núm. 4, Noviembre Especial 2020, pp. 68-80

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8385958>

Pappan N, Awosika A O, Rehman A. Dislipidemia. [Actualizado el 4 de marzo de 2024]. En:

StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560891/>

Pavón-León Patricia, Reyes-Morales Hortensia, Martínez Armando J., Méndez-Maín Silvia María, Gogeochea-Trejo María del Carmen, L. Blázquez-Morales María Sobeida. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*. Volume 31, Issue 4, 2017, Pages 286-291, ISSN 0213-9111.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>.

Peña-Baque, K. N., & Pincay Benavides, J. E. (2024). Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento integral de pacientes con Diabetes.

Peña-Silva, R. A., Reyes-González, J. S. (2024). Siguiendo la ruta trazada por la Organización Mundial de la Salud: innovación para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Biomédica*, 44(supl.1). <https://doi.org/10.7705/biomedica.7603>

Pin Pin, Á. L., León Baque, M. J., Toala León, Y. A. (2023). Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en adultos de Latinoamérica [Tesis de grado, Universidad Estatal del Sur de Manabí]. Repositorio UNESUM. <https://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/4920>

Puig-García, M., López-Herraiz, C., Caicedo-Montaña, C., Rivadeneira, M. F., Vásquez-Donoso, J., Montalvo-Villacis, G., ... & CEAD group Torres Castillo Ana Lucía Peralta Andrés Chilet-Rosell Elisa Barrera Guarderas Francisco Pinto Delgado Jessica Hernández María Marquez-Figueroa Mónica Morales-Garzón Sergio. (2024). Prevalence and factors associated with the use of traditional medicine in individuals with hypercholesterolemia, hyperglycaemia, and arterial hypertension in Ecuador: results from a population-based study in two health districts. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(1), 363.

- Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 1993, 72:68D-74D.
- Reed, Z. E., Sallis, H. M., Richmond, R. C., Attwood, A. S., Lawlor, D. A., Munafò, M. R. (2025). Investigating whether smoking and alcohol behaviours influence risk of type 2 diabetes using a Mendelian randomization study. *Scientific Reports*, 15, Article 90437.
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-90437-x>
- Reyes M. Geovanna Marianela (2022). Plan de promoción de salud para disminuir los factores de riesgo de dislipidemia en adultos mayores, atendidos en el dispensario San Antonio de Alao, diciembre 2021- febrero 2022 [Tesis de grado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo]. Repositorio D Space ESPOCH.
<https://dspace.esPOCH.edu.ec:8080/server/api/core/bitstreams/5e0a489c-1ac8-40d7-8721-23b0a107ac6a/content>
- Rivadeneira, J., Fuenmayor-González, L., Jácome-García, M., Flores-Lastra, N., Delgado, H., & Otzen, T. (2025). *Impact of COVID-19 on the prevalence of dyslipidemia in Ecuador: A cross-sectional study between 2017 and 2022. Atención Primaria*, 57(4).
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103007>
- Robinson Cedeño, N. R. (2024). Enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con los determinantes socioculturales de la salud en adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. Santa Elena. Universidad Estatal Península de Santa Elena.
<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/12301>
- Rodas Pérez, J. A., Llerena Vicuña, E. V. (2022). La obesidad como factor de riesgo asociado a diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(3), 296-322.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2216

- Rodríguez Camelo, L., Acosta Atencia, N., Durán Pérez, J. C., Sánchez Roca, D., Farah Carrillo, N. M. (2024). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes hipertensos ambulatorios en una institución prestadora de salud. *Acta Médica Colombiana*, 49(2). <https://doi.org/10.36104/amc.2024.2746>
- Rosario, P. (2025). Impacto de la dieta dash en la prevención y manejo de la hipertensión arterial (Tesis de maestría). Universidad de las Américas, Quito.
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/17724>
- Rothberg, A., Lean, M., Laferrère, B., Kishore, V. V., Casado, C., Guillen-Morote, C., et al. (2024). Remission of type 2 diabetes: always more questions, but enough answers for action. *Diabetología*, 67(4), 602–610. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-023-06069-1>
- Saavedra A, Rodrigues E, Carvalho D. (2020). Dislipidemia secundaria a hipotiroidismo y colestasis. *Puerto Acta Med.* 2 de marzo de 2020; 33 (3): 204-207.
- Santas Olmeda, E., Segovia Portolés, R., Montalar Mendoza, Z., Pascual Izuel, J. M., Rodilla Sala, E. (2024, octubre). Incidencia y predictores de diabetes tipo 2 en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*. Congreso SEC 2024.
<https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2024-el-congreso-de-la-salud-cardio-169-sesion-6109-tratamiento-farmacologico-dislipemi-8025-comunicacion-incidencia-y-predictores-de-diabetes-tip-98136>
- Serrano, J. E., Méndez-Esteban, M. I., García-Bonilla, A., Márquez-Ferrando, M., Casto-Jarillo, C., Pérez, E. B., ... & Michán-Doña, A. (2019). Prevalencia de diabetes, utilización de antidiabéticos y grado de control glucémico en la provincia de Cádiz (2014-2016): un estudio de base poblacional. *Revista Clínica Española*, 219(4), 177-183.
- Sierra Rojas, R. M. (2024). FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUECHUA HABLANTES SEGÚN ENDES 2018-2022. TESIS.

<https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/eb79f622-8a04-4c40-8622-cc2a57b81f51/content>

Sociedad Europea de Cardiología (ESC), European Society of Endocrinology (ESE), European Stroke Organisation (ESO). (2024). Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión (Traducción: Sociedad Española de Cardiología).

https://secardiologia.es/images/2024/Gu%C3%ADas/GPC_ESC_2024_PA_elevada_e_hipertension.pdf

Tokgozoglu L, Kayikcioglu M. Hipercolesterolemia familiar: carga mundial y enfoques. *Curr Cardiol Rep.* 4 de septiembre de 2021; 23 (10):151.

Toloza, Yarilsa & Castillo, Steisi & Martínez, Aylin & Caballero, Edgardo. (2024). Adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Hogar San Lucas: Una perspectiva desde los cuidadores. *Adherence of patients with chronic noncommunicable diseases to treatment, from the perspective of caregivers of the San Lucas Home. Lumini-Science: Journal of Health Sciences.* 1. 47-70. 10.35997/lumini-science.v1i1.5.

Trujillo Gutiérrez, R. (2022). Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con dislipidemia del servicio de consulta externa del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. Lima 2022. Universidad Norbert Wiener. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.13053/8906>

Urtasun y col. Estimación de prevalencia de uso de medicamentos antihipertensivos en el programa de atención médico integral para adultos mayores de Argentina. *Rev Argent Salud Pública,* 2020; 11(42): 32-39.

Valverde Polo, A. P. (2024). Síndrome de Ovario Poliquístico asociado a Diabetes Mellitus Tipo II [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV.

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/155795>

- Van den Heuvel SG, et al. (2010). Productivity loss at work; health-related and work-related factors. *J Occup Rehabil.* 2010;20(3):331–9.
- Van Duijvenboden et al., 2023. Integration of genetic fine-mapping and multi-omics data reveals candidate effector genes for hypertension. *The American Journal of Human Genetics* 110, 1718–1734 October 5, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2023.08.009>
- Vargas, M. P., Rodríguez, M. C., Salgado, C. M., Casallas, A. L., Vergel, J., & Laverde, D. M. (2023). Educación para la salud en enfermedades crónicas no transmisibles: una revisión sistemática. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 20(1).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8984677>
- Varleta, Paola, Akel, Carlos, Acevedo, Mónica, Salinas, Claudia, Pino, Javier, Opazo, Viviana, García, Ana, Echevoyen, Carolina, Rodríguez, Daniel, Gramusset, Lisette, León, Sandra, Cofré, Pedro, Hernández, Hilda, Neira, Patricia, Retamal, Raquel, Petit, Gloria, & Moya, Natalia. (2015). Assessment of adherence to antihypertensive therapy. *Revista médica de Chile*, 143(5), 569-576. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000500003>
- Vega Jiménez, J., Vega Candelario, R., González González, L. (2024). Hábitos alimentarios y riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en individuos con diagnóstico de obesidad. *Revista Medicina Familiar SS*. <https://medicinafamiliarss.sld.cu/index.php/mfss/2024/paper/viewFile/11/12>
- Villarreal Ríos, E., Rangel Luna, M., González Camacho, M., Galicia Rodríguez, L., Vargas Daza, E. R., & Escorcía Reyes, V. (2023). Antecedente de diabetes en los padres: factor de riesgo para diabetes en al menos uno de los hijos de la familia. *Archivos de Medicina Familiar*, 25(3).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf233c.pdf>
- Villarreal-Ríos, E., Camacho-Álvarez, A., Galicia-Rodríguez, L., Escorcía Reyes, V., Vargas-Daza, R., Martínez-González, L. (2020). Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padre-madre) como factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 0.

- Vuong TD, Wei F, Beverly CJ. (2015). Absenteeism due to functional limitations caused by seven common chronic diseases in US workers. *J Occup Environ medicine/American Coll Occup Environ Med.* 2015;57(7):779
- Wang Y, Xu D (2017). Efectos del ejercicio aeróbico sobre los lípidos y las lipoproteínas. *Lipids Health Dis.* 5 de julio de 2017; 16 (1):132.
- World Health Organization. (2025). Global report on hypertension 2025. High stakes – turning evidence into action. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93b8e571-00a2-4de3-bb34-30f99b384816/content>
- Zavala-Hoppe, A. N., Zambrano-Flores, T. E., Vivar-Medina, L. H., Fuentes-Parrales, J. E. (2024). Epidemiología y factores de riesgo de la hipertensión arterial en los países de Latinoamérica y Europa. Universidad Estatal del Sur de Manabí.
<https://www.researchgate.net/publication/378086875>

Anexos

Anexo 1

Asociación entre consumo de medicación antihipertensiva en pacientes informados de hipertensión arterial (n=166), según características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Consumo medicación		RP (IC 95%)	Valor p (*)
	No Frecuencia y porcentaje	Si Frecuencia y porcentaje		
Sexo				
Mujer	51 (44,7)	63 (55,3)	0,83 (0,52-1,33)	0,45
Hombre	28 (53,8)	24 (46,2)		Referencia
Edad				
Adultos (18 -64 años)	61 (57,5)	45 (42,5)	0,60 (0,39-0,92)	0,02
Adultos mayores (65 años o más)	18 (30,0)	42 (70,0)		Referencia
Etnia				
Mestizo	69 (47,3)	77 (52,7)	0,94 (0,49-1,83)	Referencia
Otros grupos étnicos	10 (50,0)	10 (50,0)		0,87
Situación de pareja				
Con pareja	58 (53,7)	50 (46,3)	1,37 (0,90-2,10)	Referencia
Sin pareja	21 (36,2)	37 (63,8)		0,14
Escolaridad				
Educación básica	31 (43,7)	40 (56,3)	0,87 (0,57-1,33)	Referencia
Bachiller/Superior	48 (50,5)	47 (49,5)		0,55
Ocupación				

Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	51 (51,0)	49 (49,0)	0,85 (0,55- 1,30)	0,46
Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	28 (42,4)	38 (57,6)		Referencia
Ingresos económicos familiares				
Menor o igual a 392,6 USD	42 (43,3)	55 (56,7)		Referencia
Mayor a 392,6 USD	37 (53,6)	32 (46,4)	0,81 (0,52- 1,26)	0,36
(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson				

Anexo 2

Asociación entre consumo de medicación hipoglicemiante en pacientes informados de Diabetes Mellitus 2 (n=116) según características sociodemográficas

Características Sociodemográficas	No Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	Sí Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	RP (IC 95%)	Valor p (*)
Sexo				
Mujer	37 (48,7)	39 (51,3)		Referencia
Hombre	21 (52,5)	19 (47,5)	0,92 (0,53-1,60)	0,78
Edad				
Adultos (18 -64 años)	46 (57,5)	34 (42,5)	0,63 (0,37-1,07)	0,09
Adultos mayores (65 años o más)	12 (33,3)	24 (66,7)		Referencia
Etnia				
Mestizo	51 (48,1)	55 (51,9)		Referencia
Otros grupos étnicos	5 (62,5)	3 (37,5)	0,72 (0,22-2,31)	0,58
Situación de pareja				
Con pareja	40 (55,6)	32 (44,4)		Referencia
Sin pareja	18 (40,9)	26 (59,1)	1,33 (0,79-2,23)	0,28
Escolaridad				
Educación básica	14 (32,6)	29 (67,4)		Referencia
Bachiller/Superior	44 (60,3)	29 (39,7)	0,59 (0,35-0,98)	0,04
Ocupación				

Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	41 (54,7)	34 (45,3)	0,77 (0,46- 1,30)	0,34
Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	17 (41,5)	24 (58,5)		Referencia
Ingresos económicos familiares				
Menor o igual a 392,6 USD	25 (41,7)	35 (58,3)		Referencia
Mayor a 392,6 USD	33 (58,9)	23 (41,1)	0,70 (0,41- 1,19)	0,19

(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson

Anexo 3

Asociación entre consumo de medicación hipolipemiante en pacientes informados de Dislipidemia(n=212), según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	No Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	Sí Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	RP (IC 95%)	Valor p (*)
Sexo				
Mujer	107 (75,9)	34 (24,1)		Referencia
Hombre	58 (81,7)	13 (18,3)	0,75 (0,40-1,43)	0,40
Edad				
Adultos (18 -64 años)	128 (82,6)	27 (17,4)	0,49 (0,27-0,88)	0,01
Adultos mayores (65 años o más)	37 (64,9)	20 (35,1)		Referencia
Etnia				
Mestizo	149 (77,6)	43 (22,4)		Referencia
Otros grupos étnicos	15 (83,3)	3 (16,7)	0,74 (0,23-2,39)	0,62
Situación de pareja				
Con pareja	104 (80,6)	25 (19,4)		Referencia
Sin pareja	61 (73,5)	22 (26,5)	1,36 (0,77-2,42)	0,28
Escolaridad				
Educación básica	41 (69,5)	18 (30,5)		Referencia
Bachiller/Superior	124 (81,0)	29 (19,0)	0,62 (0,34-1,11)	0,11
Ocupación				
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	116 (77,9)	33 (22,1)	0,99 (0,53-1,86)	0,99

Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	49 (77,8)	14 (22,2)		Referencia
Ingresos económicos familiares				
Menor o igual a 392,6 USD	79 (76,0)	25 (24,0)		Referencia
Mayor a 392,6 USD	86 (79,6)	22 (20,4)	0,84 (0,47- 1,50)	0,57
(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson				

Anexo 4

Asociación entre consumo de medicación de pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (n=326), según características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	No Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	Sí Consumo medicación Frecuencia y porcentaje	RP (IC 95%)	Valor p (*)
Sexo				
Mujer	119 (55,3)	96 (44,7)		Referencia
Hombre	67 (60,4)	44 (39,6)	0,88 (0,62-1,26)	0,51
Edad				
Adultos (18 -64 años)	149 (61,6)	93 (38,4)	0,68 (0,48-0,97)	0,04
Adultos mayores (65 años o más)	37 (44,0)	47 (56,0)		Referencia
Etnia				
Mestizo	169 (57,9) 16 (51,6)	123 (42,1) 15 (48,4)	1,14 (0,67-1,96)	Referencia 0,61
Otros grupos étnicos				
Situación de pareja				
Con pareja	110 (55,0) 76 (60,3)	90 (45,0) 50 (39,7)	0,88 (0,62-1,24)	Referencia 0,48
Sin pareja				
Escolaridad				
Educación básica	54 (48,6) 132 (61,4)	57 (51,4) 83 (38,6)	0,75 (0,53-1,05)	Referencia 0,09
Bachiller/Superior				
Ocupación				
Ocupación con remuneración (Empleado público o privado, trabajador independiente, jubilado)	134 (61,5)	84 (38,5)	0,74 (0,53-1,04)	0,09

Ocupación sin remuneración (Desempleados, estudiantes, amas de casa)	52 (48,1)	56 (51,9)		Referencia
Ingresos económicos familiares				
Menor o igual a 392,6 USD	85 (51,2)	81 (48,8)		Referencia
Mayor a 392,6 USD	101 (63,1)	59 (36,9)	0,76 (0,54- 1,05)	0,10
(*) Valor de p obtenido a partir de Chi 2 de Pearson				