

Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes con presión arterial alta: miradas desde el proceso salud-enfermedad-atención

SP.20: Problemas, debates y desafíos actuales en el campo de la antropología de la salud latinoamericana

Ponentes

| Nombre | Pertenencia Institucional |
|-------------------|----------------------------------|
| Jorge Sotelo Daza | Universidad del Valle |

La hipertensión arterial (HTA) es una condición mórbida, definida como la elevación persistente de la fuerza o presión con la que la sangre fluye por las arterias, siendo uno de los principales problemas de salud pública por la carga de morbilidad y mortalidad global que genera, siendo responsable de alrededor de 10 millones de muertes y 200 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad ⁽¹⁾. Se considera como la principal causa de muerte prematura afectando a 1.130 millones de personas, de los cuales, dos tercios pertenecen a países de bajos y medianos ingresos ⁽²⁾. En Colombia se ha estimado una prevalencia de prehipertensión e HTA del 62% en adultos ⁽³⁾; evidenciando en el estudio CARMELA que, en edades tempranas es más prevalente en hombres; sin embargo, cuando aumenta la edad se invierte esta tasa siendo más prevalente en mujeres ⁽⁴⁾. Un estudio que siguió a 33 mil personas durante 40 años, demostró que las mujeres tenían una elevación más pronunciada de la presión arter... ⁽⁵⁾, experimentando un aumento del 25% en el riesgo de enfermedad cardiovascular y los hombres un 15%.

Un riesgo para HTA es el proceso de migración interna por el desplazamiento forzado, definido como “personas o grupos de personas obligadas a huir o abandonar sus hogares o sus lugares habituales de residencia, en particular como resultado de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada o violación de los derechos humanos” ⁽⁶⁾. Este acontecimiento fractura las dimensiones de bienestar desde lo material y los derechos fundamentales. Este factor está asociado con aumento del estrés y riesgo de enfermedad cardiovascular ⁽⁷⁾ debido al cambio cultural, inclusive con un efecto mayor que los ajustes en los modos de alimentación o actividad física ⁽⁸⁾.

Uno de los elementos clave para lograr el control de la enfermedad hace alusión al reconocimiento de los itinerarios terapéuticos (IT), trayectorias que construyen las personas en búsqueda de su salud, superando la relación médico-paciente, vinculando aspectos intersubjetivos e interacciones entre los sujetos, la comunidad y el sistema sanitario ⁽⁹⁾. Los IT son prácticas de cuidado individual de contenido sociocultural que incluyen la elección de prácticas desde diversas concepciones de enfermedad según el contexto social, circunstancias,

recursos disponibles, experiencias, intereses y conflictos (10). Estos IT poco se reconocen y asumen en los sistemas de salud en la actualidad.

En los IT la mayor parte de las personas acuden a diferentes estrategias para recuperar su salud. Abordar los contextos socioculturales donde se movilizan esas estrategias, permite analizar las dinámicas de los diferentes actores que participan en el proceso salud/enfermedad/atención y las relaciones que se dan entre ellos. Este proceso corresponde a un universal que opera en todos los conjuntos sociales que integran la sociedad donde la enfermedad y los padecimientos forman parte de la acción social (11) y cultural que involucra aspectos del orden político y económico con los cuales se explica la manera en que se relacionan las prácticas de cuidado, el comportamiento y hábitos de vida. De esta manera, la enfermedad se define por creencias y valores acerca del cuidado de la salud y se encuentran circunscrita a configuraciones culturales donde se reproduce (12).

El objetivo del estudio fue comprender cómo las mujeres migrantes con hipertensión arterial configuran sus itinerarios terapéuticos en la búsqueda de atención en salud desde el proceso salud-enfermedad-atención en Popayán Colombia.

MATERIALES Y MÉTODO

La investigación asumió un diseño cualitativo con enfoque de teoría fundamentada (TF), la cual permite identificar relaciones entre diversas categorías que emergen de los relatos de las participantes. Este método posibilita interpretar fenómenos complejos como los del campo de la salud, analizando experiencias socialmente construidas como la enfermedad, el acceso, el uso de servicios y la adherencia terapéutica (13). La TF recopila datos de manera sistemática y los analiza buscando continuamente la relación que existe entre ellos; asume un enfoque histórico hermenéutico que busca interpretar y comprender las motivaciones de las personas producto del accionar cotidiano, abordaje que facilita los análisis de hechos socio-históricos para comprender la realidad.

Se basa en el interaccionismo simbólico donde las personas asumen un comportamiento desde los significados movilizados a partir de las experiencias cotidianas ⁽¹⁴⁾, y el investigador intenta definir esos significados en las maneras de relacionarse con el contexto, acercándose a lo que las personas ven como la realidad social. El proceso de la TF en esta investigación se abordó hasta la identificación de relaciones entre categorías emergentes, sin llegar a postular teoría ⁽¹⁵⁾.

La investigación se realizó entre octubre de 2021 y junio de 2022 en Popayán Colombia. Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas y dos grupos focales, uno para la generación de datos y otro para la validación de los hallazgos. Se realizó un muestreo teórico de manera intencionada con el cual se recolectaron, analizaron y categorizaron datos empíricos seleccionando mujeres migrantes internas procedentes de municipios del Departamento del Cauca con diagnóstico de HTA, a fin de ser entrevistadas hasta alcanzar la saturación teórica y la abstracción de categorías emergentes ⁽¹⁵⁾. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta: ser mujer migrante interna por desplazamiento forzado, tener la mayoría de edad, haber sido diagnosticada con HTA y haber residido por más de un año en Popayán; como criterio de exclusión: no padecer enfermedades cognitivas o mentales. Todas las participantes del estudio firmaron un consentimiento informado en el que se explicó detalladamente de manera verbal y por escrito el propósito y sus derechos en la investigación. Para la custodia de la información y su confidencialidad se tuvo en cuenta lo definido en la Declaración de Helsinki ⁽¹⁶⁾. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Cauca, según acta No. 6.1-1.25/77 de junio de 2021. Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron grabados, transcritos en Microsoft Word®, copiados a Microsoft Excel® y analizados en Atlas Ti® versión 8.1, siempre conservando el anonimato.

En el análisis se asumió el proceso de codificación y categorización a través de tres momentos iterativos: la codificación abierta, la codificación axial y la codificación sele... (17, 15). Mientras se recolectaba la información se fue realizando el microanálisis línea por línea de lo expresado por las participantes en cada una de las entrevistas, llevando a cabo la codificación abierta para captar la mayor cantidad de datos posibles. Los investigadores en simultánea y de manera independiente, codificaron los relatos de las mujeres con el sistema de

codificación abierta, luego conciliaron las categorías emanadas. De este ejercicio emergieron 1.135 códigos; fueron dispuestos en una matriz de Excel® y clasificados por temas. En este apartado se formularon preguntas teóricas para seleccionar conceptos y sus relaciones, examinando minuciosamente los datos y comparando en búsqueda de categorías y subcategorías relacionadas, vinculando datos coincidentes.

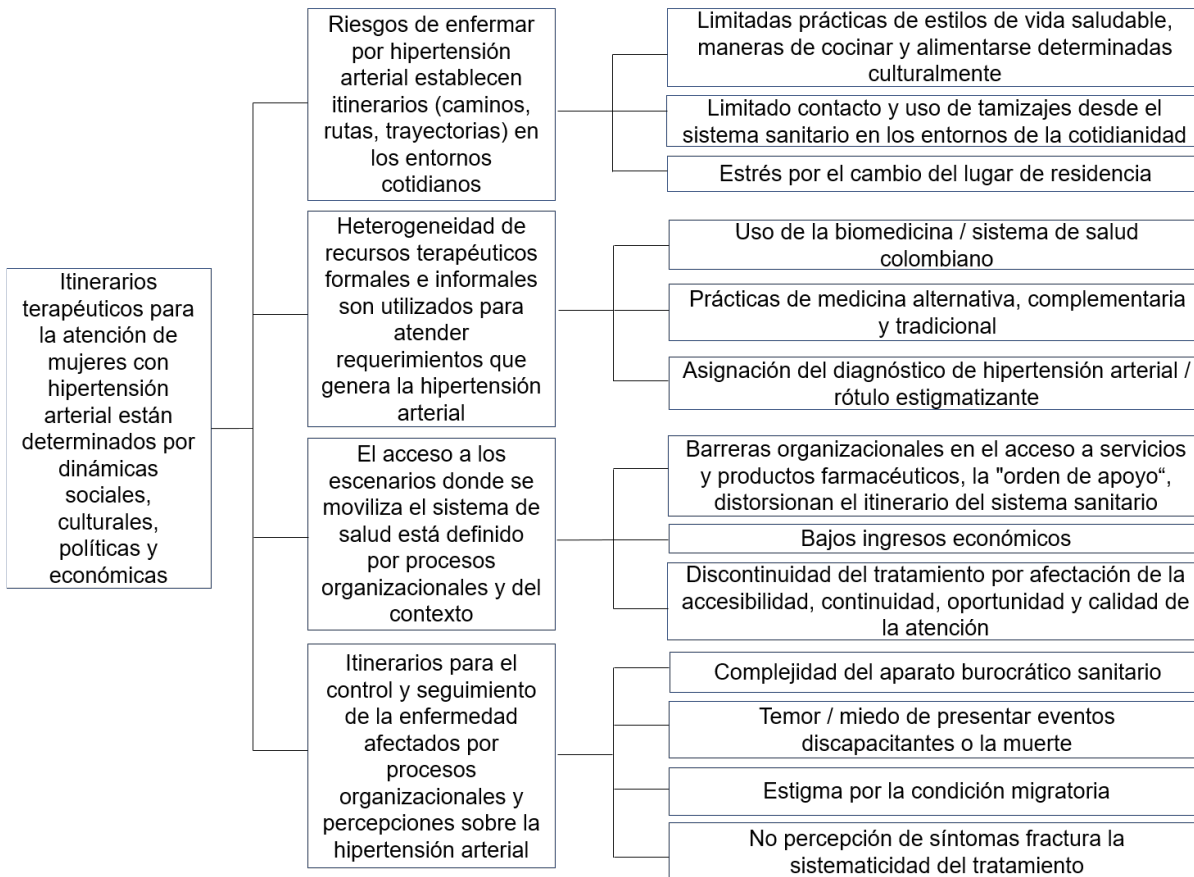
De acuerdo con la agrupación de los códigos, se construyeron categorías que fueron indicando una serie de prácticas, acontecimientos y situaciones que tenían similitud y se relacionaban de manera directa por su significado ⁽¹⁵⁾. A partir de este insumo, se procedió a realizar la categorización que consiste en la agrupación de los códigos para establecer unidades más complejas y relacionarlas entre los datos. De este modo, emergieron categorías que posibilitaron la explicación de las prácticas y relaciones que tenían las mujeres en su cotidianidad para atender sus necesidades de salud. Esta codificación denominada axial, relacionó categorías y subcategorías para lograr explicaciones precisas sobre el fenómeno, lo cual ocurrió alrededor del eje de las categorías, enlazándolas de acuerdo con sus dimensiones y propiedades. A continuación, se realizó una matriz paradigmática que contenía elementos emergentes que apoyaron la comprensión del fenómeno, luego se refinó la matriz paradigmática llevando a cabo el proceso de lectura y relectura analítica de datos y la comparación constante que condujo a la realización de la codificación selectiva, un proceso que integra y refina las categorías según la teoría y la realidad. De este ejercicio se obtuvo la categoría principal y las subcategorías relacionadas.

RESULTADOS

El proceso de análisis de la información para comprender los itinerarios terapéuticos de las mujeres en situación de migración con HTA, permitió interpretar que estas trayectorias, rutas o caminos, se determinan por la lógica del sistema sanitario y la influencia categórica de dinámicas sociales, culturales, políticas y económicas, definidas por el contexto donde habitan. Esta categoría principal está soportada por cuatro subcategorías

interrelacionadas: riesgos de enfermarse por HTA en los entornos cotidianos; heterogeneidad de recursos terapéuticos formales e informales para atender la enfermedad; procesos de acceso a los escenarios del sistema sanitario; y prácticas para el seguimiento y control (Figura 1).

Figura 1: Codificación selectiva: categoría principal y subcategorías interrelacionadas.



Fuente: elaboración de los autores.

Riesgos de enfermar en los entornos cotidianos

Las mujeres entrevistadas describen prácticas para limitar afecciones ocasionadas por la HTA en su contexto sociocultural: maneras de alimentarse basadas en una dieta generosa en frutas y verduras, limitada en grasas, azúcares y sal; restricción del consumo de alcohol y tabaco; y práctica de actividad física. A pesar de reconocer estos aspectos, la puesta en práctica es coartada debido a varios factores limitantes como la influencia de la cultura en las maneras de cocinar y alimentarse; el tipo de alimentos a los que pueden acceder según el costo y la disponibilidad. La actividad física no es una práctica cotidiana debido a la falta de tiempo, pocos escenarios deportivos y el costo de los gimnasios.

“[...] en mi casa sabemos qué es bueno para comer, pero de pronto no tenemos la plata para comprar pescados, pollos... por eso a uno le toca comprar lo que en la tienda hay... las frutas y las verduras son lo mejor, pero también están muy caras y a veces ahí se quedan, porque los niños y mi marido poco les gusta ... usted viera que batalladera para que se coman un plato de ensalada ...” (ITMM -0107).

Las mujeres describen que el sistema sanitario no está diseñado para tener contacto continuo con las personas en los barrios, en ese sentido, la toma de la presión arterial no se practica en estos escenarios. Relatan que su proceso de diagnóstico inició cuando empezaron a percibir síntomas; se tomaron la presión arterial en jornadas de salud o consultaron al hospital por otros motivos.

“[...] nooo, no, no! a uno nunca le vienen a tomar la presión a la casa. Eso sí, si uno no va allá al hospital, ni se da cuenta que es lo que le está pasando... Eso lo que deben hacer es tener doctores que vengan a las casas para

saber quién está enfermo...” (ITMM -0102).

Un aspecto que configura los itinerarios según las participantes, alude al cambio de residencia a causa del proceso migratorio que exige abandonar la familia, el trabajo, los amigos y el hogar, generando situaciones de tristeza, ansiedad y estrés al llegar a un territorio desconocido y percibido como agresivo, donde continuamente se lucha por sobrevivir.

Acceso a escenarios del sistema de salud

El contacto de las participantes con el sistema sanitario en la baja complejidad determina el inicio del proceso terapéutico. La denominación como enferma (paciente), establece trayectorias para mantener controlada la enfermedad. Llama la atención que la asignación del diagnóstico en la mujer opera como un rótulo estigmatizante, quien además de lidiar con su cotidianidad para proveer a su familia, debe invertir tiempo y recursos para mantener su salud.

“[...] cuando el médico me dijo que estaba enferma de la presión, uishhh Dios... me sentí como muy mal ... pensé en que me podría pasar algo grave ... eso de llegar a la casa y llegar como con una enfermedad es muy duro, pues uno debe empezar a ponerse más cuidado ...” (ITMM -0115).

En el IT del sistema de salud las mujeres describen diferentes barreras de acceso tanto a los servicios de consulta médica, así como para la entrega de productos farmacéuticos, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas. Estas restricciones están determinadas por ser migrante, limitada infraestructura hospitalaria, poca presencia de

equipos de salud en los territorios, largos tiempos de espera y procesos administrativos que imponen los actores del sistema. Llama la atención la solicitud de “órdenes de apoyo”, un documento exigido para la atención y entrega de medicamentos que puede afectar el acceso y restringir la continuidad del tratamiento. La poca capacidad económica de las mujeres limita el acceso al sistema de salud al tener que pagar transportes a los hospitales dispersos geográficamente e ir y regresar a instituciones debido a procesos administrativos exigidos por el sistema.

Heterogeneidad de recursos terapéuticos formales e informales

Un Itinerario una vez diagnosticada la mujer hace alusión al uso de hospitales de baja complejidad donde le proveen mensualmente medicamentos, exámenes paraclínicos e información en salud. Ahora bien, dependiendo del grado de afectación, los itinerarios se dirigen a hospitales de mediana o de alta complejidad, donde se debe tramitar diferentes procesos administrativos para la atención especializada.

No todas las mujeres con HTA utilizan el sistema oficial de salud. Algunas acuden al uso y consumo de plantas medicinales de la herbolaria local, valoración por agentes de salud tradicionales y la intersección divina de acuerdo con su religión. De acuerdo con la eficacia simbólica que le asignen las mujeres a las diferentes prácticas y recursos terapéuticos sean de la medicina oficial o tradicional, son recomendadas a otras mujeres.

“[...] uno decide de ir o no ir donde el médico, hoy día es mucho más difícil que antes, a uno le toca voltear muchísimo para que le den cita, pastillas y las consultas por los especialistas, entonces uno lo que hace mejor es tratarse con lo que haya, con lo que le alcance, para eso hay varias personas que lo ayudan ...” (ITMM - 0119).

Prácticas para el control y seguimiento

En el proceso de control y seguimiento de la HTA, las mujeres describen que la continuidad del tratamiento se ve afectado por el limitado acceso a los hospitales, discontinuidad en el suministro de medicamentos, baja oferta de servicios en los barrios, limitada oportunidad y baja calidad en la atención, así como complejidad del aparato burocrático que exige documentos administrativos, validación de la afiliación, pago de cuotas moderadoras, largas filas; y uso de tecnologías de la información (redes sociales, uso de teléfonos inteligentes, internet y manejo de sistemas ofimáticos).

“[...] usted no sabe todo lo que hay que hacer para que los doctores lo atiendan... vea eso toca sacar un poco de papeles y esos llevarlos que a la EPS, luego al hospital, que deben tener firmas y si no las tienen, a uno se las devuelven y le toca vuelta hacerlas autorizar ... eso sí que no es fácil y uno gasta más tiempo y más plata ... uno de tanto voltear dice, mejor me quedo así ...” (ITMM -0105).

Los itinerarios también se definen por la necesidad de evitar discapacidades o morir, movilizadas por el temor y el miedo que genera las advertencias que hacen los profesionales y técnicos de salud. Las participantes afirmaron que por su condición migratoria son estigmatizadas en las prácticas de atención. De otra parte, la limitada percepción de síntomas puede fracturar la sistematicidad del tratamiento, conduciendo a una baja adherencia terapéutica. Así mismo, el liderazgo del hogar que asume la mujer, en algunos casos hizo desistir del tratamiento, pues requieren enfocarse en la consecución de recursos para proveer a su familia.

DISCUSIÓN

La HTA una vez es comunicada como enfermedad a las mujeres, es vinculada a la dinámica para el cuidado de la salud y la vida, superando el accionar del escenario biomédico. Los IT para lograr el control de la HTA aluden a diversos procesos circunscritos en el sistema de salud formal y tradicional, integrando diferentes recursos curativos dispuestos en los campos socioculturales donde habitan las mujeres, tal como lo describe Lima et.al., (18) desde la lógica del proceso salud-enfermedad-atención (12), a fin de comprender las trayectorias asumidas en la búsqueda de cuidados para resolver las necesidades de salud.

La construcción de trayectorias, caminos, rutas o itinerarios, vinculan aspectos relacionados con la cultura tales como la adopción de estilos de vida saludable que han evidenciado disminución del riesgo de HTA, sin embargo, su adopción de manera continua y sistemática representa grandes retos, pues supera las decisiones personales y dependen de dimensiones socioculturales, económicas y familiares. Estos hallazgos son consistentes a lo descrito por Ferrer et. al., (19) en los estudios sobre dinámicas de los estilos de vida. Por otra parte, las mujeres realizan prácticas terapéuticas complementarias a las ofertadas en el modelo de salud estatal, o se ejecutan en concomitancia con este, incluyendo la medicina tradicional, complementaria y alternativa. El uso de estas prácticas culturales, se han asociado a la insatisfacción con el sistema sanitario convencional (20), las creencias sobre la efectividad del tratamiento, la accesibilidad a la terapéutica y el uso acentuado en poblaciones que habitan en contextos de pobreza y en la ruralidad (21).

Aspectos desde el punto de vista político configuran itinerarios. La operatividad del sistema desde un enfoque hospitalocéntrico, caracterizado por restricciones en el actuar comunitario limitan la atención de las mujeres, hallazgos consistentes referenció Mera et.a., (22) en el estudio de la política sanitaria colombiana. Las participantes manifiestan limitaciones desde lo que sería el enfoque de la atención primaria de salud y la existencia de barreras organizacionales en la atención; resultados similares con lo que Galindo e. al., (23) relaciona desde aspectos administrativos, financieros y geográficos, sobre todo en poblaciones que habitan en

contextos de vulnerabilidad. Estas afectaciones inciden en el proceso terapéutico a tal punto que las mujeres pueden desistir de los tratamientos (24). Los múltiples requerimientos burocráticos para la atención de las mujeres complican el acceso y afecta el itinerario dentro del sistema sanitario. Por otra parte, el acceso limitado a los insumos y servicios de salud requeridos, coincide con los hallazgos de Cárdena, (25) en el estudio de condiciones de los servicios sanitarios en Colombia, donde la atención se ve comprometida por inadecuados criterios de calidad, oportunidad y accesibilidad.

La dinámica económica configura itinerarios. Las limitaciones financieras de las mujeres no les permite alcanzar la totalidad de las recomendaciones terapéuticas (4). Las participantes manifiestan tener poco dinero para el transporte, pago de cuotas moderadoras, adquisición de fármacos y otros gastos de bolsillo, restricciones que terminan por trastornar la atención. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Bran et al., (24) en el estudio de barreras de acceso al sistema de salud colombiano. El proceso migratorio *per se* genera cambios en los itinerarios al encontrar inequidades en la atención sanitaria, tal como lo describe Machado, (26) ya sea por falta de apoyo en la navegación por el sistema, costo elevado de las atenciones, discriminación desde los actores en salud y las expectativas de las mujeres sobre la calidad del tratamiento. Estudios también han relacionado la existencia de un menor acceso a la salud de la población migrante respecto a la nativa (27).

Desde la perspectiva social se incorporan en las trayectorias del proceso de atención diferentes categorías, entre ellas la estigmatización por ser migrante y el miedo a la discriminación (28). De otra parte, el miedo a la discapacidad genera ansiedad y síntomas conjuntos de depresión, ira u hostilidad (29) que agudiza la presentación de eventos cardiovasculares. Vivir con HTA alude a permanecer con una enfermedad silenciosa que genera consecuencias en el contexto social, el cual se torna indiferente para asumir el tratamiento del padecimiento (30).

Como fortalezas del estudio se precisa que el abordaje vinculado en la investigación, remite a tener en cuenta diferentes categorías que posibilitan la profundización en el análisis de determinantes que definen el éxito o el fracaso del tratamiento de la HTA, incorporando elementos entre la dinámica cotidiana y la gestión de los servicios de salud.

Limitaciones del estudio se relacionan con la restricción para realizar generalizaciones de tipo estadístico de acuerdo con los hallazgos expuestos o hacer inferencias en otras poblaciones, sin embargo, las categorías descritas pueden aportar a la comprensión de lo que ocurre en contextos de características similares.

CONCLUSIONES

Las mujeres en situación de migración con HTA configuran sus itinerarios terapéuticos en la búsqueda de atención en salud no solo desde el sistema sanitario estatal, sino a partir de diversos elementos del orden social, cultural, político y económico. En esta medida, la HTA supera nominaciones mórbidas exclusivas de la biomedicina y de la relación médico-paciente, para abocarse y trascender hacia un padecimiento donde se vinculan cargas burocráticas, barreras en el acceso, discontinuidad en la atención, estigmas y limitaciones en la obtención de un adecuado tratamiento.

Notas de la ponencia:

NA

Bibliografía de la ponencia

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. 2018. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 392(10159):1923–1994. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
2. WHO. Hypertension. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
3. Lucumí Cuesta DI. Disparities in hypertension in Colombia: a mixed-method study. Ann Arbor: University of Michigan; 2014.
4. Hernandez-Hernandez Retal. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. *Journal of Hypertension*. 2010; 26(1): 24-34). doi: 10.1097/HJH.0b013e328332c353
5. Ji H, Kim A, Ebinger JE, et al. Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. *JAMA Cardiol*. 2020;5(3):255–262. doi:10.1001/jamacardio.2019.5306
6. Organización de las Naciones Unidas. Guiding Principles on Internal Displacement, 1998, [<http://www.idpguidingprinciples.org/>].

7. Boulle P, Sibourd-Baudry A, Ansbro É, Prieto Merino D, Saleh N, Zeidan RK, Perel P. Cardiovascular disease among Syrian refugees: a descriptive study of patients in two Médecins Sans Frontières clinics in northern Lebanon. *Confl Health*. 2019;13:37. doi: 10.1186/s13031-019-0217-x.
8. Rosenthal T. Immigration and acculturation: impact on health and well-being of immigrants. *Curr Hypertens Rep*. 2018;20(8):70. DOI:10.1007/s11906-018-0872-0.
9. Venturiello M. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis*. 2012; 22(3):1063-83. DOI:10.1590/S0103-73312012000300012
10. Ruiz, R., González, C., Pulido, A. Itinerarios terapéuticos para el cuidado de la salud en la primera infancia en los municipios de Cundinamarca y Boyacá (Colombia). *Investig Andin* 2016. 18(32):1551-64. DOI:10.33132/01248146.560.
11. Menéndez, E. (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Revista Ciencia e Saúde Colectiva* , vol. 8, no. 1, pp. 185-207.
12. Menéndez, E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, *Revista Alteridades*, vol. 4, no. 7, pp. 71-83. 1994.

13. De la Espriella, R., & Gómez Restrepo, C. Grounded theory. Teoría fundamentada. Revista Colombiana de psiquiatria (English ed.), 2020. 49(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
14. Blumer H. Alonso P. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora; 1982.
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
16. Asociación Médica Mundial. Declaración De Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 2008. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
17. Charmaz K. Shifting the Grounds. Constructivist Grounded Theory Methods. In: Corbin J, Clarke A, Charmaz K, Stern P, Bowers B, Morse JM, editors. Developing Grounded Theory The Second Generation. California: Left Coast Press; 2009. p. 127-147.
18. Lima NC, Baptista TWF, Vargas EP. Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. Interface (Botucatu). 2017;21(62). <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0642>
19. Ferrer-Lues M, Anigstein MS, Bosnich-Mienert M, Robledo C, Watkins L. De la teoría a la práctica: el discurso de estilos de vida saludable y su aplicación en la vida cotidiana de mujeres chilenas de sectores

populares. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(12). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00333720>

20. Osamor PE, Owumi BE. Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complement Altern Med*. 2010;10:36. doi: 10.1186/1472-6882-10-36
21. Peltzer K, Pengpid S. Prevalence and determinants of traditional, complementary and alternative medicine provider use among adults from 32 countries. *Chin J Integr Med*. 2018;24(8):584–590. doi: 10.1007/s11655-016-2748-y.
22. Mera-Urbano GA, Sotelo-Daza J, Arias-Gordillo A. Implementación Política Atención Integral en Salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia. Promoc. Salud*. 2022; 27 (1): 67-85. DOI:10.17151/hpsal.2022.27.1.6
23. Galindo J, Morales O, Sánchez D, Celis C, Arboleda A. Barreras de acceso en la atención de las enfermedades pulmonares intersticiales en Colombia. *Saúde e Sociedade* 2019; 28, 102-112.
24. Bran L, Valencia A, Palacios L, Gómez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud*. 2020; 25 (2): 29-38 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6

25. García, J. El acceso a la consulta médica general en Colombia, 1997-2012. *Econom & Reg.* 2017; 9(1): 175-207.
26. Machado S, Wiedmeyer ML, Watt S, Servin AE, Goldenberg S. Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008-2018). *J Immigr Minor Health.* 2022;24(1):256-299. doi:10.1007/s10903-021-01184-w
27. Bempong, Nefti-Eboni, et al. "Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting." *Public Health Reviews* 40.1 (2019): 1-12.
28. Benítez, A. y Velasco, C. Desigualdades en salud: Brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. 2019. (pp. 191-235). Santiago, Chile: Fondo de Cultura Económica y Centro de Estudios Públicos.
29. Denollet, J., & Pedersen, S. Anger, depression, and anxiety in cardiac patients: the complexity of individual differences in psychological risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 2009. 53(11), 947-949. doi:10.1016/j.jacc.2008.12.006
30. Barón C, M., Soto, M., Tobo M. Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. <https://hdl.handle.net/10901/17539>

Fuentes de la ponencia

NA