



**Utilización y cobertura en el servicio de consulta externa, para la E.S.E  
Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, San Pedro de Urabá 2020-2021.**

**Luis José Vásquez Hoyos**

Trabajo de grado presentado para optar al título de Profesional en Gerencia de  
Sistemas de Información en Salud

Asesor:

Alfonso Heli Marín Echeverri, Doctor en Salud Pública

Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública, “Héctor Abad Gómez”  
Gerencia de Sistemas de Información en Salud  
Medellín, Antioquia, Colombia

2023

Cita	Vásquez Hoyos (1)
<b>Referencia</b>  <b>Estilo Vancouver/ICMJE (2018)</b>	(1) Vásquez Hoyos L. Utilización y cobertura en el servicio de consulta externa, para la E.S.E Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, San Pedro de Urabá 2020-2021 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.



Biblioteca Salud Pública

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## Tabla de contenido

1.	ÍNDICE DE TABLAS.....	5
2.	GLOSARIO Y TÉRMINOS.....	7
3.	RESUMEN .....	9
4.	INTRODUCCIÓN .....	10
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
6.	JUSTIFICACIÓN.....	15
7.	OBJETIVOS .....	17
7.1.	Objetivo general.....	17
7.2.	Objetivos específicos.....	17
8.	MARCOS DEL PROYECTO .....	17
8.1.	Marco contextual .....	17
8.2.	Marco conceptual.....	19
8.2.1.	Servicio de consulta externa .....	19
8.2.2.	Indicadores de utilización de servicios de salud.....	20
8.2.3.	La historia clínica .....	22
8.3.	Marco Referencial .....	24
8.4.	Marco Legal.....	28
6.	METODOLOGÍA.....	33
6.1.	Tipo de estudio.....	33

6.2.	Población objeto .....	33
6.3.	Muestra.....	33
6.4.	Técnicas y métodos de trabajo .....	33
6.5.	Criterios de inclusión .....	34
6.6.	Criterios de exclusión .....	34
6.7.	Procesamiento y análisis de la información .....	34
6.8.	Plan de análisis .....	35
6.9.	Tareas para lograr resultados, recolección de datos u otras tareas específicas.....	37
6.10.	Operacionalización de variables .....	38
6.11.	Consideraciones éticas .....	43
7.	RESULTADOS.....	44
8.	DISCUSIÓN.....	52
9.	CONCLUSIONES.....	55
10.	RECOMENDACIONES .....	56
11.	AGRADECIMIENTOS.....	57
12.	REFERENCIAS .....	58

## 1. Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores en salud: campos de aplicación, atributos a evaluar y ejemplos de indicadores. ....	20
Tabla 2. Normatividad que reglamenta la historia clínica y definen otras disposiciones en Colombia. ....	28
Tabla 3. Normas internacionales que definen algunas disposiciones sobre el manejo de la información sanitaria entre instituciones y países.....	31
Tabla 4. Plan de análisis.....	36
Tabla 5. Operacionalización de variables.....	38
Tabla 6. Caracterización sociodemográfica de las personas atendidas en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara durante el 2020 y 2021. ....	44
Tabla 7. Utilización de servicios de salud en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con el grupo de edad y lugar de residencia, durante 2020-2021.....	45
Tabla 8. Frecuencia de servicios de salud prestados por la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con el área de atención y sexo, durante 2020-2021.....	45
Tabla 9. Promedio de atenciones brindadas a los usuarios de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz durante 2020-2021, de acuerdo con el área de atención por zona de residencia y sexo.....	46
Tabla 10. Distribución de atenciones brindadas a la población del municipio de acuerdo con el régimen de atención y ubicación de residencia, durante 2020-2021. ....	46
Tabla 11. Frecuencia de la morbilidad atendida de acuerdo con los capítulos de la CIE-10, según sexo y año de atención. ....	47
Tabla 12. Cinco principales causas de atención por grupo de edad de acuerdo con los grupos de clasificación de enfermedades de la CIE-10.....	48
Tabla 13. Diez principales causas de atención en menores de quince años de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia. ....	50
Tabla 14. Diez principales causas de atención en personas entre quince y cuarenta y cuatro años de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia. ....	51

Tabla 15. Diez principales causas de atención en personas mayores a cuarenta y cuatro años, de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia. .... 51

## 2. Glosario y términos

**EPS:** Empresa Promotora de salud.

**IPS:** Institución prestadora de Servicios de salud.

**E.S.E:** Empresa Social del Estado.

**EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

**REPS:** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

**RIPS:** Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

**PyM:** Promoción y Mantenimiento de la salud

**HCE:** Historia Clínica Electrónica

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ASIS:** Análisis de Situación de Salud

**Consulta externa:** son aquellos servicios de salud realizados de forma ambulatoria para determinar el estado de salud de una persona, con el fin de realizar los respectivos tratamientos y/o seguimientos determinados para un paciente.

**Morbilidad atendida:** la morbilidad se define como el estudio de una enfermedad en una población, en el sentido de la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado. Por su parte, la morbilidad atendida son aquellas causas de atención en salud, es decir, la razón por la cual las personas demandan de los servicios médicos y la misma es presentada como principales causas de atención en los servicios de consulta, procedimientos, hospitalización y urgencias (1).

**Cobertura universal en salud:** que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras (2).

**Acceso a los servicios de salud:** implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (3).

**Sobreutilización:** proveer servicios en los que los riesgos excedan a los beneficios.

**Infrautilización:** no se tienen en cuenta medidas que los beneficios superen a los riesgos.

**Malutilización:** utilizar los recursos (tratamientos, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros) disponibles de manera errónea.

**Actores del sistema de salud:** corresponde a todos los involucrados en mantener un buen estado de salud de la población. En Colombia, los principales actores están conformados por el Ministerio de Salud y Protección Social, Supersalud, Secretarías de salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los usuarios del sistema de salud.

**Historia clínica electrónica:** hace referencia al proceso estructurado de información relacionado con los procesos asistenciales de un paciente en medios electrónicos, es decir, es el registro electrónico que recoge las atenciones y procedimientos médicos realizados a un paciente (4).

**Software Xenco:** software de historia clínica electrónica utilizado en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.

**Interoperabilidad:** es la capacidad que tienen las organizaciones a través de distintos sistemas tecnológicos para el intercambio de información y conocimiento, para utilizarlos de forma adecuada. En salud, la interoperabilidad consiste en transferir de un sistema a otro la información de la atención a un paciente, bajo una estructura que sea comprensible para su correcta utilización (5).

**Base de datos:** Una base de datos es una recopilación organizada de información o datos estructurados, que normalmente se almacenan de forma electrónica en un sistema informático (6).

**Dato, información y conocimiento:** el dato es una cifra carente de significado, o elemento mínimo, insumo básico, sustrato que luego llega a ser información cuando se le estructura, organiza y ordena dándole sentido. La información es un conjunto de datos estructurados que se pueden interpretar de manera coherente. La información se convierte en conocimiento cuando se alimenta de la experiencia y conduce a la acción o a la puesta en funcionamiento(7).

**Indicadores en salud:** suelen ser medidas cuantitativas y cualitativas que buscan conocer el estado de salud de una población.



### 3. Resumen

Objetivo: Analizar el comportamiento del servicio de consulta externa según registro de la historia clínica, de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, durante 2020 y 2021. Metodología: el estudio tiene un enfoque descriptivo transversal, de carácter retrospectivo. Será descriptivo, en la medida en que se mida la utilización y cobertura de los servicios prestados por la institución prestadora de servicios de salud y retrospectivo, porque trabaja con eventos que ocurrieron en el pasado. Resultados: El 87% de las atenciones se realizaron a través del régimen subsidiado, el 7,1% del régimen contributivo, el 3,4% del régimen vinculado o especial, el 2,1% a través de otros regímenes y el 0,4 corresponde a población pobre no asegurada. Así mismo, promedio de atenciones/año fue de 8,6 y 9,1 para 2020 y 2021 respectivamente. El 43% de las atenciones correspondieron a servicios que no se facturaron. De acuerdo con las categorías de tres caracteres de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado, ocupó el primer lugar de las atenciones en personas menores de quince años, ubicando un 60,6% de las diez principales causas de atención. Así mismo, para personas en edades comprendidas entre los 15-44 años, la supervisión de embarazo de alto riesgo y las atenciones para la anticoncepción tuvieron un 32 y 28% respectivamente. Por su parte, la hipertensión arterial representó un 54% para la población mayor a 44 años. Finalmente, otras de las causas principales de atención fueron las relacionadas con la salud bucal como la gingivitis y enfermedades periodontales, caries dental y las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, afectado a todos los grupos de edades, excepto a los menores de 1 año. Conclusión: un aspecto a resaltar es que el 43% de las atenciones brindadas no fueron facturadas, por lo que se sugiere indagar sobre porqué las atenciones tuvieron ese comportamiento, del mismo modo, realizar otros estudios que permitan analizar las causas específicas de atención para los grupos poblacionales de mayor interés de la institución, tomando como referente el presente trabajo. Para finalizar, otro aspecto a señalar consiste en realizar acciones de sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva, enfocada a personas en edades entre los 15 y 44 años.

Palabras claves: utilización en salud, cobertura, causas de atención, consulta externa.

#### **4. Introducción**

Las consultas externas son los actos médicos realizados en las distintas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los cuales son esenciales para garantizar un buen estado de salud de la población, es decir, la consulta externa son aquellos servicios de salud que se realizan de forma ambulatoria para determinar el estado de salud de una persona, con el fin de realizar los respectivos tratamientos y/o seguimientos determinados para un paciente. Además, es importante resaltar que este servicio es de suma importancia para la funcionalidad de cualquier institución prestadora de servicios de salud, ya que va más allá de una urgencia o una hospitalización (8). Por otra parte, los servicios de salud deben estar en constante evolución para adaptarse a las nuevas necesidades de los usuarios y las demandas requeridas. Es así, como las IPS deben evaluar e implementar nuevas estrategias que permitan mejorar su servicio, iniciando desde la atención primaria en salud, hasta el servicio propio de la institución.

Desde una perspectiva de utilización de servicios de salud, la población accede a los servicios asistenciales cuando tiene la necesidad de solucionar la condición que afecta su estado de salud. Por su parte, una IPS debe contar con servicios de salud que se adapten a las necesidades de los usuarios que atiende(9,10). El hecho que una institución de salud no cuente con servicios que solucione las condiciones sanitarias y a su vez, desconozca el comportamiento en la utilización de estos, puede conllevar a tener una población enferma, por tanto, en dicha población se puede desencadenar un perfil de morbilidad y mortalidad que demande servicios de alto costo (11).

El estudio de la problemática de la morbilidad y mortalidad son relevantes en salud pública porque afectan la calidad de vida de las personas y tienen un impacto significativo en las comunidades y en las sociedades en todo su conjunto. Algunas de las problemáticas más relevantes con relación a la morbilidad son las enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, causas externas, la salud Materno-Infantil e incluso las características del sistema de salud, debido a que estas pueden influir en el acceso a la atención en salud (12). A su vez es importante destacar que la morbilidad y mortalidad pueden ser reducidas significativamente a través de la educación en salud, la mejora de las condiciones sanitarias, la investigación médica y el desarrollo de nuevas

investigaciones relacionadas con los factores de riesgo y los factores que influyen en la utilización y cobertura en salud (13,14).

Por lo anterior, en la E.S.E Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz se desarrolla el presente trabajo con el fin de responder a la pregunta ¿Cómo fue el comportamiento de los usuarios durante el 2020 y 2021 en la utilización y cobertura de los servicios de consulta externa en la institución? Al describir cómo funciona el servicio de consulta externa, se busca dar una explicación sobre el comportamiento de este teniendo en cuenta variables sociodemográficas y de cobertura en salud, lo cual pretende ser base para la toma de decisiones informada, el desarrollo de futuros estudios y estrategias de intervención, que permitan mejorar la calidad de la atención en la institución prestadora de servicios de salud.

En primera instancia, en el presente trabajo se hablará sobre la importancia de abordar el comportamiento en la utilización de los servicios de salud y la manera en cómo este trabajo aporta información valiosa para la institución prestadora de servicios de salud, en la toma de decisiones informada. En la siguiente sección se desarrolla un contexto general sobre el lugar donde se ejecutó el estudio y sus características sociales, demográficas y de la red prestadora de servicios de salud del Municipio de San Pedro de Urabá. Posteriormente, se describe la metodología implementada, así como la estructura de los análisis a realizar. Finalmente, se desarrollan los resultados de acuerdo con lo descrito en el plan de análisis, de los cuales surge una discusión alrededor de los mismos y posteriores recomendaciones que pueden ser de utilidad a la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz en la medida en que estas sean implementadas, mejorando la calidad y gestión de la institución e impactando de manera positiva en el estado de salud de la población.

## 5. Planteamiento del problema

La prestación de los servicios de salud debe garantizar el acceso y la calidad de los servicios prestados a la población, optimizando los recursos y promoviendo enfoques de atención centrada en los usuarios, buscando también una sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El sistema de salud en Colombia está compuesto por diferentes actores tanto del sector público como del privado, los cuales deben garantizar la prestación adecuada de los servicios médicos. Para los distintos actores siguen existiendo desafíos significativos en cuanto a la equidad en el acceso, la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Algunos de estos desafíos son las desigualdades en el acceso, sostenibilidad financiera y garantizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad (15–19).

Es ese sentido, cuando las personas cuentan con un acceso equitativo, se convierte en una necesidad conocer sobre qué enfermedades está padeciendo una población y cómo está utilizando los servicios sanitarios para mejorar su condición de salud, lo cual es un aspecto clave en el diseño de estrategias, programas, proyectos y políticas que contribuyan a mejorar la prestación de los servicios de salud. Para definir dichas estrategias es oportuno saber las circunstancias en las que un paciente acude al médico, debido a que esto permite establecer un patrón sobre los factores que pueden estar influyendo en su comportamiento (20). La utilización de los servicios de salud por parte de la población no solo obedece a un proceso de salud enfermedad identificado inicialmente por el paciente, del mismo modo, no todas las dolencias son manifestadas por la persona en el momento de la atención (9).

Por otra parte, la morbilidad atendida en Colombia, analizada en términos de consulta externa, urgencias y hospitalización, ha mostrado que los grupos de enfermedades transmisibles son más frecuentes en grupos de edades menores de 15 años, pero más marcado en menores de 0 a 4 años, mientras que las enfermedades no transmisibles se presentan en los grupos etarios superiores. Adicionalmente, teniendo en cuenta el sexo, las mujeres fueron más susceptibles a enfermedades transmisibles, mientras que los hombres se vieron más afectados por causas externas (accidentes, lesiones autoinfligidas y violencia). Si bien en Colombia han aumentado los diagnósticos de

enfermedades no transmisibles, las infecciones siguen teniendo una presencia relevante en todos los grupos de edad y escenarios de prestación de servicios de salud. Tal situación exige no solo revisar las políticas sanitarias para orientarlas a mejorar la salud de la población, sino también realizar un seguimiento continuo al comportamiento en la utilización de los servicios de salud (12).

En un análisis realizado en Colombia con relación a la mortalidad para el periodo 1985-2014, se encontró que las principales causas de mortalidad se deben principalmente a enfermedades cardiovasculares, seguida por enfermedades tumorales, pulmonares y por traumas. En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, durante los años 1993-2017 representaron el 29,2% del total de muertes presentadas en el periodo, las cuales correspondieron a un total de 4.810.907 (21). Tanto en hombres como en mujeres, las muertes por enfermedades cardiovasculares se presentan generalmente en adultos mayores (mayores de 60 años), por su parte, las muertes por traumas se presentaron mayormente en hombres jóvenes (22). Del mismo modo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de acuerdo con las primeras 30 causas de defunción en Colombia (Lista 6/67 OMS/OPS), señala que las enfermedades isquémicas del corazón, las agresiones (homicidios), las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, presentan las mayores tasas de mortalidad (23).

Un estudio realizado en el departamento de Antioquia para caracterizar la utilización de servicios de salud por enfermedades de alto costo, en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, mostró que el 97% de las atenciones a pacientes con enfermedades de alto costo fueron por consulta externa, donde la Enfermedad Renal Crónica y Precursoras, el cáncer y la Enfermedad Cardiovascular fueron las principales causas de atención, seguidas de las enfermedades huérfanas y la artritis. El estudio también mostró que el tipo de atención que predominó para el servicio de consulta externa fue la medicina general (17).

A mediados del año 2019, la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz inicio con la implementación de la historia clínica electrónica con el fin de mejorar los procesos y cumplir con la normatividad vigente. Disponer de un registro electrónico de la historia clínica además de contar con ventajas operativas y administrativas, también mejora la

gestión institucional dado que le permite manejar de forma eficiente sus recursos. Así mismo, posibilita realizar un análisis que permita investigar sobre como los servicios de salud están siendo utilizados por la población y si la cobertura es suficiente y equitativa. Así pues, para abordar el comportamiento de la utilización y el acceso a los servicios de salud, se analizarán los datos arrojados en la atención por consulta externa, teniendo en cuenta características sociales y demográficas.

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio pretende dar respuesta a la pregunta ¿Cómo fue el comportamiento de los usuarios durante el 2020 y 2021 en la utilización y cobertura de los servicios de consulta externa en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz?, adicionalmente, pretende sentar bases para futuros estudios y la toma de decisiones informada.

## 6. Justificación

Los servicios de salud y el estado de salud de una población poseen un gran impacto en la estabilidad de una sociedad. La Organización internacional del Trabajo (OIT), sugiere que brindar un servicio de salud en el que todas las personas puedan acceder sin diferenciación alguna, genera efectos en el bienestar común, a su vez, impacta el sector económico y el desarrollo integral de las comunidades. De tal manera que, si se cuenta con una población, que además de tener cobertura en el servicio de salud también pueda acceder de acuerdo con las necesidades en salud, esta población tendrá la posibilidad de aumentar su capacidad productiva; impactando distintos sectores de la economía. Contrario a ello, en la reciente pandemia de la Covid-19 en el mundo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, estimó al inicio de esta, que 2.7 millones de empresas podrían cerrar, de las cuales, su mayoría serían microempresas (24). Por lo anterior, conservar a una población saludable, mediante la prestación de servicios de salud y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deben ser considerados aspectos claves dentro de un sistema de salud establecido, debido a que estos pueden ser determinantes en el desarrollo económico y social de una población.

La necesidad de la utilización de los servicios de salud como derecho fundamental es una herramienta indispensable que permite mantener buenas condiciones de salud en la sociedad. En Colombia, este derecho se ratificó con la ley 1715 de 2015, la cual adopta una serie de elementos y principios como el derecho fundamental a la salud, así como la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad idoneidad profesional, universalidad, entre otros. Los anteriores buscan, entre otras cosas, que la utilización de los servicios de salud se haga de manera efectiva en cualquier momento, lugar y condiciones particulares de un usuario, sin discriminación alguna.

Por otra parte, el costo generado por la atención en salud puede ser elevado si no se llegan a utilizar bien los recursos dispuestos para ello. Si bien, el rol que cumplen los profesionales de la salud en una institución del primer nivel de atención en salud, es indagar inicialmente sobre la situación de salud que aqueja a un paciente durante la atención brindada, se pueden incurrir en casos de sobreutilización, infrautilización o mala utilización de los servicios sanitarios; donde la sobreutilización se refiere a proveer

servicios en los que los riesgos excedan a los beneficios; caso contrario es la infrautilización, en donde no se tienen en cuenta medidas que los beneficios superen a los riesgos; y la mala utilización se refiere a utilizar los recursos (tratamientos, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros) disponible de manera errónea (25). Es por esto, que conocer el comportamiento de la utilización y cobertura de los servicios de salud es el primer paso para determinar la eficiencia en la atención y de esta manera poder diagnosticar posibles fallas y qué aspectos se pueden mejorar.

El presente trabajo está direccionado a la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, con el fin de que pueda tener un impacto positivo tanto en la calidad médica que ofrece a la comunidad como en la gestión interna y eficiencia de la institución. Del mismo modo gestionar sus recursos mejorando así, su capacidad institucional. En resumen, el presente estudio proporcionará a la institución información valiosa para la toma de decisiones informada en relación con la atención médica permitiendo identificar el comportamiento de sus usuarios en cuanto cómo están utilizando sus servicios de salud, la gestión de sus recursos y la mejora continua de su capacidad institucional, así mismo, podrá repercutir en la salud y bienestar de los usuarios atendidos por el Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.



## **7. Objetivos**

### **7.1. Objetivo general**

Analizar el comportamiento del servicio de consulta externa según registro de la historia clínica, de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, durante 2020 y 2021.

### **7.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar la población atendida por la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz teniendo en cuenta variables sociodemográficas.
- Describir la utilización y cobertura del servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con variables sociodemográficas.
- Describir el perfil de morbilidad atendida teniendo en cuenta los registros de la historia clínica electrónica de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.

## **8. Marcos del proyecto**

### **8.1. Marco contextual**

El Municipio de San Pedro de Urabá se encuentra ubicado en el Urabá Antioqueño, al noroccidente del departamento de Antioquia, limita al norte con el municipio de Arboletes, al oriente con el departamento de Córdoba y al sur y occidente con el municipio de Turbo. El municipio se encuentra clasificado en la sexta categoría de acuerdo con la información reportada por la Contaduría General de la Nación. Cuenta con una extensión territorial de 477 km<sup>2</sup> y una densidad poblacional de 63 personas por kilómetro cuadrado, dado que cuenta con una población de 30.064, de acuerdo con la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2018. El 51,46% de la población corresponde a la población masculina. Así mismo, el 56,79% de los habitantes residen en la zona rural del municipio, mientras que el 39,95% en la cabecera municipal y el 3,26% reside en centros poblados (26). Respecto a la población afiliada de acuerdo con el régimen de afiliación, se encuentra que más del 100% de la población del municipio se encuentra asegurada en el SGSSS, resaltando que el 95% se encuentra en el régimen subsidiado, teniendo en cuenta la poca actividad económica de la zona (27).

De acuerdo con el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2017, el municipio cuenta con una red de prestadores de servicios de salud del primer nivel de complejidad que les permite atender las necesidades en salud de su población. En el sector público se encuentra la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, que cuenta con los siguientes servicios habilitados según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS): hospitalización de adultos y pediátrica, enfermería, ginecobstetricia, medicina general, medicina interna, nutrición y dietética, odontología general, pediatría, psicología, vacunación, laboratorio clínico, toma de muestras de laboratorio clínico, servicio farmacéutico, fisioterapia, imágenes diagnósticas ionizantes y no ionizantes, radiología odontológica, toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas, atención del parto, urgencias y transporte asistencial básico (28).

Por su parte, en el sector privado se encuentra la Clínica Crecer, el Consultorio Médico Martín Álvarez y el Laboratorio UNLAB. Teniendo en cuenta, que los servicios prestados por las instituciones antes mencionadas son del primer nivel de complejidad, las atenciones para los niveles superiores deben ser prestadas por una institución que cuente con dicha habilitación, por lo tanto, los pacientes deben ser remitidos o trasladarse a otro municipio del departamento de Antioquia, incluso al municipio de Montería ubicado en el departamento de Córdoba (29).

La E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel de atención, la cual se encuentra debidamente habilitada en el registro especial de prestadores de servicios de salud y ubicada en el Municipio San Pedro de Urabá, Antioquia. Cuenta con servicios de consulta externa, atención de urgencias, hospitalización, farmacia, servicio de ambulancia, actividades extramurales y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otras (30). La necesidad de que la institución pueda conocer de manera oportuna el estado de salud de su población es uno de los puntos relevantes para alcanzar los requerimientos de un proceso sistematizado que garantice la calidad en salud.

## **8.2. Marco conceptual**

### **8.2.1. Servicio de consulta externa**

Las consultas externas son los actos ambulatorios que realizan los profesionales de la salud en un centro médico o consultorios que, en todo caso, cuenten con la habilitación del servicio de salud que se encuentren prestando. En dichos servicios, la población atendida busca el diagnóstico, tratamiento y/o seguimientos necesarios de acuerdo con el historial clínico y la exploración física y de ayudas diagnósticas que puedan ser utilizadas para conocer el estado de salud de un paciente (31).

Dentro de los servicios de consulta externa se puede encontrar la medicina general, servicios odontológicos, de atención primaria, distintos programas de promoción y prevención de enfermedades y diferentes especialidades médicas. Cabe destacar, que los servicios disponibles o habilitados en una institución de salud depende del nivel de complejidad de atención de salud: primer, segundo y tercer nivel de complejidad. En el primer nivel se ubican las instituciones con tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias, servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud con menor severidad, en las cuales se encuentra personal profesional general, técnico y auxiliar. En el segundo nivel de complejidad están aquellas instituciones que cuentan con tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad, así mismo, cuentan con profesionales especializados. Finalmente, en el tercer nivel de complejidad están las prestadoras de servicios de salud que cuenten con tecnología requerida de la más alta complejidad y por ende cuenten con atención por personal especializado y subespecializados para la prestación de servicios de salud. Lo anterior acorde con lo dispuesto en el título 3, capítulo 3, del decreto 780 del 6 de mayo de 2016, mediante el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (32).

## 8.2.2. Indicadores de utilización de servicios de salud

Los indicadores en salud suelen ser medidas cuantitativas y cualitativas que buscan conocer el estado de salud de una población; es el análisis resumido mediante el cual se describen no solo las características de una población, sino también, se conoce a cerca de los distintos atributos y dimensiones del estado de salud. Para lograr una trazabilidad de los indicadores en salud a lo largo del tiempo, estos deben contar con ciertos atributos o dimensiones de calidad que también permitan su permanencia y seguimiento. Valenzuela M. Teresa recoge una serie de indicadores distribuidos de acuerdo con lo relacionado en la siguiente tabla (33). (Ver Tabla 1)

**Tabla 1. Indicadores en salud: campos de aplicación, atributos a evaluar y ejemplos de indicadores.**

Área de aplicación	Características a evaluar	Ejemplos de indicadores
Indicadores para el análisis de la situación de salud	Socioeconómicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores socioeconómicos</li> <li>Indicadores demográficos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Tasa de pobreza</li> <li>* Tasa de alfabetismo</li> <li>* Crecimiento promedio anual del PIB</li> <li>* Caracterización de la población por edad sexo</li> <li>* Tasa de natalidad</li> <li>* Tasa de fertilidad</li> </ul>
	Estado de salud <ul style="list-style-type: none"> <li>Salud objetiva</li> <li>Morbilidad</li> <li>Discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mortalidad infantil</li> <li>* Incidencia de sarampión</li> <li>* Tasa de licencia por enfermedad común por habitante</li> </ul>
	Determinantes de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Proporción de alcohólicos</li> <li>* Proporción de fumadores</li> <li>* Prevalencia de sedentarismo</li> <li>* Porcentaje de uso de anticonceptivos</li> </ul>
Indicadores para evaluar los servicios de salud	Estructura <ul style="list-style-type: none"> <li>Accesibilidad</li> <li>Disponibilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Distancia entre el lugar de trabajo o residencia y el centro de salud</li> <li>* Recurso humano por 10.000 habitantes</li> </ul>
	Indicadores de proceso <ul style="list-style-type: none"> <li>Productividad</li> <li>Rendimiento</li> <li>Uso</li> <li>Utilización</li> <li>Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Numero de actividades realizadas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo</li> <li>* Numero de servicios realizados por unidad de recurso humano utilizado por unidad de tiempo</li> <li>* Intensidad de uso o concentración</li> <li>* Extensión de uso</li> </ul>

		* Calidad medida teniendo en cuenta la integridad, contenidos, destreza, oportunidad y continuidad
	Indicadores de resultado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados directos</li> <li>• Resultados indirectos</li> </ul>	* Eficiencia: utilidad de un programa y/o servicio teniendo en cuenta aspectos de costo-efectividad.* Eficacia: se refiere a si se alcanzaron los objetivos previstos en la implementación de un programa y/o servicio. * Efectividad (Impacto en la población), por ejemplo, cobertura de vacunación.
Indicadores de ausentismo laboral	Dan cuenta sobre las condiciones de trabajo, los riesgos de exposición laboral y sus consecuencias	* Tasa de incapacidad * Tasa de frecuencia * Tasa de gravedad

Por su parte, Shalev V et al, hablan sobre dos tipos de indicadores aplicados con el fin de conocer la utilización en la atención médica, conocidos como indicadores de procesos e indicadores de resultados que tienen relación con los problemas de salud de una población. En ese sentido, con estos dos tipos de indicadores los autores pretenden analizar las diferencias de género en la utilización de la atención y los indicadores médicos entre pacientes con diabetes. Por ejemplo, entre los indicadores de utilización de la atención medica evaluaron: examen ocular anual; realización de análisis de orina anual; número de visitas al médico tratante; y recetas de insulina. Por su parte, entre los indicadores que tienen relación con los problemas de salud evaluaron los siguientes: Proporción de resultados de laboratorio elevados para colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), triglicéridos y HbA1c (34).

Por otra parte, existen una gran variedad de indicadores para medir la utilización de los servicios de salud. Kale MS, et al, definen tres tipos de indicadores: de sobreutilización, infrautilización e indicadores de mala utilización. En los indicadores que buscan medir la sobreutilización se encuentran aquellos relacionados con las visitas realizadas por los pacientes con morbilidades específicas, que les realizaron ciertos tipos de exámenes en los que el riesgo supera al beneficio obtenido, por ejemplo, Screening de uroanálisis a adultos en un examen médico general; por su parte, en los indicadores que miden la infrautilización se encuentran aquellos en donde los pacientes atendidos recibieron algún

tipo de medicamento o se les realizaron procedimientos en donde no se prestaron las suficientes medidas para que los beneficios superen los riesgos, por ejemplo, terapia antitrombótica para fibrilación auricular; finalmente en la malutilización describen aquellos indicadores en los que se encuentra una mala utilización de los recursos médicos o aplicación de tratamientos erróneos para tratar a los pacientes, por ejemplo, en infecciones urinarias utilizar antibióticos distintos a nitrofurantoína trimetoprimsulbactam o quinolonas (25).

### **8.2.3. La historia clínica**

Alcaraz M. et al. define la historia clínica como “el conjunto de documentos derivados de la atención medico/paciente” mediante el cual a las instituciones que prestan el servicio de salud les permite conocer el estado de salud de la población que atiende, basados en documentaciones, procedimientos e información brindada por el paciente de acuerdo con en el principio de autonomía y del reconocimiento y aceptación de su estado de salud o enfermedad que presenta (35). La historia clínica se convirtió en un requisito necesario para la atención en salud, cuya utilidad varía de acuerdo a las necesidades, no obstante, se utiliza principalmente para realizar el seguimiento y la evolución del estado de salud de un individuo. Otras funciones destacadas de la historia clínica son: docencia e investigación, epidemiología, mejora de la calidad de vida, gestión y administración, así como elementos medico legales para los casos requeridos. La información consignada en la historia clínica se puede obtener a través de distintas formas, por ejemplo: anamnesis, exploración física o clínica, pruebas o exámenes, juicios formulados por el personal médico de acuerdo con su conocimiento o desconocimiento de la situación y a través de tratamientos que se le estén realizando a un paciente.(35)

Si bien, una de las funciones de la historia clínica es la investigación, los investigadores podrán utilizar esta, siempre y cuando se mantenga la reserva sobre la identidad de las personas, de acuerdo con lo indicado en el artículo 15 de la constitución política, que cita de la siguiente manera: “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” (36), así como de la ley 1266 de 2008, “por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos

personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones” (37), y la ley 1581 de 2012 “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” (38),

La información médico-administrativa que se consigna en la historia clínica va a depender del tipo de atención o necesidad que tenga un usuario. Por ejemplo, un usuario tiene algún tipo de emergencia (urgencias médicas), se omiten algunos datos que no son necesarios para darle prioridad a la atención requerida por el paciente, sin embargo, también existe la posibilidad de no obtener información determinada o al menos la necesaria. Otro caso es si se requiere de una consulta ambulatoria, la cual puede estar determinada por condiciones de salud preexistentes en una persona o sucesos ocasionales, es decir, de acuerdo con las necesidades en salud que presente una persona. Para el caso en que los pacientes que requieren de un servicio de hospitalización por el estado de salud, en la historia clínica se debe registrar todos los procedimientos médicos realizados durante la estancia en el hospital del paciente. Así mismo, los datos registrados en la historia clínica pueden variar de acuerdo con la especialidad médica y otros factores de atención como las visitas domiciliarias o la atención en ambulancias (39).

Es importante resaltar, que la información consignada en la historia clínica de acuerdo con cualquier tipo de atención debe guardar una relación y orden, detallando la situación determinada de un paciente. En Colombia, la historia clínica se define mediante el artículo 34 de la ley 23 de 1981, el cual indica que “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley” (40).

El manejo de la historia clínica en Colombia ha variado a lo largo del tiempo, cambios producidos principalmente mediante las resoluciones 1995 de 1999, “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”; 1715 de 2005 “Por la cual se modifica la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999”; 058 de 2007 “Por la cual se deroga la Resolución 1715 de 2005.”; 2346 de 2007 “Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo del contenido de las historias clínicas

ocupacionales”; ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”; 839 de 2017 “Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones”. Finalmente, está la ley 2015 de 2020 “Por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones”, el cual es un hito importante para que la población colombiana pueda tener una atención con mayor calidad, dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud de Colombia (41).

Teniendo en cuenta, la necesidad de establecer una historia clínica electrónica de acuerdo con los cambios en la normatividad Colombiana, se desarrollaron distintos softwares que permiten su manejo, sin embargo, dichas aplicaciones sistematizadas no permiten tener un control sobre las historias clínicas generadas en distintas redes o instituciones de atención en salud, debido a la desintegración de la información ingresada por cada entidad, es decir, cada red o institución cuenta con su propio software para el manejo de la historia clínica, y estos a su vez no se encuentran integrados; no son interoperables, por tanto, no existe una trazabilidad en la atención de un paciente entre distintas instituciones prestadoras de servicios de salud y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Por lo anterior, a partir de la ley 2015 de 2020 se introduce dentro de la normativa el concepto de interoperabilidad y, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección social, se utilizará el concepto de Historia Electrónica en Salud (por sus siglas en inglés EHR – Electronic Health Record) para efectos de interoperabilidad de datos (4). La interoperabilidad en los datos de la historia clínica de los colombianos permitirá la interacción entre los diferentes actores del SGSSS, teniendo mayor gestión y control a nivel institucional, local, territorial y nacional.

### **8.3. Marco Referencial**

Una investigación bibliográfica sobre la historia clínica en Colombia recoge aspectos claves respecto al manejo que se le ha dado a esta. En primer lugar, menciona la importancia que tiene la historia clínica como un documento legal que permite el registro cronológico de las condiciones de salud de un paciente, así como de las atenciones y procedimientos médicos realizados por los equipos médicos de los prestadores de



servicios de salud. Con el pasar del tiempo, el manejo de la historia clínica se ha ido modificando de acuerdo con las distintas normas. En este sentido, antes de la Ley 1438 de 2011, en Colombia se manejaba la historia clínica física la cual era susceptible de contener errores como omisión de datos claves e información poco estandarizada, lo que no facilita los trabajos investigativos y científicos (42).

Seguidamente, esto dio lugar a que se estableciera la historia clínica electrónica digital, la cual posee ventajas en tres vías: médicas, legales y operativas - económicas - ecológicas. En las ventajas medicas se tiene que varios usuarios autorizados pueden consultar la misma información desde diferentes ubicaciones y de forma simultánea, esto también facilita el ingreso estandarizado de datos y el ingreso obligatorio de información, lo que se refleja en una mejor atención al paciente. En las ventajas legales, se tiene que la historia clínica digital siempre va a ser legible y sin ningún tipo de alteraciones que permitan la verificación de la información de manera más ágil, teniendo la misma validez legal que los registros físicos. Respecto a las ventajas de tipo operativas, económicas y ecológicas, no solo contribuye a la eficiencia de la información, sino también ayuda con el ahorro de papel, aportando a la protección del medio ambiente (43).

Sin embargo, la historia clínica digital no cerró la brecha que hay de poder contar con la interoperabilidad de la información contenida en esta entre los distintos actores del sistema de salud colombiano, debido a que, si un paciente, por cualquier circunstancia decide cambiar de EPS, no se lleva la información generada en la que se encontraba afiliado, es decir, se genera una nueva historia clínica en la EPS a la que se trasladó, no contando con la trazabilidad de la información de las demás atenciones recibidas por el usuario, generando reprocesos y desconociendo información que puede ser sensible para el paciente, y estas sean determinantes para que el profesional de la salud pueda emitir un concepto medico al mismo.

Cabe señalar, que la calidad de los datos pudo mejorar con la implementación de la historia clínica electrónica, esto se debe a que la información que se considera obligatoria debe ser consignada por el personal de la salud al momento de la atención de un paciente. Sumado a lo anterior, la normatividad de Colombia ha ido apuntando a que la Historia clínica digital sea interoperable a través de la Ley 215 de 2020, esto quiere

decir, que cada paciente va a tener una sola historia clínica que contará con todos los datos personales y los relacionados con las atenciones recibidas, permitiendo así llevar una trazabilidad del estado de salud de los usuarios, contando con disponibilidad de la información en tiempo real. Así mismo, conservando la confidencialidad y seguridad de la información. Del mismo modo, conservando las características de los datos con alta calidad (43).

Por otra parte, si se habla sobre la utilización de los servicios de salud, un estudio realizado en 2001 en el que se realiza una revisión sistemática sobre los factores relacionados con la utilización de los servicios de salud en países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Irlanda, Finlandia, Noruega, Brasil, Italia, España y Dinamarca, se evidenció que la utilización de los servicios sanitarios está determinada por distintos factores sociales, económicos, demográficos; también, existen datos de acuerdo con características familiares, de soporte social, de necesidades en salud y de las características de los servicios de salud. Además, señala que las condiciones de acceso y utilización de los servicios de salud puede variar de acuerdo con el sistema de salud que tiene cada país. Por ejemplo, en países como Canadá e Inglaterra que cuentan con sistemas de salud con accesibilidad universal, las personas menos favorecidas cuentan con un mejor acceso a los servicios de salud, en cambio en Brasil, estudios demuestran todo lo contrario debido a la inequidad que tiene su sistema de salud (9).

En ese mismo sentido, en Estados Unidos un estudio realizado en 2012 con registros sobre las características de la consulta, diagnóstico, medicación y prestaciones pedidas, cuyo objetivo consistió en determinar si la sobreutilización, infrautilización o mala utilización de los servicios sanitarios ambulatorios, disminuyó en la época pasada al año de estudio. Se estudiaron diversos indicadores de calidad encontrando que hubo una mejora significativa en los indicadores de infrautilización y una reducción menos importante en los indicadores de sobreutilización (25).

En Colombia, una investigación encaminada a analizar los factores que determinan el acceso a los servicios de salud mental de la población adulta (18 a 44 años) a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en 2015, además de factores demográficos, también tuvo en cuenta el uso de los servicios de salud mental

relacionados con problemas emocionales, nerviosos y de salud mental, actividad laboral, afiliación al régimen de seguridad social y variables de estados de salud, las cuales se estimaron mediante modelos bivariantes de regresión logística multinomial. Dentro de sus resultados, cabe señalar el más destacado por los autores en el cual mencionan que factores como el demográfico para el caso del lugar de residencia (rural y urbana), las condiciones familiares, y necesidades en salud, tenían una asociación con la motivación de que las personas tomaran la decisión de consultar o no al médico (44).

En este sentido, las personas residentes en zonas rurales consultaron menos que los residentes en el área urbana, esto debido a problemas con la demanda comportamental. Para las personas que residen en área rural, no consultar por problemas de demanda frente a consultar obtuvo un OR = 2,36 (IC95%, 1,2-4,6). Los casados, comparados con los solteros, consultan menos por problemas de demanda comportamental. En los casados, no consultar por demanda frente a consultar obtuvo un OR = 3,02 (IC95%, 1,57-5,79). Adicionalmente, en los que no tienen una enfermedad crónica, no consultar por demanda frente a consultar obtuvo un OR = 2,61 (IC95%, 1,27-5,38) (44). Cabe mencionar, que variables analizadas como el sexo, edad, actividad laboral, régimen de afiliación y percepción del estado de salud no estaban asociadas significativamente frente a tomar la decisión de consultar o no (45).

Finalmente, otra investigación que tuvo como fin caracterizar la utilización de los servicios de salud por enfermedades de alto costo en el departamento de Antioquia para los tipos de servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y características de la oferta, se pudo observar que en promedio, el 70% de las personas mayores o iguales a 45 años presentaban mayor utilización de los servicios de salud, anotando que las mujeres consultaron el 62% de las veces en los tres tipos de servicios, variando de acuerdo al servicio y a la enfermedad. Respecto a la edad, la media para los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias fue de 40, 38 y 29 años, respectivamente (17).

De acuerdo con las características de la oferta, se analizó el tipo de afiliación (régimen subsidiado, contributivo, especial y Población Pobre no Asegurada (PPNA), la naturaleza de la institución prestadora del servicio de salud (pública y privada) y el tipo de profesional

por enfermedad, para los tres tipos de servicios. Respecto al tipo de afiliación se pudo observar la brecha existente en el acceso a los servicios de salud entre regímenes, donde entre el 78 y el 82% de las personas que utilizaron los tres tipos de servicios, hacían parte del régimen contributivo, mostrando también esta misma brecha de acuerdo con la enfermedad padecida. Adicional a lo anterior, entre el 66 y el 82% de los servicios utilizados se produjeron en prestadoras de servicios de salud privadas. En cuanto a la utilización de los servicios de salud por tipo de profesional, predominó la atención por medicina general para la mayoría de las enfermedades de alto costo analizadas (17).

En concordancia con lo anterior, la literatura confirma la relación que hay entre los factores sociodemográficos, la disponibilidad de los servicios de salud, las necesidades en salud de la población, con el acceso y utilización de los servicios de salud. No obstante, se deben analizar los factores sociodemográficos con otros factores como los económicos, para establecer las causas que influyen el acceso y la utilización de los servicios sanitarios.

#### **8.4. Marco Legal**

Frente a la justificación legal del proyecto, se define de acuerdo con las competencias relacionadas, como a continuación se muestra: (Ver Tabla 2)

**Tabla 2. Normatividad que reglamenta la historia clínica y definen otras disposiciones en Colombia.**

Ley 23 de 1981	Por la cual se dictan normas en materia de ética médica, y en su artículo 34 define que “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”
Decreto 3380 de 1981	Por medio del cual se reglamenta la Ley 23 de 1981, en su artículo 23, consagra que “el conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual este labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de este”

Ley 80 de 1989	<p>Por medio de la cual se crea el Archivo General de la Nación (AGN), el Sistema Nacional de Archivos (SNA) y le otorga sus funciones respectivas.</p> <p>Establece normas para la conservación, custodia y confidencialidad de la Historia Clínica.</p>
Decreto 2174 de 1996	<p>Por medio de la cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
Circular 02 de 1997	<p>Parámetros a tener en cuenta para la implementación de nuevas tecnologías en los archivos públicos</p>
Resolución 1995 de 1999	<p>Por medio de la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.</p>
Ley 527 de 1999	<p>Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.</p>
Resolución 3374 de 2000	<p>Por medio de la cual define el registro individual de la prestación del servicio de salud RIPS</p>
Ley 594 de 2000	<p>Reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4124 de 2004, 1100 de 2014. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones</p>
Ley 911 de 2004	<p>Por medio de la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de ontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones</p>
Resolución 1715 de 2005	<p>Por medio de la cual se modifica la resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, en lo referente al procedimiento que debe seguir la entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, responsable de la custodia y conservación de la historia clínica.</p>

Decreto 1011 de 2006	Por medio de la cual se reglamenta el Sistema obligatorio de calidad en salud SOGCS.
Resolución 058 de 2007	Por medio de la cual se deroga la resolución 1715 de 2005 en manejo y custodia de la historia clínica. Se modifica parcialmente la resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron normas para el manejo de la historia clínica.
Resolución 2346 de 2007	Por medio de la cual se establecen normas para el manejo de las historias clínicas ocupacionales, señalando el contenido mínimo que deben tener, así como la reserva sobre la misma.
Resolución 1918 de 2009	Por la cual se modifican los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2578 de 2012	Por medio del cual se reglamenta el Sistema Nacional de Archivos, se deroga el Decreto 4124 de 2004 y se dictan disposiciones relativas a la administración de los archivos del Estado.
Ley 1581 de 2012	Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, Reglamentada Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
Decreto 2364 de 2012	Por medio del cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 527 de 1999, sobre la firma electrónica y se dictan otras disposiciones.
Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

Ley 1753 de 2015	Por medio de la cual se hace referencia al Plan Nacional de Desarrollo. Esta Ley busca el fortalecimiento y el mejoramiento en el acceso y calidad de salud.
Decreto 1074 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo
Decreto 1080 de 2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura
Resolución 839 de 2017	Por medio de cual se establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas y reglamenta el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS para el manejo de estas en caso de liquidación
Ley 2015 de 2020	Por medio de la cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

Adaptado de: Daniela Amarillo Domínguez, Línea de tiempo de la historia clínica a la historia clínica electrónica, 2020 y del documento emitido por el Ministerio de Salud y Protección social Interoperabilidad de Datos de la Historia Clínica en Colombia (4,41).

**Tabla 3. Normas internacionales que definen algunas disposiciones sobre el manejo de la información sanitaria entre instituciones y países.**

<b>Nombre de la norma</b>	<b>Descripción</b>
Ley HITECH (Health Information Technology for Economic and Clinical Health)	Ley de tecnología de la información de salud clínica y económica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health). Junto a la ley HITECH está la Ley HIPAA y estas tienen como fin fomentar la proliferación de tecnología en el sector sanitario. Con HITECH se pretende que la información de salud esté disponible en cualquier parte del mundo, pero bajo herramientas de seguridad y confiabilidad que blinden al ciudadano contra ataques

	delincuencias frente a la protección de sus datos personales. Por
Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)	<p>Ley de transferencia y responsabilidad del seguro médico.</p> <p>La ley HITECH y la ley HIPA fueron sancionadas por el gobierno de Barak Obama en el año 2009, tienen como fin fomentar la proliferación de tecnología en el sector sanitario, además de crear una red de protección para la seguridad y privacidad de la información sanitaria</p>
epSOS	<p>El epSOS es actualmente el mayor proyecto europeo en eSalud e interoperabilidad cofinanciado por la Comisión Europea. Su objetivo es mejorar la atención sanitaria de los ciudadanos cuando están fuera de su país, permitiendo a los profesionales de la salud de cualquier país participante en epSOS acceder a sus datos médicos</p>

Tomado de: Daniela Amarillo Domínguez, Línea de tiempo de la historia clínica a la historia clínica electrónica, 2020 (41).



## **6. Metodología**

### **6.1. Tipo de estudio**

El estudio tiene un enfoque descriptivo de carácter retrospectivo. Será descriptivo, en la medida en que se analice la utilización y cobertura de los servicios prestados por la institución prestadora de servicios de salud, y retrospectivo, porque trabaja con eventos que ocurrieron en el pasado.

Diseño descriptivo transversal no experimental. Se analizará la tabla de movimiento de la historia clínica electrónica arrojada por el Software Xenco. Así mismo, se analizará el comportamiento de la sobreutilización de los servicios de salud de los usuarios que asisten a la institución.

### **6.2. Población objeto**

La población objeto serán 134.065 registros médicos de la tabla de movimiento de la historia clínica electrónica arrojada por el Software Xenco, en el periodo de tiempo seleccionado para el estudio, en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz del municipio de San Pedro de Urabá, Antioquia.

### **6.3. Muestra**

No se realizó un muestreo debido que se tomaron la totalidad de los registros para analizar las causas principales por las cuales los pacientes asistieron al centro de atención en salud, es decir, se requieren de los 134.065 registros arrojados por el software de historia clínica electrónica utilizado en la institución y seleccionados para el desarrollo del estudio.

### **6.4. Técnicas y métodos de trabajo**

- Revisar las variables relacionadas con la atención en consulta externa arrojadas en la tabla de movimiento de la historia clínica electrónica implementada en la institución, y extraer la información de esta para realizar el respectivo análisis.
- Revisar los registros extraídos de la tabla de movimiento del software de historia clínica electrónica para determinar los indicadores y características del estudio.

## **6.5. Criterios de inclusión**

- Registros ingresados a los módulos de consulta externa y de usuarios de la historia clínica electrónica, en el periodo de tiempo seleccionado para el estudio, en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz del municipio de San Pedro de Urabá, Antioquia.
- Personas en todos los rangos de edades.
- Citas realizadas por consulta externa e incumplidas por el mismo tipo de servicio.
- Consultas realizadas durante los años 2020 y 2021.

## **6.6. Criterios de exclusión**

- Registros que tengan datos faltantes que no fuera posible su recuperación y sean relevantes para realizar un análisis.

## **6.7. Procesamiento y análisis de la información**

### **Obtención y manejo de la información**

Para la obtención de la información, se utilizó el software Xenco de historia clínica electrónica que implementó la institución, dado que de este sistema se extraen los registros de atenciones en consulta externa necesarios para el desarrollo de la investigación. Posterior a la obtención de los datos, se realizó un diagnóstico preliminar que permitió establecer si los datos obtenidos eran suficiente para ejecutar el respectivo análisis. Dado que se determinó que faltaban algunas variables, se procedió con la solicitud a la institución prestadora de servicios de salud para el envío de estas, con el fin de preparar la información y que esta guarde un sentido lógico para su interpretación. Así mismo, se utilizó SPSS en su versión 21, Microsoft Excel y Word en su última versión de office 365, para realizar el análisis descriptivo a través de la elaboración de tablas y gráficos.

### **Preparación de los datos**

Con el fin de obtener la información necesaria para el desarrollo del presente trabajo, se realizó el alistamiento de los datos de la siguiente manera; en primer lugar, se

seleccionaron las variables necesarias de acuerdo con el alcance del presente estudio, luego se procedió con la exclusión de los datos que no aportaba información relevante para el mismo: se recibió una base de datos con un total de 235.722 registros, de los cuales se excluyeron aquellos por fuera del periodo de estudio (100.911), quedando 134.811, de estos se eliminan los registros que no contaban de forma simultánea con el sexo, la fecha de nacimiento y lugar de residencia (131;0,1%), así mismo, las atenciones realizadas en otras áreas como urgencia y hospitalización (615;0,4%), quedando un total de 134.065 registros para realizar el presente análisis. Posteriormente, se realizaron los cruces de bases de datos necesarios para obtener los datos que fueron categorizados a través de códigos específicos, con el fin de ejecutar el análisis de la información. En la base de datos recibida, se presentó un error frecuente respecto al formato de la fecha, dado que esta aparecía en forma de número entero, lo cual implicó realizar un procesamiento para convertir su formato a fecha. Por otra parte, se tuvo en cuenta que la base de datos fuera entregada de forma anonimizada; dado que la historia clínica electrónica es un documento privado, esta solo debe ser conocida por terceros previa autorización del paciente y en los casos previstos por la ley.

### **Tabulación de los resultados**

Teniendo la información de los registros de la historia clínica electrónica depurada y con una estructura lógica, se procedió con el análisis descriptivo con el fin de determinar el comportamiento de la utilización y cobertura del servicio de consulta externa. Dicho estudio se realizó mediante la generación de tablas, gráficos e indicadores que permitieron dar conocimiento sobre lo señalado anteriormente. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis e interpretación de los resultados, presentándolos a través de análisis descriptivos, de frecuencias y porcentajes, obteniendo a partir de ellos la conclusión del presente estudio. Teniendo en cuenta el resultado del procesamiento y análisis de la información, se definieron algunas recomendaciones generales que le permitirán a la institución, además de conocer el estado de salud de la población atendida, poder realizar la gestión en la administración de los recursos con los que cuenta la institución.

### **6.8. Plan de análisis**

**Tabla 4. Plan de análisis**

<b>Objetivo específico</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Análisis</b>
Caracterizar la población atendida por la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz teniendo en cuenta variables sociodemográficas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de usuario anonimizado</li> <li>• Sexo</li> <li>• Zona de residencia</li> <li>• Grupo de edad</li> </ul>	Análisis de tablas, estadísticos descriptivos, frecuencias y porcentajes.
Describir la utilización y cobertura del servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con variables sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de usuario anonimizado</li> <li>• Sexo</li> <li>• Zona de residencia</li> <li>• Tipo de atención</li> <li>• Entidad aseguradora</li> <li>• Grupo de edad</li> </ul>	Análisis de tablas, estadísticos descriptivos, frecuencias, porcentajes e indicadores.
Describir el perfil de morbilidad atendida teniendo en cuenta los registros de la historia clínica electrónica de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de usuario anonimizado</li> <li>• Grupo de edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Lugar de residencia</li> <li>• Diagnostico principal</li> <li>• Año atención</li> </ul>	Análisis de tablas, estadísticos descriptivos, frecuencias y porcentajes.

Para el logro de los objetivos el trabajo de investigación se desarrolló en las siguientes fases:

- **Obtención de datos e información:** para la obtención de la información, primero se realizó un acercamiento con el Gerente de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, con el fin de establecer un convenio que permitiera realizar el presente trabajo en la institución, posterior a la gestión del convenio, se solicitó la información a la profesional en ingeniería de sistemas de dicha institución, quien a su vez extrajo los datos de una fuente secundaria de datos, siendo esta la historia

clínica electrónica Xenco. La información fue tratada de acuerdo con las regulaciones para la utilización y protección de datos.

- **Unidad de observación:** corresponde a la tabla de movimiento con los datos de la historia clínica electrónica para las consultas externas en la institución de salud.
- **Aplicación:** se realizarán los respectivos análisis descriptivos de acuerdo con las variables seleccionadas para el desarrollo del presente estudio, utilizando el software SPSS versión 21, Microsoft Excel y Word.
- **Presentación de resultados:** para la presentación de los resultados, se tuvo en cuenta todas aquellas herramientas que den cuenta de los objetivos, como lo son los gráficos y tablas donde se represente toda la información de modo que sea comprensible para los lectores y que se puedan explicar por sí mismo.

#### **6.9. Tareas para lograr resultados, recolección de datos u otras tareas específicas**

- Solicitar la base de datos anonimizada al personal de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz con la información arrojada por el software Xenco, respecto a la tabla de movimiento de historia clínica electrónica implementada por la institución.
- Solicitar el diccionario de datos de la historia clínica electrónica y los valores de referencia que describan las categorías codificadas necesarias para identificar los datos que son relevantes en el desarrollo de la investigación.
- Copias de datos en los registros.
- Depuración de la información acorde al alcance del objetivo general.
- Tabulación y gráficas de datos.
- Interpretación de resultados.

## 6.10. Operacionalización de variables

Tabla 5. Operacionalización de variables.

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Códigos
Tipo de identificación del usuario codificado	Cualitativa	Nominal	CC: cedula de ciudadanía CE: cedula de extranjería CD: carné diplomático PA: pasaporte SC: salvoconducto PE: permiso especial de permanencia RC: registro civil TI: tarjeta de identidad CN: certificado de nacido vico AS: adulto sin identificar MS: menos sin identificar
Código de usuario anonimizado	Cualitativa	Nominal	Letras de mínimo 6 y máximo 16 caracteres (Código único):
Entidad aseguradora	Cualitativa	Nominal	Nombre de la Entidad Aseguradora de Planes de Beneficios
Tipo de usuario	Cualitativa	Nominal	1 = Contributivo 2 = Subsidiado 3 = Vinculado

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Códigos
			4 = Particular 5 = Población pobre no asegurada (PPNA) 6 = Otro
Edad	Cuantitativa	Razón	Numero entero de dos cifras
Unidad de medida de la edad	Cualitativa	Nominal	1 = Años 2 = Meses 3 = Días
Grupo de etáreo quinquenal	Cualitativa	Ordinal	1 = Menores de 1 año 2 = de 1 a 14 años 3 = de 15 a 44 años 4 = de 45 a 64 años 5 = mayores a 65 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	M = Masculino F = Femenino
Lugar de residencia habitual	Cualitativa	Nominal	Se entiende por residencia habitual, el lugar donde la persona lleva 6 o más meses viviendo de manera permanente.
Zona de residencia habitual	Cualitativa	Nominal	1 = Urbana 2 = Rural
Tipo de atención	Cualitativa	Nominal	Acorde a los datos registrados en el Historia Clínica electrónica HCE (Ver AnexoA_TipoAtencion)

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Códigos</b>
Fecha de historia clínica	Cualitativa	Ordinal	Corresponde a la fecha de atención de un paciente
Profesional de la salud	Cualitativa	Nominal	Corresponde al nombre del profesional que dio la atención
Área atención	Cualitativa	Nominal	1 = Consulta externa 2 = Promoción y Mantenimiento de la Salud (PYm) 3 = Cita incumplida 4 = Servicio sin facturar
Código del diagnóstico principal	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con la CIE-10
Código del diagnóstico relacionado N°1	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con la CIE-10
Código del diagnóstico relacionado N°2	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con la CIE-10
Código del diagnóstico relacionado N°3	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con la CIE-10
Grupo de diagnóstico principal	Cualitativa	Nominal	De acuerdo con la CIE-10
Finalidad de la consulta	Cualitativo	Nominal	01 = Atención del parto (puerperio)



Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Códigos
			02 = Atención del recién nacido 03 = Atención en planificación familiar 04 = Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años 05 = Detección de alteración del desarrollo joven 06 = Detección de alteraciones del embarazo 07 = Detección de alteraciones del adulto 08 = Detección de alteraciones de agudeza visual 09 = Detección de enfermedad profesional 10 = No aplica
Causa externa	Cualitativa	Nominal	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Códigos
			04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad laboral 15 = Otra
Peso	Cuantitativa	Razón	Corresponde al peso del paciente al momento de la atención
Unidad de medida del peso	Cualitativa	Nominal	K = Kilos L = Libras G = Gramos

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Códigos
Tipo de diagnóstico	Cualitativa	Nominal	1 = Impresión diagnóstica 2 = Confirmado nuevo 3 = Confirmado repetido
Duración de la consulta medica	Cuantitativa	Razón	Corresponde al tiempo en minutos de la duración de la consulta

Tomado de: Lineamiento técnico para el registro y envío de los datos de los RIPS, desde las IPS a las EAPB, 2019 (46).

### 6.11. Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los acuerdos trazados en el convenio para el desarrollo del presente trabajo, la información será tratada de forma confidencial, cumpliendo con la protección del derecho fundamental de habeas data, lo dispuesto en el artículo 15 de la constitución política que cita de la siguiente manera “Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar(...)” (36), a la Ley 1581 de 2012 “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” (38) y la ley 1266 del 2008 “Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones” (37).

Adicionalmente y en cumplimiento de lo anterior, los datos que permiten la identificación de personas fueron anonimizados en la base de datos entregada por parte del personal de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, con el fin de que el equipo investigador no tuviera acceso a los datos personales de los usuarios atendidos en la institución prestadora de servicios de salud y que fueron objeto del presente estudio.

La utilización de la información generada para el desarrollo del presente estudio fue exclusivamente con fines académicos y para el logro de los objetivos propuestos,

teniendo como base la confidencialidad de la información y cumpliendo con la normatividad vigente para la protección de datos personales.

## 7. Resultados

La E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz recibió durante el 2020 y 2021 a 21.791 personas, correspondientes al 72% de la población total, según información del DANE para el año 2018, cuya edad media fue de 38 años, con una desviación estándar respecto a la media de 22,8. El 42,2% de las personas atendidas tenían edades entre 14 y 44 años, el 25,6% entre 1 y 14 y el 19,3% entre 45 y 64 años. El 61% de las personas eran de sexo femenino, con una razón hombre-mujer de 0,64 hombres por cada mujer. Se observó que para la zona rural y urbana la población fue de 46,3 y 53,7% respectivamente. (Ver Tabla 6)

**Tabla 6. Caracterización sociodemográfica de las personas atendidas en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz durante el 2020 y 2021.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Total	21791	
Población DANE 2018	30064	
<b>Edad</b>		
Media	38	
Desv. Estándar ( $\sigma$ )	22,8	
<b>Grupo de edad</b>		
Menos de 1 año	501	2,3
1-14	5579	25,6
15-44	9194	42,2
45-64	4206	19,3
65 y más	2311	10,6
<b>Sexo</b>		
Femenino	13299	61,0
Masculino	8492	39,0
<b>Lugar de residencia</b>		
Rural	10490	46,3
Urbana	11301	53,7

En la Tabla 7 se observa que el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años utilizaron en mayor proporción los servicios de salud, representando un 46,8% de las atenciones, seguidos por los grupos de 45 a 54 (23,2%), mayores de 65 (15,1%), de 1 a 14 (13,9%) y finalmente, los menores de 1 año representaron solo el 1% de las atenciones brindadas en la institución de salud. También se observó que, los habitantes de la zona

urbana consultaron en mayor proporción, alcanzando el 53,7% de las atenciones y la zona rural el 46,3%. (Ver Tabla 7)

**Tabla 7. Utilización de servicios de salud en la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con el grupo de edad y lugar de residencia, durante 2020-2021.**

Grupo de edad	Zona de residencia		Total	
	Urbana	Rural	n	%
Menos de 1 año	620	726	1346	1,0
1-14	10695	7994	18689	13,9
15-44	32706	29992	62698	46,8
45-64	17113	13936	31049	23,2
65 y más	10885	9398	20283	15,1
<b>Total</b>	<b>72019</b>	<b>62046</b>	<b>134065</b>	<b>100</b>
<b>% por lugar de residencia</b>	<b>53,7</b>	<b>46,3</b>		

De las atenciones realizadas en la E.S.E, el 43% no contaban con el registro del área de atención, que, de acuerdo con la información brindada por el personal de la institución, indica que fueron servicios que no se facturaron, el 28,9% correspondió a consulta externa, el 25,7% fueron actividades de Promoción y Mantenimiento de la salud, el 2,4% se les atribuyó a citas incumplidas. (Ver Tabla 8)

**Tabla 8. Frecuencia de servicios de salud prestados por la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz de acuerdo con el área de atención y sexo, durante 2020-2021.**

Área de atención	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
Cita incumplida	2261	1007	3268	2,4
PyM	25590	8810	34400	25,7
Consulta externa	26940	11841	38781	28,9
Servicios sin facturar	45474	12142	57616	43,0
<b>Total</b>	<b>100265</b>	<b>33800</b>	<b>134065</b>	<b>100</b>

De otra parte, el promedio general de consultas por año fue de 8,6 atenciones/persona para el 2020 y de 9,1 para el 2021. Así mismo, al calcular el promedio de atenciones realizadas por paciente según el área de atención, zona de residencia y sexo, se observa que el promedio general de atenciones por usuario fue de 6,4. Con relación al lugar de residencia y sexo, las mujeres tuvieron un promedio de atenciones similar tanto en la

zona urbana como en la rural (7,2 y 7,1 respectivamente), en cambio, los hombres de la zona urbana cuentan con un promedio de 4,5 atenciones, mientras que en la rural tuvieron un promedio de 3,9. Del mismo modo, los servicios sin facturar cuentan con un promedio mayor al promedio general (7,7), seguida de atenciones de promoción y mantenimiento de la salud (6,1) y la consulta externa con un promedio de atenciones de 5,2. (Ver tabla 9)

**Tabla 9. Promedio de atenciones brindadas a los usuarios de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz durante 2020-2021, de acuerdo con el área de atención por zona de residencia y sexo.**

Área de atención	Urbana		Rural		Total
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
Cita incumplida	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Consulta externa	4,4	6,2	3,5	4,8	5,2
PyM	5,0	6,6	5,0	6,3	6,1
Servicio sin facturar	4,5	8,5	3,6	8,9	7,7
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>7,2</b>	<b>3,9</b>	<b>7,1</b>	<b>6,4</b>

Por otro lado, se observa que el 87% de las atenciones se realizaron a través del régimen subsidiado, el 7,1 en el régimen contributivo y el 3,4% al régimen vinculado o especial, notando también que hubo un 0,4% de las atenciones realizadas a la Población Pobre no Asegurada (PPNA). (Ver Tabla 10)

**Tabla 10. Distribución de atenciones brindadas a la población del municipio de acuerdo con el régimen de atención y ubicación de residencia, durante 2020-2021.**

Régimen de atención	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
PPNA	385	0,5	137	0,2	522	0,4
Otro	1624	2,3	1148	1,9	2772	2,1
Vinculado	3858	5,4	721	1,2	4579	3,4
Contributivo	7377	10,2	2188	3,5	9565	7,1
Subsidiado	58775	81,6	57852	93,2	116627	87,0
<b>Total</b>	<b>72019</b>	<b>100</b>	<b>62046</b>	<b>100</b>	<b>134065</b>	<b>100</b>

Del mismo modo, se observa que el 53,7% de las atenciones fueron realizadas a personas residentes en la zona urbana, y el 46,3% a residentes en la zona rural. (Ver tabla 10)

## Causas de atención por capítulo de la CIE-10

Analizando la morbilidad atendida de acuerdo con los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se evidencia principalmente que el 30,8% de las atenciones se presentaron por factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, el 12,4% por enfermedades del sistema circulatorio, el 8,7% por enfermedades del sistema digestivo y el 6,8% por enfermedades del sistema genitourinario. También, se observó que hubo un 13,3% de las atenciones que no tienen un diagnóstico definido. (Ver Tabla 11)

**Tabla 11. Frecuencia de la morbilidad atendida de acuerdo con los capítulos de la CIE-10, según sexo y año de atención.**

Capítulo CIE-10	2020		2021		Total	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	n	%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	14	13	12	9	48	0,0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7	8	34	8	57	0,0
Códigos para propósitos especiales			92	46	138	0,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	50	16	120	45	231	0,2
Embarazo, parto y puerperio	142		250		392	0,3
Tumores [neoplasias]	144	37	202	48	431	0,3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	220	138	184	80	622	0,5
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	298	99	408	127	932	0,7
Trastornos mentales y del comportamiento	218	287	222	211	938	0,7
Enfermedades del ojo y sus anexos	329	202	340	229	1100	0,8
Enfermedades del sistema nervioso	485	352	391	288	1516	1,1
Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas	487	474	590	465	2016	1,5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	630	442	594	420	2086	1,6
Enfermedades del sistema respiratorio	883	623	753	537	2796	2,1
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	842	648	966	739	3195	2,4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1751	876	1797	803	5227	3,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2109	746	3371	1276	7502	5,6
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2587	1146	3094	1437	8264	6,2
Enfermedades del sistema genitourinario	3508	878	3760	995	9141	6,8
Enfermedades del sistema digestivo	2389	1321	5049	2922	11681	8,7
Enfermedades del sistema circulatorio	5119	2514	6064	2965	16662	12,4
Atención sin diagnóstico	6517	1818	8157	1364	17856	13,3
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	14490	1857	20596	4291	41234	30,8
<b>Total</b>	<b>43219</b>	<b>14495</b>	<b>57046</b>	<b>19305</b>	<b>134065</b>	<b>100</b>

Ahora bien, hubo mayor número de atenciones en el año 2021, en el cual se realizó el 57% del total de las atenciones, evidenciando una diferencia del 14% respecto al año 2020.

### Causas de atención por grupo de la CIE-10 según variables sociodemográficas

De las principales cinco causas de atención por grupo de edad encontradas de acuerdo con los grupos de clasificación de enfermedades CIE-10 se encontró lo siguiente: las personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción (32,8% entre 15-44 años); personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes (19,7% en <15 años); enfermedades hipertensivas (19,6% en >44 años); las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (13,1% en todos los grupos de edades, excepto en menores de 1 año); finalmente, otras enfermedades del sistema urinario (5,6% en >14 años). (Ver Tabla 12)

**Tabla 12. Cinco principales causas de atención por grupo de edad de acuerdo con los grupos de clasificación de enfermedades de la CIE-10.**

Grupo de edad	Principales causas de atención de acuerdo con el Grupo de la CIE-10	Urbana				Rural				Total	
		Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	n	%
<b>Menor de 1 año</b>	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	2	0,9	3	1,1	3	1,0	4	1,3	12	1,1
	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4	1,7	12	4,4	2	0,7	8	2,5	26	2,4
	Síntomas y signos generales	6	2,6	3	1,1	2	0,7	11	3,5	22	2,0
	Dermatitis y eczema	11	4,8	8	2,9	5	1,7	8	2,5	32	2,9
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	206	90,0	249	90,5	274	95,8	283	90,1	1012	91,7
<b>de 1 a 14</b>	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	164	5,7	178	5,5	139	5,9	140	5,7	621	5,7
	Síntomas y signos generales	202	7,0	211	6,5	115	4,9	104	4,3	632	5,8
	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	217	7,5	287	8,9	125	5,3	163	6,7	792	7,2
	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	610	21,2	688	21,2	446	18,9	474	19,4	2218	20,3



Grupo de edad	Principales causas de atención de acuerdo con el Grupo de la CIE-10	Urbana				Rural				Total	
		Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	n	%
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	1685	58,5	1877	57,9	1541	65,1	1564	64,0	6667	61,0
de 15 a 44	Síntomas y signos generales	594	3,6	225	15,0	397	2,3	149	13,9	1365	3,7
	Otras enfermedades del sistema urinario	1079	6,6	206	13,7	833	4,7	121	11,3	2239	6,1
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	1706	10,4	365	24,3	1586	9,0	253	23,6	3910	10,7
	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	1749	10,7	679	45,3	1412	8,0	531	49,6	4371	12,0
	Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	11273	68,7	25	1,7	13338	75,9	16	1,5	24652	67,5
de 45 a 64	Otras enfermedades del sistema urinario	607	10,8	156	7,3	428	8,8	122	7,2	1313	9,2
	Diabetes mellitus	766	13,7	286	13,4	696	14,3	226	13,3	1974	13,8
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	853	15,2	305	14,3	707	14,5	265	15,6	2130	14,9
	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	959	17,1	499	23,3	730	15,0	366	21,6	2554	17,9
	Enfermedades hipertensivas	2415	43,1	892	41,7	2312	47,4	718	42,3	6337	44,3
Mayores de 65	Otras enfermedades del sistema urinario	212	5,3	135	5,5	187	5,2	128	5,5	662	5,3
	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	178	4,5	198	8,0	147	4,1	167	7,2	690	5,6
	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	342	8,6	244	9,9	289	8,0	200	8,6	1075	8,7
	Diabetes mellitus	548	13,7	286	11,6	469	13,0	209	9,0	1512	12,2
	Enfermedades hipertensivas	2712	67,9	1600	65,0	2514	69,7	1624	69,8	8450	68,2
<b>Total</b>		<b>29100</b>		<b>9617</b>		<b>28697</b>		<b>7854</b>		<b>75268</b>	

En la tabla anterior se observa que la principal causa de morbilidad atendida en menores de un 1 año hasta los 14, son aquellas de personas en contacto con los servicios de salud para investigación de exámenes, entre los 15 y 44 años correspondió a personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción y para las personas de 45 años y más, la principal causa de morbilidad atendida fueron las enfermedades hipertensivas.

## Causas de atención por categoría de tres caracteres de la CIE-10 según variables sociodemográficas

Para las personas menores de 15 años, una de las principales causas de atención de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, es por Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado con un 60,6%. Otras causas relacionadas con la salud oral como: la caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales representaron un 16,4% de las atenciones en este grupo poblacional. Del mismo modo, el 4,9% corresponden a personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias. (Ver Tabla 13)

**Tabla 13. Diez principales causas de atención en menores de quince años de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia.**

Clasificación de morbilidad según categorías de tres caracteres de la CIE-10	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Otras dermatitis	216	1,8	119	1,0	335	2,7
Fiebre de otro origen y de origen desconocido	278	2,3	130	1,1	408	3,3
Otros trastornos del sistema urinario	275	2,2	147	1,2	422	3,4
Parasitosis intestinal, sin otra especificación	322	2,6	202	1,6	524	4,3
Rinofaringitis aguda [resfriado común]	324	2,6	205	1,7	529	4,3
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	331	2,7	202	1,6	533	4,3
Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	334	2,7	272	2,2	606	4,9
Gingivitis y enfermedades periodontales	369	3,0	346	2,8	715	5,8
Caries dental	473	3,8	304	2,5	777	6,3
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	3878	31,5	3584	29,1	7462	60,6
<b>Total</b>	<b>6800</b>	<b>55,2</b>	<b>5511</b>	<b>44,8</b>	<b>12311</b>	<b>100</b>

Por otra parte, para el caso de las personas entre los quince y cuarenta y cuatro años, las principales causas de atención de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE 10, se encuentra que la supervisión de embarazo de alto riesgo representó un 32,3% de las atenciones para ese grupo de edad, donde las personas de la zona rural tuvieron un porcentaje más alto respecto a las de la zona urbana. Así mismo la atención para la anticoncepción representó un 28%. Es de resaltar que la supervisión de embarazo normal, otros trastornos del sistema urinario y otras causas relacionadas con la salud oral

también entraron en las primeras 10 causas de atención para las personas en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. (Ver Tabla 14)

**Tabla 14. Diez principales causas de atención en personas entre quince y cuarenta y cuatro años de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia.**

Clasificación de morbilidad según categorías de tres caracteres de la CIE-10	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensión esencial (primaria)	578	1,7	405	1,2	983	2,8
Dolor abdominal y pélvico	573	1,7	467	1,3	1040	3,0
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	603	1,7	481	1,4	1084	3,1
Gingivitis y enfermedades periodontales	857	2,5	696	2,0	1553	4,5
Caries dental	897	2,6	730	2,1	1627	4,7
Otros trastornos del sistema urinario	1211	3,5	908	2,6	2119	6,1
Supervisión de embarazo normal	1215	3,5	1303	3,8	2518	7,3
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1464	4,2	1368	4,0	2832	8,2
Atención para la anticoncepción	4530	13,1	5150	14,9	9680	28,0
Supervisión de embarazo de alto riesgo	4993	14,4	6202	17,9	11195	32,3
<b>Total</b>	<b>16921</b>	<b>48,9</b>	<b>17710</b>	<b>51,1</b>	<b>34631</b>	<b>100</b>

Finalmente, para el caso de las personas mayores de 44 años, la hipertensión esencial (primaria) fue la principal causa de atención con un 53,6% de las atenciones para este grupo de edad. Así mismo, se encontró que la diabetes mellitus no insulino dependiente, otros trastornos del sistema urinario, los exámenes generales e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado, los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, entre otros, están entre las principales causas de atención de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10. (Ver Tabla 15)

**Tabla 15. Diez principales causas de atención en personas mayores a cuarenta y cuatro años, de acuerdo con las categorías de tres caracteres de la CIE-10, según lugar de residencia.**

Clasificación de morbilidad según categorías de tres caracteres de la CIE-10	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	483	1,8	408	1,5	891	3,2
Gingivitis y enfermedades periodontales	507	1,8	416	1,5	923	3,4
Caries dental	607	2,2	393	1,4	1000	3,6
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	630	2,3	549	2,0	1179	4,3
Dorsalgia	791	2,9	535	1,9	1326	4,8
Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	817	3,0	575	2,1	1392	5,1

Clasificación de morbilidad según categorías de tres caracteres de la CIE-10	Urbana		Rural		Total	
	n	%	n	%	n	%
Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	843	3,1	631	2,3	1474	5,4
Otros trastornos del sistema urinario	1053	3,8	823	3,0	1876	6,8
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1459	5,3	1259	4,6	2718	9,9
Hipertensión esencial (primaria)	7601	27,6	7157	26,0	14758	53,6
<b>Total</b>	<b>14791</b>	<b>53,7</b>	<b>12746</b>	<b>46,3</b>	<b>27537</b>	<b>100</b>

## 8. Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, se observó que el 87% de las atenciones fueron realizadas a personas afiliadas al régimen subsidiado. Esto es explicado por la categoría en la que se encuentra clasificado el municipio que, de acuerdo con información de la Contaduría General de la Nación, el municipio de San Pedro de Urabá se encuentra clasificado en la sexta categoría. Dado que la mayoría de las personas tienen un ingreso económico bajo y/o no cuentan con un empleo formal, esto se convierte en una barrera económica para cotizar al régimen contributivo (47). Por otra parte, se identifica que no solo existe cobertura, sino también acceso equitativo de los servicios de salud en el municipio, en especial en la E.S.E. Hospital Óscar Emiro Vergara Cruz. Lo anterior demuestra que factores como los económicos e incluso las características mismas del sistema de salud colombiano, no influyen en el acceso y utilización de los servicios de salud en la institución. Cabe señalar que la entidad prestadora de servicios de salud objeto del presente estudio, es de carácter público.

Por otra parte, se observó que las mujeres acudieron en mayor proporción a los servicios de salud, respecto a los hombres, información que coincide con el estudio realizado por Gómez en el que realizó una aproximación empírica sobre el género, la equidad y el acceso a los servicios de salud. La autora señala que, el hecho que las mujeres utilizan más de los servicios de salud obedece a un mayor nivel de necesidad, específicamente en atenciones preventivas y ocurre principalmente en la edad reproductiva. sin embargo, este hecho puede variar de acuerdo con otros factores como: los institucionales y estructurales, actitudes y conductas e incluso las barreras financieras (19).

Otro aspecto para señalar es que los grupos de edades en los que hubo mayor utilización de los servicios de salud fueron los de 15 a 44 y de 45 a 64 años, hallazgo que difiere

con lo indicado por Mendoza R. y Béria J. en el estudio “Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados”, en el cual indica que los factores de utilización como la edad, los grupos extremos, es decir, niños y ancianos, utilizan más los servicios que otros grupos de edad. No obstante, en el mismo trabajo, los autores mencionan que existen otros tipos de estudios en los que señalan que mientras más aumenta la edad, aumenta la utilización de los servicios, lo que se acerca más a los resultados del presente estudio; los menores de 15 años muestran dicha tendencia, sin embargo, sucede lo contrario con las personas mayores de 15 años, es decir, mientras que para el grupo de 15 a 44 años el porcentaje de utilización es del 46,8%, para los grupos de 45 a 64 y mayores de 65 el porcentaje de utilización es de 23,2% y 15,1% respectivamente (9). Respecto al promedio de atenciones/año, se observó que para el 2020 los pacientes tuvieron un promedio de 8,6 y en el 2021 aumentó a 9,1 atenciones/año, aspecto que requiere de un análisis más profundo para indagar sobre el rendimiento de los servicios de consulta externa en los respectivos años (48–50).

Debido a que en la mayoría de los estudios encontrados se tienen en cuenta grupos poblacionales en específico como población vulnerable o generalmente tratan sobre un tipo de atención diferente a consulta externa o enfermedad específica como: urgencias, salud mental, diabetes, salud Materno Infantil, enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas intestinales, entre otras, lo cual no posibilita comparar de manera integral este estudio en relación con los demás encontrados en la literatura (12,44,51). Adicionalmente, en algunos de los estudios encontrados utilizaron una clasificación diferente a la utilizada en la presente investigación, la cual corresponde a los capítulos, grupos y categorías de tres caracteres de la CIE-10.

Respecto a la morbilidad atendida de acuerdo con los capítulos de la CIE-10, se evidenció que la mayor frecuencia se presentó en los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, donde las principales causas de atención según la categoría de tres caracteres de la CIE-10, correspondieron a Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado, Supervisión de embarazo de alto riesgo, Atención para la anticoncepción, las cuales representaron el

81% de las atenciones en este grupo, dichas atenciones fueron realizadas principalmente a través de procedimientos sin factura, revisión, control y cuidado prenatal, notas de enfermería en consulta externa, control de crecimiento y desarrollo, ingreso a planificación familiar, ambulatoria, control de cuidado e ingreso a control prenatal, medicina en primera infancia, entre otras actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Lo anterior se encuentra relacionado con lo indicado por la OPS respecto a dicha clasificación de la CIE-10, la cual indica que esta debe ser utilizada en los casos en los que no se consideren enfermedades, lesiones, ni causas externas, las cuales se pueden originar en dos vías claves: cuando una persona que puede o no estar enferma recibe una atención por alguna situación presente como recibir una vacuna, discutir un problema que no es por sí mismo una enfermedad, o en el caso en el que exista una circunstancia o problema que influya en el estado de salud de una persona, sin que esta sea considerada una enfermedad (52).

Por otro lado, las atenciones relacionadas con la salud bucal como la gingivitis y enfermedades periodontales, caries dental y enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, se encontró que son unas de las principales causas de atención en todos los grupos de edad, excepto en menores de 1 año, sin embargo, fue más fuerte en el grupo de 15 a 44 años. Hallazgo que es muy similar a lo encontrado en la revisión de la literatura sobre los factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos, realizada por Flores N. y López V, en el cual citan que respecto a la edad se encontró un patrón de una curva en forma inversa donde los niños pequeños y adultos mayores utilizaron menos los servicios de salud odontológicos. Adicionalmente, también encontraron que una orientación preventiva a través de los padres puede influir en el oportuno uso de los servicios para mejorar la salud bucal en los niños (53).

## 9. Conclusiones

En el análisis de la base de datos suministrada por la E.S.E. se evidenció que las atenciones fueron realizadas en su mayoría a personas afiliadas al régimen subsidiado, y que las mujeres asistieron en mayor proporción a los servicios sanitarios. Adicionalmente, y de acuerdo con la clasificación CIE-10 por capítulo, los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud fue la principal causa de atención, así mismo, por las categorías de tres caracteres de la CIE-10 se observa que el Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado afectó principalmente a personas menores de 15 años, la supervisión de embarazo de alto riesgo afecto a personas de sexo femenino en edades comprendidas entre los 15 y 44 años y la Hipertensión esencial (primaria) afectando principalmente a mujeres mayores de 44 años.

Por otra parte, también se evidenció que una gran proporción de los registros no contaban con el área de atención, los cuales corresponden a servicios no facturados, representando un 43% de las atenciones realizadas. Debido a esto, se requiere un análisis más amplio para conocer las razones por las cuales no se están facturando estos servicios y como afecta a la financiación de la institución, dado que el porcentaje de estos servicios no facturados es elevado.

Es de resaltar que la importancia de la calidad de la información en una investigación debe ser alta. Como se explicaba en el desarrollo del presente trabajo, los sistemas de información contribuyen a que los datos sean de alta calidad por la estandarización y validación de la información a ingresar, sin embargo, existen otros factores como los humanos, en los que pueden llegar a cometer errores involuntarios. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante conocer a detalle la calidad en los datos para los registros que no cuentan con el área o sin diagnóstico registrado.

## **10. Recomendaciones**

Realizar otros estudios que permitan analizar las causas específicas de atención para los grupos poblacionales de mayor interés de la institución, tomando como referente el presente trabajo como punto de partida. Del mismo modo, para identificar las condiciones de salud oral de la población, dado que esta condición representó un porcentaje importante como causa de atención en salud en la mayoría de los grupos de edades.

Realizar un análisis más profundo para indagar sobre cuál fue el rendimiento de los servicios de consulta externa en los respectivos años, debido a que para el 2021, el promedio de atenciones/personas es elevado.

Realizar acciones de sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva enfocada al grupo poblacional que más asistió a los servicios sanitarios por causas relacionadas con la reproducción, es decir, a personas en edades entre los 15 y 44 años.

Identificar las razones específicas por las cuales algunas de las atenciones no fueron facturadas, con el fin de establecer acciones que conlleven a mitigar riesgos financieros en caso de que estos se evidencien en el estudio.

Sensibilizar y capacitar al personal médico y administrativo sobre el manejo y calidad de la información para generar estadísticas relevantes que conlleven a tomar acciones precisas para el mejoramiento en el estado de salud de los pacientes y en la atención de estos, así mismo, capacitar al personal médico en codificación CIE-10 y CIE-11 para codificar cada vez mejor las enfermedades por las cuales las personas consultan los servicios de salud a través de las consultas externas.



## **11. Agradecimientos**

Agradecer a Dios por la fortaleza que me brindó día a día en medio de la incertidumbre, la desmotivación, los tropiezos y caídas que surgieron durante este proceso duradero, y que al final se convirtió en una victoria dedicada a él, a Dios.

A la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia por ser ese hogar que contribuyó de gran manera a mi formación tanto personal como profesional, brindándome a través de sus docentes y personas colaboradoras una formación de calidad.

A la docente Nora Adriana Montealegre por su constante motivación y buenos consejos que contribuyeron a que mantuviera la moral en alto para culminar el presente trabajo. A los docentes Carlos Alberto Tangarife Villa y Alfonso Heli Marín Echeverri, quienes me asesoraron y compartieron su conocimiento para el desarrollo exitoso del presente trabajo.

Al personal de la E.S.E. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz, quienes permitieron que el presente trabajo fuera llevado a cabo en su institución, además por ese apoyo que siempre tuve por parte de ellos.

A cada una de las personas que con su granito de arena estuvo siempre presente para que este trabajo culminara de la mejor forma y que también estuvieron presentes durante toda mi formación como profesional.

## 12. Referencias

1. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Morbilidad [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dssa.gov.co/index.php/morbilidad-estadisticas>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal de Salud - Preguntas frecuentes [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9748:cobertura-universal-salud-preguntas-frecuentes&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud Universal [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
4. Ministerio de Salud y Protección social. Interoperabilidad de Datos de la Historia Clínica en Colombia [Internet]. Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación. 2013 [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/ihc/Documentos compartidos/ABC-IHC.pdf](https://www.minsalud.gov.co/ihc/Documentos%20compartidos/ABC-IHC.pdf)
5. Demichelis M, Correa MS, Bertone RA. Interoperabilidad e integración entre sistemas de información en salud. Arduino GA, Alfonso PL, editores. XXIV Congr Argentino Ciencias la Comput (La Plata, 2018) [Internet]. 2018 [citado 18 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/73476>
6. Oracle Colombia. Qué es una base de datos | Oracle Colombia [Internet]. [citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.oracle.com/co/database/what-is-database/>
7. Arias Pérez JE, Aristizábal Botero CA. El dato, la información, el conocimiento y su productividad en empresas del sector público de Medellín. [citado 16 de julio de 2023]; Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/277269127>
8. ¿Qué son las Consultas Externas? - Hospital Ribera Juan Cardona [Internet]. [citado 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://riberasalud.com/juan-cardona/2017/09/06/que-son-las-consultas-externas/>
9. Mensoza Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. agosto de 2001 [citado 9 de mayo de

- 2022]; Disponible en:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/vhrTfWfyfY97djzjNfGKHjd/?format=pdf&lang=es>
10. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. SCIELO [Internet]. 30 de septiembre de 2003 [citado 30 de julio de 2022];17(5). Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112003000500011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500011)
  11. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Publica Mex [Internet]. 1998 [citado 9 de mayo de 2022];40(1):13-23. Disponible en:  
<https://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400103.pdf>
  12. Bernal O, Forero JC, Del Pilar Villamil M, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2012 [citado 28 de agosto de 2023];31(3):181-8. Disponible en:  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v31n3/01.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v31n3/01.pdf)
  13. García Rosique RM. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2010 [citado 2 de septiembre de 2023];32(3):0-0. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  14. Llabata Carabal P, Simarro Carmona J. Educación para la salud: Hipertensión arterial. Epidemiología. Enferm Cardiol [Internet]. 2005 [citado 2 de septiembre de 2023];12(35):28-32. Disponible en:  
[https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62a06bbbd7299\\_3504.pdf](https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62a06bbbd7299_3504.pdf)
  15. Duque Duque VE, Tamayo Castrillón J, Echeverri Cadavid PA, Gutiérrez Osorio AY, Sepúlveda Correa D, Giraldo Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Scielo [Internet]. junio de 2013 [citado 9 de mayo de 2022];26(1). Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-)

971X2013000100002

16. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* [Internet]. abril de 2008 [citado 16 de julio de 2023];24(4):745-54. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FkTdxVbxtqyDmdwbC6wNvNd/?lang=es>
17. Lopera-Medina MM. Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 30 de agosto de 2017 [citado 30 de julio de 2022];16(32):120-37. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/19891>
18. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 16 de julio de 2023];20(6):1947-58. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PYKVmp34b8S8Zxv9ZTrzjJ/?lang=es&format=html>
19. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 19 de agosto de 2023];11:327-34. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpsp/v11n5-6/10718.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v11n5-6/10718.pdf)
20. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del «cuánto» al «por qué»: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex.* 1997;39(5):442-50.
21. ESCOBAR DÍAZ GL, OROZCO MOLINA AM, NÚÑEZ MONTES JR, MUÑOZ FL. Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en Colombia 1993-2017. Un análisis de las políticas públicas. *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 2020 [citado 9 de septiembre de 2023];36(3):558-70. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522020000300558&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000300558&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. Rojas CM, Mayorga W. Principales causas de la mortalidad en Colombia. *Rev Fasecolda* [Internet]. 3 de octubre de 2018 [citado 31 de agosto de 2023];(171):27-35. Disponible en:

<https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/view/453>

23. DANE. Anuario Nacional de Estadísticas Vitales [Internet]. 2021 [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/anuario-EEVV-2019/anuario-nacional-de-estadisticas-vitales-colombia-2019.pdf>
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Impactos de la pandemia en los sectores productivos más afectados abarcarán a un tercio del empleo y un cuarto del PIB de la región | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 [citado 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/impactos-la-pandemia-sectores-productivos-mas-afectados-abarcaran-un-tercio-empleo-un>
25. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the Overuse of Ambulatory Health Care Services in the United States. JAMA Intern Med [Internet]. 28 de enero de 2013 [citado 7 de agosto de 2022];173(2):142-8. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1485988>
26. DANE. Geoportal del DANE - Geovisor CNPV 2018 [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/>
27. BibliotecaDigital - ASIS-antioquia-2020.zip [Internet]. Actualización del Análisis de Situación de Salud del municipio de San Pedro de Urabá. 2021 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=23225>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro actual de prestadores de servicios de salud [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
29. Ministerio de Salud y Protección Social. BibliotecaDigital - asis-antioquia-2017.zip [Internet]. [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=16824>
30. Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz. Nuestros Servicios [Internet]. [citado 2 de abril

de 2022]. Disponible en: <https://esehoevc.gov.co/nuestros-servicios/>

31. Cardona J. ¿Qué son las Consultas Externas? - Hospital Ribera Juan Cardona [Internet]. [citado 22 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://riberasalud.com/juan-cardona/2017/09/06/que-son-las-consultas-externas/>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; jun 6, 2016. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto 0780 de 2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
33. Valenzuela B MT. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Cienc Trab [Internet]. 1 de junio de 2005 [citado 15 de mayo de 2023]; Disponible en: [www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)
34. Shalev V, Chodick G, Heymann AD, Kokia E. Gender differences in healthcare utilization and medical indicators among patients with diabetes. Public Health. 1 de enero de 2005;119(1):45-9.
35. Maritza Alcaraz Agüero M, Yaimí Nápoles Román A, Isbel Chaveco Guerra A, Máximo Martínez Rondón A, Juan Mario Coello Agüero A, Auxiliar Policlínico Docente P, et al. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 13 de agosto de 2022];14(7):982-93. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
36. Asamblea Constituyente de Colombia de 1991. Constitución Política de la República de Colombia [Internet]. 1991 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
37. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1266 de 2008 [Internet]. 2008 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34488>
38. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1581 de 2012 [Internet]. 2012 [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
39. CLINIC CLOUD. Tipos de historia clínica que existen en la actualidad - Clinic Cloud

- [Internet]. [citado 13 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/tipos-de-historia-clinica/>
40. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 23 de 1981 - Por la cual se dictan normas en materia de ética médica [Internet]. 1981. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=68760>
  41. Amarillo Domínguez D. Línea de tiempo de la historia clínica a la historia clínica electrónica [Internet]. 2020 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4996/TRABAJO\\_FINAL\\_HCE\\_DANIELAAMARILLO.pdf;jsessionid=A35387B79DF79106839DA597A7BCB27C?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4996/TRABAJO_FINAL_HCE_DANIELAAMARILLO.pdf;jsessionid=A35387B79DF79106839DA597A7BCB27C?sequence=1)
  42. Minota Parra T, Cardona Palacio D. Evolución de la historia clínica electrónica en el sector salud en Colombia HCE en salud. Inst Univeritaria Salazar y Herrera [Internet]. 2016;27:41-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761074>
  43. Rendón Gutiérrez IS, Ruiz Pérez DF, Suárez H. V, Juan David P. Historias Clínicas Digitales Desde La Perspectiva Colombiana : Seguridad , Calidad Y Gestión Del Dato Digital Clinical Histories From the Colombian Perspective : Security , Quality and Data Management Histórias Clínicas Digitais Desde a Perspectiva Colomb. 2018;13(24):22-8.
  44. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 9 de mayo de 2022];45:89-95. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  45. Antioquia U de. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. En 2010.
  46. Ministerios de Salud y Protección Social. Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Lineamie>

ntos-Tecnicos-para-IPS.pdf

47. Consejo Municipal de San Pedro de Urabá. Plan de Desarrollo Territorial 2020-2023 (Acuerdo 002-2020). [citado 1 de septiembre de 2023]; Disponible en: [https://www.sanpedrodeuraba-antioquia.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Plan de Desarrollo Territorial 2020-2023 \(Acuerdo 002-2020\).pdf](https://www.sanpedrodeuraba-antioquia.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionyControl/Plan_de_Developmento_Territorial_2020-2023_(Acuerdo_002-2020).pdf)
48. Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez A, García Lavandera L, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias P. Estudio comparativo entre población normal e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Atención Primaria* [Internet]. 30 de noviembre de 1996 [citado 2 de septiembre de 2023];18(9):484-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-estudio-comparativo-entre-poblacion-normo-14409>
49. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Atención Primaria*. 1 de enero de 2001;27(9):658-62.
50. Rivera Casares F, Illana Mayordomo A, Oltra Benavent A, Narváez Hostaled M, Benloch C, Rovira Peña B. Características de los Pacientes que no Utilizan las Consultas de Atención Primaria. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2000;14(2):117-21.
51. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. TRENDS IN THE OVERUSE OF AMBULATORY HEALTH CARE SERVICES IN THE U.S. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 16 de julio de 2023];173(2):142. Disponible en: </pmc/articles/PMC3776407/>
52. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud [Internet]. [citado 27 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/CAP21.html>
53. Lara Flores N, López Cámara V. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Rev ADM Órgano Of la Asoc Dent Mex* [Internet]. 2002 [citado 3 de septiembre de 2023];59(3):100-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=5447>