



**Caracterización sociodemográfica de la población atendida en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia 2018 - 2022**

Erika Marcela Carmona Rojas  
Lina Yurany Machado Gutiérrez

Trabajo de grado para optar al título de Profesional en Administración en Salud

Asesora  
Paola Andrea Idárraga Chavarriaga  
Administradora en Salud, Magíster en Administración (MBA)

Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"  
Administración en Salud  
Santa Fe de Antioquia  
2023

<b>Cita</b>	Carmona Rojas y Machado Gutiérrez (1)
<b>Referencia</b>	(1) Carmona Rojas EM, Machado Gutiérrez LY. Caracterización sociodemográfica de la población atendida en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia 2018 - 2022 [Trabajo de grado profesional]. Santa Fe de Antioquia, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.
<b>Estilo Vancouver/ICMJE (2018)</b>	



Biblioteca Salud Pública

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

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

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** Edwin González Marulanda.

**Jefe departamento:** Mónica Lucía Jaramillo Gallego.

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.

## **Agradecimientos**

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que han sido fundamentales en el proceso de nuestra profesionalización en Administración en Salud en la Seccional Occidente de la Universidad de Antioquia.

En primer lugar, agradecemos a la Facultad Nacional de Salud Pública por brindarnos la invaluable oportunidad de llevar a cabo esta formación académica en un entorno académico de excelencia.

Deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento al profesor Héctor Bayron Agudelo García por su destacada labor docente y su dedicación en transmitirnos sus vastos conocimientos y experiencias. Su orientación y apoyo han sido fundamentales para nuestro crecimiento académico y profesional.

Asimismo, queremos agradecer de manera especial a la profesora Paola Andrea Idárraga Chavarriaga, cuya dedicación y asesoría han sido vitales para nuestro desarrollo académico. Su guía y consejos han sido un pilar importante en este camino de aprendizaje.

Le agradecemos a la Secretaría de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia. Su colaboración y apoyo han sido esenciales para la realización de nuestro trabajo de grado, al proporcionarnos la información necesaria y estar atentos a todas las solicitudes durante el proceso.

Sin la ayuda y el respaldo de todas estas personas e instituciones, este logro no hubiera sido posible. Estamos profundamente agradecidas por la oportunidad de crecer y aprender en este campo tan importante y relevante como lo es la Administración en Salud.

De nuevo, nuestro más sincero agradecimiento a cada uno de ustedes por haber sido parte fundamental de nuestro trayecto académico.

## Contenido

Resumen .....	11
Introducción.....	13
1. Planteamiento del problema .....	14
2. Justificación .....	18
3. Objetivos .....	20
3.1 Objetivo general.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4. Marco teórico .....	21
4.1 Marco conceptual .....	21
4.2 Marco normativo .....	25
4.3 Marco contextual.....	27
4.3.1 Generalidades .....	27
4.3.2 Demografía .....	28
4.3.3 Etnografía .....	28
4.3.4 Vías de comunicación .....	28
4.3.5 Geografía.....	28
4.3.6 Clima .....	29
4.3.7 E.S.E Hospital San Juan de Dios .....	29
4.4 Marco referencial o estado del arte .....	33
5. Metodología .....	35
5.1 Tipo de estudio .....	35
5.2 Métodos .....	35
5.3 Fundamentación ontológica y epistemológica del estudio.....	35
5.4 Enfoque de la investigación .....	36
5.5 Población participante .....	36
5.6 Criterios de inclusión y exclusión .....	37
5.6.1 Criterios de inclusión .....	37
5.6.2 Criterios de exclusión .....	37
5.7 Fuentes de información .....	37
6. Diseño.....	39

6.1 Matriz de variables .....	39
6.2 Plan de análisis.....	40
6.3 Análisis y procesamiento de la información .....	41
7. Consideraciones administrativas .....	42
8. Consideraciones éticas .....	43
9. Resultados.....	44
9.1 Del proceso .....	44
9.2 Caracterización de los usuarios .....	45
9.3 Servicio de consulta externa .....	47
9.4 Servicio de hospitalización .....	63
9.5 Servicio de urgencias .....	78
9.6 Plan de acción .....	92
10. Limitaciones del estudio .....	101
11. Discusión .....	102
12. Conclusiones .....	106
13. Recomendaciones.....	109
Referencias .....	112
Anexos .....	115
Aval institucional.....	115

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Descripción de variables .....	37
<b>Tabla 2.</b> Información detallada del plan de análisis.....	38
<b>Tabla 3.</b> Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y grupo de edad.....	46
<b>Tabla 4.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.....	49
<b>Tabla 5.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10.....	53
<b>Tabla 6.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por los diez primeros diagnósticos CIE-10.....	54
<b>Tabla 7.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y valor.....	55
<b>Tabla 8.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por grupo de edad y valor.....	57
<b>Tabla 9.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y capítulo del CIE-10.....	58
<b>Tabla 10.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.....	59
<b>Tabla 11.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.....	61
<b>Tabla 12.</b> Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y grupo de edad.....	63
<b>Tabla 13.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.....	66
<b>Tabla 14.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10.....	70
<b>Tabla 15.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por los diez primeros diagnósticos CIE-10.....	71

<b>Tabla 16.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y capítulo del CIE-10.....	72
<b>Tabla 17.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.....	74
<b>Tabla 18.</b> Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y grupo de edad.....	77
<b>Tabla 19.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.....	80
<b>Tabla 20.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10.....	84
<b>Tabla 21.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por los diez primeros diagnósticos CIE-10.....	86
<b>Tabla 22.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y capítulo del CIE-10.....	87
<b>Tabla 23.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.....	88
<b>Tabla 24.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.....	90
<b>Tabla 25.</b> Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de consulta externa.....	91
<b>Tabla 26.</b> Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de hospitalización.....	94
<b>Tabla 27.</b> Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de urgencias.....	95

## Lista de gráficos

	Pág.
<b>Gráfico 1.</b> Distribución porcentual de las atenciones en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias para el periodo 2018-2022.....	45
<b>Gráfico 2.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por sexo biológico.....	46
<b>Gráfico 3.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y grupo de edad.....	48
<b>Gráfico 4.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por zona de residencia.....	49
<b>Gráfico 5.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por nivel socioeconómico.....	51
<b>Gráfico 6.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por tipo de usuario.....	52
<b>Gráfico 7.</b> Número de atenciones en el servicio de consulta externa por año.....	53
<b>Gráfico 8.</b> Valor promedio por usuario atendido en el servicio de consulta externa durante los años 2018 – 2022.....	57
<b>Gráfico 9.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por sexo biológico.....	63
<b>Gráfico 10.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y grupo de edad.....	65
<b>Gráfico 11.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por zona de residencia.....	66
<b>Gráfico 12.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por nivel socioeconómico.....	68
<b>Gráfico 13.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por tipo de usuario.....	69
<b>Gráfico 14.</b> Número de atenciones en el servicio de hospitalización por año.....	70
<b>Gráfico 15.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por sexo biológico.....	77

<b>Gráfico 16.</b> Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y grupo de edad.....	79
<b>Gráfico 17.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por zona de residencia.....	80
<b>Gráfico 18.</b> Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por nivel socioeconómico.....	82
<b>Gráfico 19.</b> Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por tipo de usuario.....	83
<b>Gráfico 20.</b> Número de atenciones en el servicio de urgencias por año.....	84

## Siglas

**ADRES:** Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

**BDUA:** Base de datos única de afiliados.

**CIE10:** Clasificación internacional de enfermedades décima revisión.

**CIOMS:** Consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas.

**DANE:** Departamento administrativo nacional de estadística.

**EAPB:** Entidad administradora de planes de beneficios.

**ECNT:** Enfermedad crónica no transmisible.

**EPS:** Entidad promotora de salud.

**ESE:** Empresa social del estado.

**IPS:** Instituciones prestadoras de servicios de salud.

**MAITE:** Modelo de atención integral territorial.

**MIAS:** Modelo integral de atención en salud.

**OMS:** Organización mundial de la salud.

**OPS:** Organización panamericana de la salud.

**PAIS:** Política integral de atención en salud.

**PBS:** Plan de beneficios en salud.

**PDET:** Programas de desarrollo con enfoque territorial.

**RIPS:** Registro individual de prestación de servicios de salud.

**SISBEN:** Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales

**UNFPA:** Fondo de población de las naciones unidas

## Resumen

**Objetivo:** Analizar las características sociodemográficas de la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia para los años 2018 – 2022 que sirven como fuente de información para la toma de decisiones institucionales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. **Método:** Se utilizó un enfoque cuantitativo descriptivo, basado en datos de fuentes secundarias como RIPS y ADRES. **Resultados:** Durante este período, el hospital atendió a un total de 3,795 pacientes en consulta externa, 448 en hospitalización y 643 en urgencias con ECNT. Se observó una mayor prevalencia de casos en mujeres, especialmente en grupos de edades entre 60 a 64 años y mayores de 80 años. La mayoría de los pacientes residían en la zona urbana del municipio, y se prestaron servicios a personas de niveles socioeconómicos como pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad. Las enfermedades más comunes fueron las hipertensivas, endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como las del sistema respiratorio. **Conclusiones:** Se destaca la necesidad de programas de prevención y cuidado dirigidos a la población femenina y a los grupos de edad avanzada. Es crucial fortalecer el acceso a servicios médicos para personas en situaciones socioeconómicas vulnerables para garantizar una atención equitativa y de calidad. Además, se requiere un enfoque en la prevención y tratamiento de enfermedades específicas. Un enfoque continuo e integrado en mejorar la salud y el bienestar de la comunidad local en el futuro y servirá como base para la toma de decisiones institucionales en materia de salud pública.

**Palabras clave:** Demografía, enfermedad crónica, morbilidad, características de la población, estadística.

## Abstract

**Objective:** To analyze the sociodemographic characteristics of the population treated for chronic non-communicable diseases in outpatient services, hospitalization and emergencies, at the E.S.E. Hospital San Juan de Dios in Santa Fe de Antioquia for the years 2018 - 2022 serving as a source of information for institutional decision-making for health promotion and disease prevention. **Method:** A descriptive quantitative approach was used, based on data from secondary sources such as RIPS and ADRES. **Results:** During this period, the hospital treated a total of 3.795 patients in an outpatient clinic, 448 in hospitalization and 643 in emergencies with ECNT. A higher prevalence of cases was observed in women, especially in age groups between 60 and 64 years and over 80 years. Most of the patients resided in the urban area of the municipality, and services were provided to people of socio-economic levels such as extreme poverty, moderate poverty and vulnerability. The most common diseases were hypertensive, endocrine, nutritional and metabolic diseases, as well as those of the respiratory system. **Conclusions:** The need for prevention and care programmes for women and older age groups is highlighted. Strengthening access to medical services for people in vulnerable socio-economic situations is crucial to ensure equitable and quality care. In addition, a focus on the prevention and treatment of specific diseases is required. A continuous and integrated approach to improving the health and well-being of the local community in the future will serve as a basis for institutional decision-making in public health.

**Keywords:** Demography, chronic disease, morbidity, population characteristics, statistics.

## Introducción

En el ámbito de la salud pública, comprender las características sociales y demográficas de la población afectada por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es de vital importancia para la toma de decisiones institucionales. En este contexto, el presente trabajo de grado tiene como objetivo llevar a cabo un minucioso análisis de las particularidades de los pacientes atendidos en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, durante el período comprendido entre 2018 y 2022.

La información recopilada en este estudio será de gran valor para orientar las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en esta importante institución. Para lograr este propósito, se ha llevado a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, basada en datos obtenidos de fuentes secundarias, tales como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Este estudio proporciona datos relevantes y oportunos para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública, destacando la necesidad de implementar programas focalizados en la prevención y cuidado de las ECNT. El enfoque en la prevención y tratamiento de las enfermedades más prevalentes constituye una valiosa contribución para el bienestar y la salud general de la comunidad local en el futuro. Los resultados obtenidos en esta investigación serán fundamentales para la caracterización poblacional y la identificación de factores clave que impactan la morbilidad en el contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles.

De manera que, éste trabajo de grado brinda una mirada detallada sobre la población afectada por ECNT en la ESE Hospital San Juan de Dios, permitiendo orientar las políticas de salud hacia intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de los pacientes. La importancia de promover la salud y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles se destaca como una tarea prioritaria en la búsqueda de un bienestar general para la comunidad local.

## **1. Planteamiento del problema**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es un conjunto de normas y regulaciones que garantizan el acceso a servicios de salud a toda la población. Está regido principalmente por la Ley 100 de 1993, la cual establece los principios, derechos y deberes de los afiliados, así como la organización y financiamiento del sistema. Esta ley ha sido complementada por decretos, resoluciones y normativas posteriores que buscan fortalecer la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud en el país. A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se busca proteger a los colombianos y brindarles atención médica integral, promoviendo la equidad y solidaridad en el acceso a los servicios de salud (1).

Así mismo, es importante resaltar que dicho sistema, se caracteriza por su enfoque en la atención primaria en salud como pilar fundamental para garantizar el bienestar de la población. La atención primaria en salud se encuentra integrada en la estructura del sistema, siendo la puerta de entrada para la mayoría de los ciudadanos. A través de un modelo basado en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de primer contacto, se busca brindar una cobertura universal y equitativa a todos los habitantes del país. Los Centros de Salud y las Unidades Primarias de Atención se encargan de ofrecer servicios de atención médica, odontológica y de enfermería, así como programas de educación sanitaria y prevención. De este modo, el sistema de salud colombiano promueve la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y la promoción de estilos de vida saludables. A pesar de los desafíos que enfrenta, el sistema de salud colombiano ha logrado avances significativos en la atención primaria en salud, permitiendo un mayor acceso a los servicios de salud y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población (1).

Adicional a ello, la atención primaria en salud, desempeña un papel fundamental en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades, como la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, representan una carga significativa para la salud pública. La atención primaria, al ser el primer nivel de contacto con el sistema de salud, tiene la capacidad de identificar tempranamente factores de riesgo, realizar diagnósticos oportunos y brindar intervenciones preventivas. A través de la educación y promoción de estilos de vida saludables, el manejo de enfermedades crónicas, el seguimiento continuo y el acceso a medicamentos esenciales, la atención primaria en salud puede contribuir a reducir la incidencia y la gravedad de estas enfermedades,

mejorando así la calidad de vida de los individuos y reduciendo la carga en el sistema de salud (2).

En coherencia con lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define las enfermedades crónicas no transmisibles como afecciones de larga duración y progresivas que no se transmiten de una persona a otra. Estas enfermedades incluyen afecciones como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Estas enfermedades representan una carga significativa para la salud pública, ya que son la principal causa de muerte a nivel mundial y generan una gran carga económica y social. La OPS destaca la importancia de prevenir y controlar estas enfermedades a través de intervenciones basadas en la promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, así como el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria en salud (3).

Cabe destacar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la principal causa de muerte a nivel mundial, cobrando la vida de 41 millones de personas anualmente, lo que equivale al 71% de todas las muertes. En la Región de las Américas, se registran 5,5 millones de fallecimientos por ECNT cada año, siendo más del 85% de estas muertes prematuras en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayoría de las muertes por ECNT a nivel global (17,9 millones), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). Factores de riesgo como el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas poco saludables aumentan la probabilidad de fallecer debido a estas enfermedades. Para abordar este problema de salud, es esencial realizar detección, cuidado y tratamiento, así como brindar cuidados paliativos (4).

Para el caso del departamento de Antioquia se presenta un perfil de morbimortalidad mixto, con un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las principales causas de consulta son las enfermedades no transmisibles, especialmente las enfermedades del sistema circulatorio. También se destacan las neoplasias o tumores, con el tumor maligno de los órganos digestivos siendo el más mortal. Se observa una alta prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y consumo de tabaco. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una proporción significativa de las consultas de salud, con las cardiovasculares liderando. Las mujeres tienen un mayor impacto en las consultas por enfermedades crónicas (5), por lo que, en el departamento de Antioquia, se ha observado un aumento en las consultas

y atenciones relacionadas con enfermedades no transmisibles a lo largo de los años, siendo la principal causa de consulta en todos los grupos de edad (6).

En dicho sentido, los diferentes municipios en Colombia, deben enfocar sus estrategias frente a la reducción de cifras de mortalidad (prevención y promoción) generadas por enfermedades crónicas no transmisibles. Para el caso particular del presente trabajo, el foco está centrado en el Municipio de Santa Fe de Antioquia, donde según el informe de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia sobre el Análisis Situacional de Salud las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de morbilidad y mortalidad en todos los grupos de edad del municipio, con porcentajes que van desde el 42.34% en la primera infancia hasta el 79.86% en las personas mayores (6).

En relación a ello, para las instituciones prestadoras de servicios de salud, responsables de atención, prevención y promoción de estas enfermedades, resulta clave conocer las características asociadas a las personas que padecen este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que resulta importante tener caracterizados dichos usuarios. Además, la priorización de las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial ha destacado la importancia de identificar plenamente a los usuarios que padecen estas enfermedades, con el fin de brindarles un seguimiento clínico adecuado (7).

Así pues, caracterizar a los usuarios es crucial para identificar sus necesidades y motivos de consulta, así como para enfocar eficientemente los servicios y recursos en salud. Además, permite a las entidades de salud ampliar su conocimiento sobre los usuarios e intervenir en los factores determinantes de la salud para evitar inequidades y desigualdades sociales que afectan la esperanza de vida. Por otra parte, las instituciones de salud deben prestar servicios con calidad y eficacia, basados en la evidencia y direccionados a quienes lo necesitan, que sean seguros para evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado y centrado en una atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales (8).

Adicional a ello, para lograr una adecuada caracterización de los usuarios en las instituciones de salud y aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, reduciendo los tiempos de espera; equitativos, brindando atención de calidad sin discriminación de género, etnia, ubicación geográfica o situación socioeconómica; integrados, ofreciendo una amplia gama de servicios a lo largo de la vida; eficientes, maximizando el uso de recursos y evitando el desperdicio; organizados, evitando inconformidades y generando confianza en

las instituciones de salud; y planificados y verificados, permitiendo un control efectivo de los gastos para la toma de decisiones asertivas en la prestación de servicios de salud. Cumplir con estas características asegura una atención médica de calidad y el aprovechamiento pleno de sus beneficios (8).

Sin embargo, las instituciones de salud se enfrentan a un desafío importante debido a la falta de información sobre los pacientes, por no tener caracterizada a su población. Esta ausencia de datos dificulta la comprensión de las necesidades de salud de la comunidad y la implementación de estrategias efectivas de prevención y tratamiento (8). Es por esto que la falta de una caracterización eficiente de los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles representa un gran problema para el Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, pues limita la creación de estrategias enfocadas a este grupo poblacional.

Así mismo, dificulta la toma de decisiones con datos reales, además que desfavorece la calidad de vida de la población, obstaculiza la comunicación y debilita la confianza entre los usuarios y el personal de salud. También, impide determinar las necesidades de los usuarios y entorpece el enfoque y diseño de servicios específicos para atender adecuadamente a esta población. Debido a esto, es importante obtener información valiosa sobre los pacientes para implementar medidas efectivas y mejorar la atención en el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles en la región.

Con base a lo mencionado anteriormente y en el marco de la alianza entre la Facultad Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia y la E.S.E Hospital San Juan de Dios, se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, en la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia para los años 2018 – 2022 que sirven como fuente de información para la toma de decisiones institucionales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad?**

## 2. Justificación

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una severa carga para el sistema de prestación de servicios de salud por sus costos muy altos y la intervención muy tardía, cuando ya no puede obtenerse un beneficio significativo para la salud del paciente y de la familia. Los costos sociales y económicos directos e indirectos que ocasionan las enfermedades crónicas no transmisibles en las instituciones, pacientes y cuidadores, son parte de los estudios obligatorios para mejorar las políticas emanadas desde el SGSSS en Colombia, por ende, sustentan la viabilidad y necesidad de implementar un programa para disminuir la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles que permita dar una solución al cuidado integral de la población afectada (9).

Una constante en las Empresas Sociales del Estado y demás entidades de salud en Colombia es la diversidad de sus usuarios. Cuando las instituciones de salud reconocen esta diversidad, e identifican las características sociales, demográficas, culturales, actitudes y preferencias que diferencian a sus usuarios, tiene la oportunidad de ajustar sus actividades, decisiones y servicios para responder satisfactoriamente el mayor número de requerimientos, obtener su retroalimentación, y/o lograr participación activa en el logro de los objetivos de la entidad. Una vez se tienen claras las diferentes características poblacionales y de salud, además de las diversas solicitudes de atención, es posible presentar ofertas de servicios focalizadas, en lugar de tratar de satisfacer a todos con una oferta unificada.

Por el contrario, para la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia desconocer la diversidad de usuarios evita que se logre el máximo beneficio para estos, pues en el desarrollo de servicios no se incluyen las actitudes, preferencias e incluso necesidades de quienes acuden a la entidad en busca de información, trámites y/o servicios. Es por esto que es importante la caracterización de los usuarios por medio de variables demográficas, geográficas, culturales, intrínsecas, comportamiento y determinantes sociales de la salud, con el fin de identificar las necesidades y motivaciones de los mismos al acceder a un servicio de salud que le permita estar informado para prevenir enfermedades e inclusive prevenir la muerte a temprana edad debido a una enfermedad crónica no transmisible.

Partiendo entonces desde la problemática que posee la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, el cual es la poca caracterización de los usuarios para promocionar la salud y prevenir enfermedades, el presente análisis investigativo busca orientar a la E.S.E Hospital San Juan de Dios en la caracterización oportuna de los pacientes y usuarios que utilizan los servicios de salud para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en la población santafereña, brindar un diagnóstico oportuno y a tiempo, además seguir brindando tratamientos que mejoren la calidad de vida de los pacientes que ya padecen de enfermedades crónicas no transmisibles.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Analizar las características sociodemográficas de la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia para los años 2018 – 2022 que sirven como fuente de información para la toma de decisiones institucionales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.
- Detallar la demanda atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.
- Proponer a la institución un plan de acción que permita la toma de decisiones frente a los resultados encontrados en la caracterización sociodemográfica de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.

## **4. Marco teórico**

### **4.1 Marco conceptual**

Las Empresas Sociales del Estado son entidades públicas de categoría especial, encargadas de la prestación de servicios de salud a cargo de la Nación y entes territoriales como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud, son entidades descentralizadas, con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera que actúan bajo principios de eficiencia y calidad. Sus objetivos están encaminados a producir los servicios de salud que la población requiera, de manera eficiente y efectiva; garantizar beneficios sociales y financieros, ofrecer a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) servicios y paquetes de salud a tarifas competitivas; satisfacer los requerimientos del entorno y garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley (10).

Estas entidades en materia de Salud se clasifican en dos, en primer lugar, se encuentran aquellas que se ocupan de administrar, que son además responsables de la afiliación, registro y carnetización de sus afiliados, del recaudo de las cotizaciones, de organizar y garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios contemplados en el Plan de Beneficios de Salud (PBS). En segundo lugar, están aquellas entidades llamadas IPS (institución prestadora de salud) que se encargan de brindar los diferentes servicios asistenciales. El sistema de seguridad social en salud se divide en dos regímenes, el contributivo y el subsidiado (11).

Así mismo, las entidades de salud desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la salud de la población con enfermedades crónicas no transmisibles. Estas entidades, como hospitales, clínicas y centros de atención primaria, se dedican a brindar servicios médicos integrales y especializados para el manejo y tratamiento de condiciones crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias y muchas otras. Su objetivo principal es garantizar la prevención, el diagnóstico temprano, el seguimiento adecuado y el control de estas enfermedades, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir las complicaciones asociadas (11).

La Organización Panamericana de la Salud, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE10 brinda una clasificación precisa y detallada de las enfermedades crónicas no transmisibles. Según esta clasificación, estas enfermedades se encuentran en varios capítulos

específicos. En el Capítulo III, denominado "Tumores y Neoplasias", se incluyen los códigos C00 - C97, que abarcan una amplia gama de enfermedades neoplásicas. En el Capítulo IV, denominado "Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas", se encuentran los códigos E10 - E14, que se refieren a condiciones endocrinas como la diabetes. El Capítulo IX, titulado "Enfermedades del Sistema Circulatorio", abarca diferentes subcategorías relacionadas con enfermedades hipertensivas (códigos I10 - I15), isquemias del corazón (códigos I20 - I25), insuficiencia cardíaca (código I50) y enfermedades cerebrovasculares (códigos I60 - I69). Por último, en el Capítulo X, llamado "Enfermedades del Sistema Respiratorio", se incluyen los códigos J40 - J47, que engloba las enfermedades respiratorias crónicas. Estas clasificaciones permiten una identificación precisa de las enfermedades crónicas no transmisibles y facilitan su estudio, diagnóstico y tratamiento por parte de los profesionales de la salud (12).

Además, para la OPS, las enfermedades crónicas no transmisibles están asociadas a factores de riesgo conductuales, por ejemplo: el sedentarismo, una mala dieta alimenticia y hábitos nocivos, metabólicos, incluyendo sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. Estos factores de riesgo dependen, por un lado, de la predisposición genética y por otro, de la interacción del individuo con su entorno, que influyen en el desarrollo y progresión de las enfermedades crónicas no transmisibles. La prevención es esencial para evitar la aparición y desarrollo de estas enfermedades, así como para su control y tratamiento una vez que se hayan incorporado. Esta prevención debe darse a nivel individual, familiar, del entorno cercano, y de la sociedad incluyendo intervenciones "fuera" del sector salud (13).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la Salud abarcan las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las condiciones del sistema sanitario. Estos determinantes son responsables de gran parte de la morbilidad, las inequidades y las desigualdades sociales evitables a nivel mundial (14).

Así mismo, la OMS mediante la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, creada en el 2005, definió dos categorías: los determinantes estructurales y los intermedios. Basados en la premisa de que la estratificación en la población determina de forma diferencial la exposición a riesgos en salud, vulnerabilidades a condiciones sanitarias, disponibilidad de recursos y consecuencias económicas y sociales, dependiendo de la posición de mayor o menor ventaja en la que se encuentren los grupos e individuos (15).

Los determinantes estructurales están enfocados en las características que desarrollan o promueven la estratificación económica de la población y que afectan la salud de los grupos poblacionales de acuerdo con la posición que se les otorgue en las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. En esta categoría se encuentran variables como la educación, el nivel de ingresos, el género y el grupo étnico (15).

Los determinantes intermedios, por su parte, tienen que ver con la estratificación social y marcan las diferencias de exposición y vulnerabilidad a condiciones perjudiciales para la salud. En esta categoría se tienen en cuenta las condiciones materiales como la vivienda, el lugar dónde se habita, las posibilidades de consumo y el entorno de trabajo; los factores psicosociales como el estrés, condiciones de vida, apoyo y redes sociales; los factores conductuales y biológicos como la alimentación, actividad física, la genética y el consumo de sustancias como drogas, tabaco o alcohol; la cohesión social relacionada con la confianza entre diversos grupos y sectores de la sociedad; y el acceso al sistema y los servicios de salud (15).

La mayoría de estos determinantes son sociodemográficos, los cuales influyen de manera importante en la aparición de enfermedades y con base en ellos se realizan indicadores en salud, estudios epidemiológicos, planificación en salud pública y se realizan proyecciones poblacionales (16).

La necesidad de intervenir los determinantes sociales desde los servicios de salud tiene como objetivo reducir las inequidades que impactan fuertemente las condiciones de salud de la población. Esta orientación de los servicios va conforme a los postulados de la Atención Primaria de la Salud y a los más recientes llamados de los organismos internacionales de la OMS y la OPS (17).

Por otra parte, la caracterización poblacional es una identificación de grupos de personas que comparten características y motivos de consulta similares en el momento de acceder a los servicios de salud, y que se realiza por medio de una descripción individual o colectiva de aspectos demográficos, geográficos, intrínsecos y de comportamiento y de este modo conocer las características de los usuarios, lo cual permite ajustar los servicios, decisiones y planes de las entidades para satisfacer adecuadamente sus requerimientos, de igual forma, obtener una constante retroalimentación y participación de la población en el logro de los objetivos institucionales (18).

En Colombia, caracterizar los usuarios es un requisito básico para realizar un adecuado direccionamiento estratégico, planeación e implementación de políticas administrativas en las entidades públicas que

permitan diseñar una ruta para su gestión institucional. Igualmente, en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) se enmarca dentro de su línea de acción del aseguramiento, la caracterización como herramienta y marco normativo indispensable para que la planeación de los servicios sea coherente con las necesidades de la población y permita el acceso de las personas a los servicios de salud (19).

Además, la caracterización es una herramienta que facilita la descripción, gestión y control de los procesos a través de la identificación de sus elementos esenciales. La caracterización permite una comprensión cabal del objetivo de cada proceso y los aspectos clave de cómo debe ejecutarse. En consecuencia, la caracterización permite obtener la información en cuanto a los requerimientos del proceso, sus actores principales, usuarios, servicios de salud, así como los mecanismos de control. La caracterización debe ser construida de manera participativa, con la finalidad de lograr un involucramiento de las partes interesadas, así lograr el compromiso y orientación a resultados de quienes ejecutan e intervienen en el proceso (18).

Por otra parte, dentro del sistema general de seguridad social en salud de Colombia, existen normas de vital importancia para la generación de información sobre las atenciones en salud. Una de estas normas clave es la Resolución 3374/2000. Esta resolución juega un papel fundamental al establecer el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el cual recopila de manera organizada y sistemática datos relevantes sobre los servicios de salud brindados a los usuarios. Gracias a la Resolución 3374/2000, se promueve la generación de información precisa y confiable, lo que contribuye a la toma de decisiones informadas y a una mejor planificación en el ámbito de la salud en Colombia (21).

## 4.2 Marco normativo

El presente trabajo investigativo se fundamenta en las siguientes normas:

En 1978 se lleva a cabo la Declaración de Alma-Ata, la cual establece las bases para la implementación de la Atención Primaria en Salud para todos, reconociéndola como un enfoque fundamental para garantizar el bienestar de las personas.

Para el caso de Colombia, en 1993 nace la Ley 100, que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de asegurar la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como regular la afiliación, financiamiento y prestación de los mismos.

Además, en 1996 surge la Resolución 2423 que define la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario, proporcionando un marco estandarizado para la facturación y registro de dichas intervenciones.

Pasados tres años, en el año 1999 se crea la Resolución 1995, la cual establece normas para el manejo de la Historia Clínica, incluyendo características, apertura, identificación, numeración consecutiva, componentes, identificación del usuario, registros específicos y anexos.

En el año 2000 se emite la Resolución 3374, la cual establece el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS), un sistema que recopila y organiza información detallada sobre las actividades de salud realizadas a las personas, siendo una herramienta esencial para la generación de información y la toma de decisiones informadas.

Como aporte a la atención primaria en salud, se crea la ley 1355 de 2009 que reconoce la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles como una prioridad de salud pública, estableciendo medidas para su control, atención y prevención.

Para fortalecer el sistema de salud colombiano, nace la ley 1438 de 2011, la cual reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando la prestación de servicios básicos, implementando medidas de salud pública para enfermedades prevalentes y creando subsidios para la población en extrema pobreza.

A nivel continental, existe el plan de acción para la prevención y control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 el cual busca

abordar estas enfermedades a través de estrategias integrales y multidisciplinarias.

Por otra parte, en Colombia se crea la ley 1536 de 2015 que establece la obligación de las aseguradoras de realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento, con el fin de recopilar información demográfica y de salud relevante para la planificación y toma de decisiones.

Por consiguiente, se crea la ley estatutaria 1751 de 2015 que adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual busca reducir las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, mejorar la salud, prevenir enfermedades y elevar la calidad de vida de las personas.

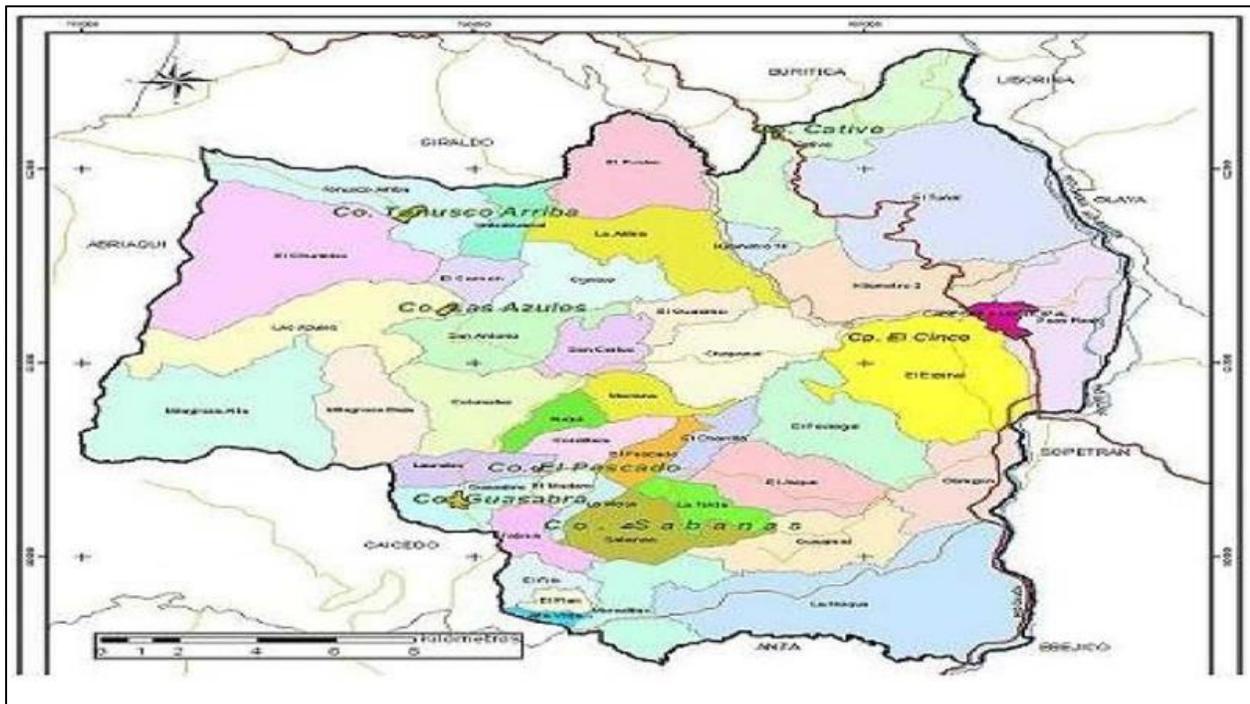
Así mismo, la Resolución 3280 de 2018 establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) en el marco del MIAS, con el objetivo de promover la salud y prevenir enfermedades, brindando atención integral a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

También, la Resolución 2626 de 2019 que modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), promoviendo una atención integral y coordinada en el ámbito territorial, con enfoque en la prevención y promoción de la salud.

Por último, se encuentra la Resolución 762 del año 2023 que adopta el anexo técnico y establece lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación operadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

### 4.3 Marco contextual

Santa Fe de Antioquia es un municipio de Colombia, ubicado en la subregión Occidente de Antioquia, departamento del que fue capital hasta el 17 de abril de 1826. Limita por el norte con los municipios de Giraldo y Buriticá, por el nororiente con los municipios de Buriticá, Liborina y Olaya, por el oriente con los municipios de Olaya y Sopetrán, por el sur con los municipios de Ebéjico, Anzá y Caicedo, y por el occidente con los municipios de Caicedo, Abriaquí y Giraldo (22).



**Fuente:** Calaméo.

#### 4.3.1 Generalidades

- Fundación: El 4 de diciembre de 1541.
- Erección en municipio: 1541.
- Fundador: Mariscal Jorge Robledo.
- Apelativos: Ciudad Madre, Cuna de la Raza paisa.
- Fue capital de Antioquia durante la época colonial (22).

### **4.3.2 Demografía**

- Población Total: 26.164 hab. (2018)
- Población Urbana: 16.351
- Población Rural: 9.813
- Alfabetismo: 93.2% (2005)
- Zona urbana: 88.0%
- Zona rural: 75.8% (22)

### **4.3.3 Etnografía**

Según las cifras presentadas por el DANE del censo 2019, la composición étnográfica del municipio es:

- Mestizos y blancos (70,4%)
- Afrocolombianos (29,6%) (22)

### **4.3.4 Vías de comunicación**

Se comunica por carretera pavimentada con los municipios de Medellín, San Jerónimo, Sopetrán, Anzá, Olaya y Liborina. Con el municipio de Giraldo, por la vía al mar, que comunica al municipio con la región de Urabá. Posee carreteras destapadas que lo comunican con los municipios de Caicedo y con los corregimientos de Guasabra, El Pescado, Sabanas, Tonusco arriba; para llegar al corregimiento de Las Azules se llega a lomo de mula (22).

### **4.3.5 Geografía**

El área municipal es de 493 km<sup>2</sup>, con un territorio montañoso correspondiente a la cordillera occidental de los Andes y regado por los ríos Cauca y Tonusco. Este último, marca el límite suroriental de la ciudad (22).

### **4.3.6 Clima**

Santa Fe de Antioquia presenta varios climas, pero su cabecera municipal presenta el clima bosque seco tropical, característico del valle del río Cauca, debido a su baja altura y su ubicación geográfica cerca de la línea ecuatorial. La temperatura promedio es de 28 °C y es uniforme durante todo el año. La temperatura máxima promedio al día es de 33 °C y la mínima promedio es de 23 °C (22).

Este agradable clima ha permitido que se desarrolle el turismo en el municipio, el cual se ha ido llenando de hosterías, hoteles y parques acuáticos. Santa Fe de Antioquia se ha consolidado como un destino turístico bastante concurrido por los habitantes de Medellín y el área Metropolitana (22).

### **4.3.7 E.S.E Hospital San Juan de Dios**

La ESE Hospital San Juan de Dios ubicada en el municipio de Santa Fe de Antioquia, es una institución de salud de segundo nivel de atención que presta servicios de salud de baja y media complejidad a nivel Municipal y Regional, es centro de referencia de 18 municipios epicentro de atención local y regional, para esto cuenta con amplio portafolio de servicios (23).

Su misión es proporcionar servicios de salud integrales y satisfacer las necesidades de los usuarios a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Realizan un gran esfuerzo por utilizar tecnología avanzada y contar con un equipo humano competente y comprometido con la calidad y la humanización. Buscando la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera y ambiental, contribuyendo al bienestar de la población (23).

La visión del hospital es convertirse en una organización reconocida para el año 2028, destacándose por la calidad y la humanización en la prestación de servicios de salud de baja y mediana complejidad. Buscando lograr la solidez financiera, la implementación de tecnología de vanguardia y la sostenibilidad ambiental en sus áreas de trabajo (23).

El Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia es una institución de salud de renombre que ha brindado servicios médicos de calidad a la comunidad durante décadas. Con una ubicación privilegiada en el corazón de

la hermosa ciudad de Santa Fe de Antioquia, el hospital se ha convertido en un referente para la atención médica en la región (23).

El hospital cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados y comprometidos con la salud y el bienestar de los pacientes. Médicos especialistas, enfermeras y personal de apoyo trabajan de manera conjunta para ofrecer un cuidado integral y personalizado a cada individuo que busca atención en el hospital. La calidad y calidez humana en la atención son valores fundamentales para todo el personal del San Juan de Dios (23).

Además de su destacado equipo médico, el hospital cuenta con instalaciones modernas y equipamiento de vanguardia. Las áreas de consulta externa, hospitalización, cirugía están equipadas con la última tecnología médica para garantizar diagnósticos precisos y tratamientos efectivos. Esto permite al hospital brindar una amplia gama de servicios médicos, desde consultas de rutina hasta procedimientos quirúrgicos complejos (23).

El Hospital San Juan de Dios también se destaca por su compromiso con la comunidad. Además de brindar atención médica, el hospital realiza programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en colaboración con entidades locales y organismos gubernamentales. Estas iniciativas buscan educar a la población sobre la importancia de llevar una vida saludable y prevenir enfermedades, promoviendo así el bienestar general de la comunidad (23).

### **Servicio de consulta externa**

La consulta externa está orientada al abordaje integral del paciente que acude para una evaluación específica del problema que aqueja al paciente, una vez completada esa revisión se procede a la detección e identificación de factores de riesgo para enfermedades latentes o potenciales en el corto, mediano y largo plazo (23).

El Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia ofrece los siguientes servicios de consulta externa:

- Medicina general
- Ortopedia y Traumatología
- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Interna

- Pediatría
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Urología
- Dermatología
- Anestesia y Reanimación
- Fisioterapia
- Odontología
- Optometría
- Psicología
- Nutrición y dietética
- Vacunación
- Unidad de RX y Ecografía
- Laboratorio Clínico

### **Servicio de Hospitalización**

Este servicio le proporciona los cuidados de rehabilitación a sus usuarios y sus familias, la seguridad y dignidad del paciente, así como el derecho a la intimidad, le garantizan una recuperación con cuidados y atenciones integrales (23).

En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios cuentan con una política de seguridad del paciente en donde capacitan al paciente y sus acompañantes sobre los derechos y deberes, con recurso humano calificado, comprometido y humanitario (23).

## Servicio de Urgencias

Este servicio atiende a los pacientes enfermos o heridos mediante el modelo de valoración inicial de urgencias o triage, que establece la prioridad con la que deben ser atendidas las personas que llegan a este servicio, dependiendo del nivel de urgencia que presente (23).



**Fuente:** Hospital Santa Fe de Antioquia.

#### **4.4 Marco referencial o estado del arte**

El Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia no ha llevado a cabo hasta la fecha ninguna caracterización social y demográfica de los pacientes a los que brinda atención médica por enfermedades crónicas no transmisibles. Esta ausencia de información detallada sobre el perfil de los pacientes que sufren estas enfermedades impide una comprensión más completa de las necesidades específicas de esta población y dificulta la implementación de estrategias de prevención, tratamiento y seguimiento adecuadas.

Es fundamental que se realicen estudios y análisis exhaustivos para obtener datos precisos sobre la población afectada, lo que permitirá desarrollar programas de salud más efectivos y adaptados a las características y circunstancias de los pacientes en cuestión. Con esta información, el hospital estará en una mejor posición para ofrecer una atención integral y de calidad, así como para tomar decisiones informadas en términos de asignación de recursos y planificación de servicios.

Existen antecedentes de otros hospitales de Antioquia que han realizado este tipo de caracterizaciones, por ejemplo, en una investigación de trabajo de grado realizada por la estudiante Pérez Cifuentes MA. de la Universidad de Antioquia, se examinaron las características sociales, demográficas y de morbilidad de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en el Hospital Pedro Claver Aguirre, ubicado en el municipio de Toledo, Antioquia, durante el período de 2015 a 2019 (24).

El objetivo principal del estudio fue analizar y comprender la situación de los pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en ese contexto específico. Se recopilaron datos sobre las características sociales de los pacientes, como edad, género, estado civil y nivel educativo. También se evaluaron las características demográficas, como la ubicación geográfica y la zona de residencia (24).

Además, se examinaron las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes tratadas en el hospital durante el período estudiado. El cual incluye enfermedades como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otras afecciones crónicas (24).

El estudio brinda información valiosa sobre la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población atendida en el Hospital Pedro Claver Aguirre en Toledo, Antioquia. Esta información puede ser utilizada para

mejorar la atención médica, desarrollar estrategias de prevención y promover la salud en la comunidad local (24).

En Colombia, se han realizado diferentes estudios para analizar las características sociales y demográficas de la población en diferentes problemáticas. El ministerio de salud y protección social realizó un estudio llamado: Caracterización de personas Habitantes de la Calle en Colombia entre 2017 y 2022, donde se observó un aumento en el número de personas habitantes de la calle en Colombia (25).

Varias ciudades importantes, como Bogotá, Medellín y Cali, han sido especialmente afectadas por este problema. Las causas que contribuyen a esta situación son diversas e incluyen factores como la pobreza, la falta de acceso a vivienda adecuada, el desplazamiento forzado debido al conflicto armado, la adicción a las drogas, la violencia doméstica y problemas de salud mental (25).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) realizó un estudio sobre la caracterización sociodemográfica de la subregión PDET (Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial) Macarena - Guaviare en Colombia, así como el comportamiento del Índice de Pobreza Multidimensional en esta área (26).

El estudio proporciona información relevante sobre las dinámicas demográficas en la subregión PDET Macarena - Guaviare, que incluye datos demográficos y características socioeconómicas de la población que vive en esa zona específica. Además, se analiza el Índice de Pobreza Multidimensional, que es una medida que va más allá del enfoque monetario de la pobreza y tiene en cuenta diferentes dimensiones, como la salud, la educación y el acceso a servicios básicos (26).

Este estudio del DANE permite comprender mejor la situación socioeconómica y las condiciones de vida de la población en la subregión PDET Macarena - Guaviare, lo que es fundamental para el diseño e implementación de políticas públicas y programas de desarrollo en esa área (26).

## **5. Metodología**

### **5.1 Tipo de estudio**

La presente investigación cuantitativa es de tipo descriptivo de corte transversal, tomando registros de pacientes crónicos atendidos en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe de Antioquia durante los años 2018 - 2022, de tal manera que se genere información útil para la planificación en salud de acuerdo con las variables sociodemográficas y clínicas, que se registran en las bases de datos de reporte nacional en materia de salud.

### **5.2 Métodos**

Se tomaron variables de naturaleza cuantitativa y cualitativa de acuerdo a su nivel de medición y la disponibilidad en los registros individuales de prestación de los servicios de salud (RIPS) institucionales y en la base de datos de aseguramiento del municipio, en el cual se identificaron los pacientes con morbilidades relacionadas a enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, atendidos en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia y así, se generó información fiable y estructurada que aporta a los procesos de planificación en salud y control del uso de recursos en los diferentes servicios de salud que presta la IPS del municipio objeto.

### **5.3 Fundamentación ontológica y epistemológica del estudio**

Esta investigación se mueve dentro del paradigma positivista porque busca explicar las características de los pacientes con objetividad, dando una visión hipotético - deductiva y orientada hacia los resultados. Además, para este paradigma la realidad es única y puede ser dividida para su análisis, estos se pueden realizar independientemente del tiempo y posibilita establecer la causa de los fenómenos.

Por otra parte, desde la Facultad Nacional de Salud Pública también se tienen en cuenta otros paradigmas que influyen en la comprensión del proceso

salud – enfermedad y que están relacionados con el objetivo de esta investigación. Se encuentra el paradigma biomédico, que se centra en explicar la enfermedad como un deterioro de la función de componentes individuales del ser humano. Sin embargo, este paradigma se enfoca únicamente en el individuo y no considera algunos factores como los sociales y ambientales.

No obstante, otro paradigma relacionado es el sociológico, el cual se centra en las condiciones ocupacionales y el entorno social como determinantes de la salud. Además, se destaca también el paradigma socioecológico, que se basa en los estilos de vida y la salud de las personas y de los grupos sociales y promueve un enfoque multisectorial en el estudio de las enfermedades crónicas.

Por último, esta investigación se complementa con la fundamentación ontológica ya que analiza la población con enfermedades crónicas no transmisibles del municipio de Santa Fe de Antioquia y los factores que inciden en la generación de dichas patologías quienes son atendidas por la E.S.E Hospital San Juan de Dios del mismo municipio.

#### **5.4 Enfoque de la investigación**

El presente trabajo investigativo es de carácter cuantitativo ya que se centra en cuantificar la recopilación y el análisis de los datos encontrados acerca de la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, además de los datos estadísticos y epidemiológicos sobre la carga de enfermedad y muerte a nivel mundial a causa de estas patologías; complementando el trabajo investigativo con la caracterización social y demográfica de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio de Santa Fe de Antioquia.

#### **5.5 Población participante**

La población objetivo está compuesta por los datos de los pacientes atendidos en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias con diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia para los años 2018 - 2022.

La información obtenida por las bases de datos de los RIPS antes de realizar los criterios de inclusión y exclusión, fue de 500.594 consultas en el área de consulta externa, 50.167 egresos hospitalarios y 98.419 atenciones en el servicio de urgencias.

## **5.6 Criterios de inclusión y exclusión**

### ***5.6.1 Criterios de inclusión***

Pacientes de cualquier sexo en todos los grupos de edad con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia para los años 2018 - 2022.

Los diagnósticos correspondientes a las enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo a la CIE-10:

- Cáncer: C00 a C97
- Enfermedades cardiovasculares: Cerebrovasculares (I60 a I69), Hipertensivas (I10 a I15), Insuficiencia cardiaca (I50) e Isquémicas del corazón (I20 a I25)
- Enfermedades crónicas respiratorias: J40 a J47
- Diabetes: E10 a E14X

### ***5.6.2 Criterios de exclusión***

Datos duplicados, pacientes fallecidos, pacientes que ya no residan en el municipio de Santa Fe de Antioquia- Colombia.

## **5.7 Fuentes de información**

La información de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia se tomó de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de la institución de salud correspondiente a los años 2018,

2019, 2020, 2021 y 2022. Estos registros son un conjunto de datos mínimos y básicos que el SGSSS requiere para los procesos de dirección, regulación y control a las IPS y EAPB en relación con el Plan de Beneficios y como soporte de la venta del servicio.

Además, se utilizó la base de datos de aseguramiento, proporcionada por la Secretaría de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia, las cuales contienen todas las variables necesarias para realizar la caracterización de los usuarios.

También, se verificó la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES para identificar a los pacientes fallecidos por enfermedades crónicas no transmisibles que estén reportados en el sistema.

## 6. Diseño

### 6.1 Matriz de variables

**Tabla 1.** Descripción de variables

Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorización
Sexo biológico	Cualitativa dicotómica	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Grupo de edad	Cuantitativa continua	Nominal	Grupos de edades por quinquenio
Zona de residencia	Cualitativa politómica	Nominal	1. Urbana 2. Rural
Lugar de residencia	Cualitativa politómica	Nominal	Nombre de vereda o barrio donde reside
Estrato socioeconómico	Cuantitativa politómica	Ordinal	1. Grupo A - Pobreza Extrema 2. Grupo B - Pobreza moderada 3. Grupo C - Vulnerable 4. Grupo D - No pobre, no vulnerable 5. Sin información
Tipo de usuario	Cualitativa politómica	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado
Número de consultas realizadas	Cuantitativa	Razón	Número de consultas realizadas en los años de estudio
Número de usuarios únicos	Cuantitativa	Razón	Número de usuarios únicos atendidos
Servicio de atención	Cualitativa	Nominal	1. Urgencias 2. Hospitalización 3. Consulta externa
Código del diagnóstico principal	Cualitativa	Nominal	CIE-10
Valor atención	Cuantitativa	Razón	Valor en pesos de la prestación del servicio

## 6.2 Plan de análisis

**Tabla 2.** Información detallada del plan de análisis

Objetivo Específico	Variables	Tipo de análisis	Técnicas estadísticas y mediciones	Presentación de información
<b>Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.</b>	Sexo biológico	Univariado	Frecuencia - Porcentual	Gráfico circular o de anillos
	Sexo biológico – Grupo de edad	Bivariado	Porcentual en grupos de edades por quinquenio y sexo	Gráfico de barras agrupadas o pirámide poblacional
	Zona de residencia	Univariado	Frecuencia	Gráfico circular o de anillos
	Lugar de residencia – Capitulo CIE-10	Bivariado	Frecuencia	Matriz o tabla
	Estrato socioeconómico	Univariado	Frecuencia - Porcentual	Gráfico de columnas o de barras
<b>Detallar la demanda atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.</b>	Servicio de atención	Univariado	Frecuencia - Porcentual	Gráfico circular o de anillos
	Tipo de usuario	Univariado	Frecuencia - Porcentual	Gráfico circular o de anillos
	Número de consultas	Univariado	Frecuencia	Gráfico de líneas o de áreas
	Capitulo CIE-10	Univariado	Frecuencia	Matriz o tabla
	Capitulo CIE-10	Univariado	Porcentual	Matriz o tabla
	Diagnóstico principal	Univariado	Frecuencia	Matriz o tabla
	Capitulo CIE-10 – Valor atención	Univariado	Pesos	Matriz o tabla
	Valor promedio usuario	Univariado	Pesos	Tarjeta
	Grupo de edad – Valor atención	Bivariado	Frecuencia	Matriz o tabla
	Sexo – Capitulo CIE-10	Bivariado	Frecuencia - Porcentual	Matriz o tabla
	Grupo de edad – Capitulo CIE-10	Bivariado	Frecuencia	Matriz o tabla
	Estrato socioeconómico – Capitulo CIE-10	Bivariado	Frecuencia	Matriz o tabla

### 6.3 Análisis y procesamiento de la información

Para el análisis y procesamiento de la información se consolidaron inicialmente los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) institucionales de los años objeto de estudio, mediante la herramienta Power BI en la cual se hicieron las transformaciones necesarias con el fin de que arrojara una base de datos con las variables suficientes para la investigación.

Posteriormente y con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se generaron bases de datos por servicio y estas contienen solo las enfermedades crónicas no transmisibles de acuerdo con los códigos establecidos por la CIE10 así:

- Cáncer: C00 a C97
- Enfermedades cardiovasculares: Cerebrovasculares (I60 a I69), Hipertensivas (I10 a I15), Insuficiencia cardiaca (I50) e Isquémicas del corazón (I20 a I25)
- Enfermedades crónicas respiratorias: J40 a J47
- Diabetes: E10 a E14X

Se realizó control de duplicados y fallecidos y se eliminaron los datos de los pacientes que no aparezcan en la base de datos de aseguramiento, pues se infiere que ya no viven en el municipio.

Durante el procesamiento e interpretación de los datos se utilizó la herramienta Power BI, conocido por tener la capacidad de trabajar grandes bases de datos con una interfaz sencilla, utilizado generalmente para realizar recopilación de datos, crear y analizar estadísticas avanzadas (27).

La presentación de la información se realizó mediante una distribución de frecuencias de análisis univariados y bivariados que permitieron describir, resumir y analizar la información obtenida en tablas y gráficos.

## **7. Consideraciones administrativas**

### **Viabilidad y Factibilidad**

El trabajo investigativo reúne las características técnicas y metodológicas necesarias para su ejecución y cuenta con aval institucional de la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, el cual permite el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Esta investigación tendrá un impacto positivo tanto en la E.S.E Hospital San Juan de Dios como en la población santafereña en sus diversas edades ya que con se busca mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Santa Fe de Antioquia y tomar medidas y acciones a tiempo para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles y muertes a temprana edad por estas patologías.

El trabajo investigativo tendrá un impacto social ya que la mayoría de la población santafereña tiene costumbres y estilos de vida que no favorecen a una buena calidad de vida, por lo tanto, cambiar el pensamiento y cambiar el comportamiento de la población no es tarea fácil; además de que en el municipio de Santa Fe de Antioquia muchas personas viven de la venta de comidas rápidas. Lo favorable es que a través de los resultados se promuevan cambios en la práctica clínica y en políticas de salud ya existentes.

Los resultados que arrojó la investigación posibilita obtener las respuestas necesarias para que la E.S.E Hospital San Juan de Dios se interese aún más por el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad en población santafereña e intervenga de manera inmediata y efectiva en las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo a los datos arrojados entre los años 2018 al 2022.

Por otro lado, el proyecto no requirió mayor financiación, ya que, se dispone del recurso humano y materiales para realizarlo; Los gastos en los que incurrió la investigación fueron de financiamiento propio de las investigadoras; pero no obstante se tiene en cuenta la posibilidad de que la institución de salud en este caso la E.S.E Hospital San Juan de Dios apoye el financiamiento de los gastos que generó la intervención y desarrollo de la investigación.

## **8. Consideraciones éticas**

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este estudio se clasifica en la categoría sin riesgo, ya que, la caracterización se realiza con base en información secundaria y no genera ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio o de sus datos personales contenidos en las bases de datos, pues el análisis de éstas se realiza sobre copias enviadas por la Secretaría de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia (28).

Conforme a las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con seres humanos realizadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), en su pauta número 22, correspondiente al uso de datos obtenidos en entornos en línea y de herramientas digitales en la investigación relacionada con la salud, el uso de la información obtenida de las bases de datos institucionales y de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se realiza con previa autorización de la Secretaría de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia y la E.S.E Hospital San Juan de Dios. Además, no se revela ningún tipo de datos personales de la población objeto de estudio, la información está restringida con claves de acceso y el almacenamiento y custodia de la información se efectuará en el equipo de cómputo de las investigadoras. De igual manera, el manejo de esta información cumple con los criterios establecidos en la Ley 1266 de 2008 Hábeas Data en la cual se garantiza el derecho a la protección de datos personales y su manejo confidencial (29).

Con el fin de no incurrir en plagio y violación de la propiedad intelectual de los autores y de las distintas fuentes bibliográficas consultadas, las autoras cumplen cabalmente con lo estipulado en la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor y en la Resolución Rectoral 21231 de 2005 que establece el estatuto de propiedad intelectual en la Universidad de Antioquia. Adicionalmente, garantiza total exhaustividad en el cumplimiento de la guía para la presentación de trabajos de grado área de la salud, para lo pertinente a las citas y las referencias bibliográficas.

## 9. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del proceso que permitió dar respuesta a los dos primeros objetivos específicos que buscan:

**Resultados del objetivo 1:** Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.

**Resultados del objetivo 2:** Detallar la demanda atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.

### 9.1 Del proceso

A partir de la base de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) suministrada por la Secretaría de Salud del Municipio de Santa Fe de Antioquia, así como las bases de datos de aseguramiento de los usuarios pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado. Las cuales fueron sometidas a una serie de transformaciones utilizando la herramienta Power BI. En este proceso, se realizaron cruces con el maestro de diagnósticos para seleccionar únicamente los datos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles.

Así mismo, se llevó a cabo un cruce con la base de datos de aseguramiento para enriquecer la información, se eliminaron los registros duplicados y se descartaron los usuarios que se encontraban registrados como fallecidos. Estas acciones permitieron depurar y estructurar los datos de manera precisa y confiable, sentando las bases para un análisis riguroso.

Una vez completadas las transformaciones mencionadas, se procedió a diseñar un panel de control específico por servicio, abarcando los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. Este dashboard permitió llevar a cabo un análisis detallado de los resultados obtenidos. A través de esta herramienta, se pudo visualizar y evaluar de manera eficiente aspectos clave, como la frecuencia de atención en cada servicio, los grupos de edades que más demandan los servicios y los diagnósticos que más padece la población santafereña. Estos resultados brindan información valiosa para comprender y

mejorar la calidad de los servicios de salud en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe Antioquia.

Con el objetivo de realizar una completa caracterización de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se llevó a cabo un exhaustivo proceso de unificación de todos los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) reportadas en los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022. Este procedimiento permitió recopilar datos precisos y representativos para cada uno de los servicios brindados.

Estas bases de datos fueron cargadas a la herramienta Power BI, donde fueron relacionadas con el maestro de diagnósticos de ECNT y relacionadas con las bases de datos de usuarios y de aseguramiento en donde se efectuaron los criterios de inclusión y de exclusión, obteniendo la siguiente muestra: consulta externa (14.497 consultas), hospitalización (703 egresos) y urgencias (948 atenciones).

## **9.2 Caracterización de los usuarios**

A continuación, se presentan el análisis realizado a los resultados obtenidos para cada servicio, a partir de los datos recopilados y las visualizaciones generadas en el panel de control, en los cuales se examinó de manera detallada los indicadores relevantes para los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

Para la descripción de resultados descritos en los siguientes párrafos, se muestra un panorama general de la población atendida en cada uno de dichos servicios y posteriormente, para ello, se realizó una descripción de resultados por cada servicio. Así mismo, se realizaron cruces de variables con el fin de evidenciar comportamientos de las mismas.

En dicho sentido, en el *gráfico 1* se puede observar que durante el periodo de 2018-2022, la mayoría de las atenciones se llevaron a cabo en el servicio de consulta externa, representando el 89,78% del total. Esto indica que la mayoría de las personas buscaban atención médica sin requerir hospitalización o atención de emergencia.

El servicio de hospitalización tuvo un porcentaje relativamente bajo de atenciones comparado con las atenciones por consulta externa, representando el 4,5% del total. Esto implica que solo un pequeño porcentaje de las personas

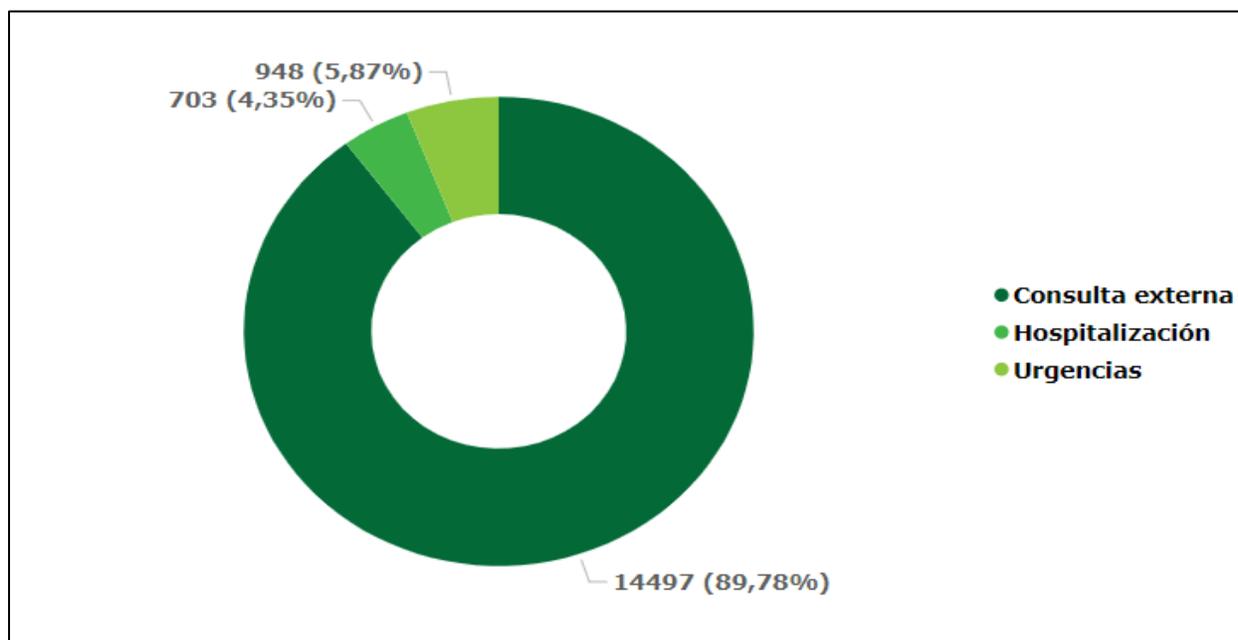
necesitó ser admitido en el hospital para recibir atención médica continua y más especializada.

El servicio de urgencias representó el 5,87% de las atenciones durante el periodo mencionado. Esto indica que un porcentaje moderado de las personas requirió atención médica inmediata debido a emergencias médicas o situaciones urgentes.

Según los resultados presentados, se identificó que la gran mayoría de las atenciones se concentran en el servicio de consulta externa, lo cual generó una alta demanda y, en consecuencia, posibles demoras en la programación de citas y en la atención médica. Esto puede llevar a una menor eficiencia en la prestación de servicios y a una menor satisfacción por parte de los pacientes.

Así mismo, se presentó bajo porcentaje de atenciones en el servicio de hospitalización indicando ocupación baja de pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

**Gráfico 1.** Distribución porcentual de las atenciones en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias para el periodo 2018-2022.



En concordancia con lo expuesto anteriormente, se procede a presentar la descripción de los resultados sociodemográficos correspondientes a los

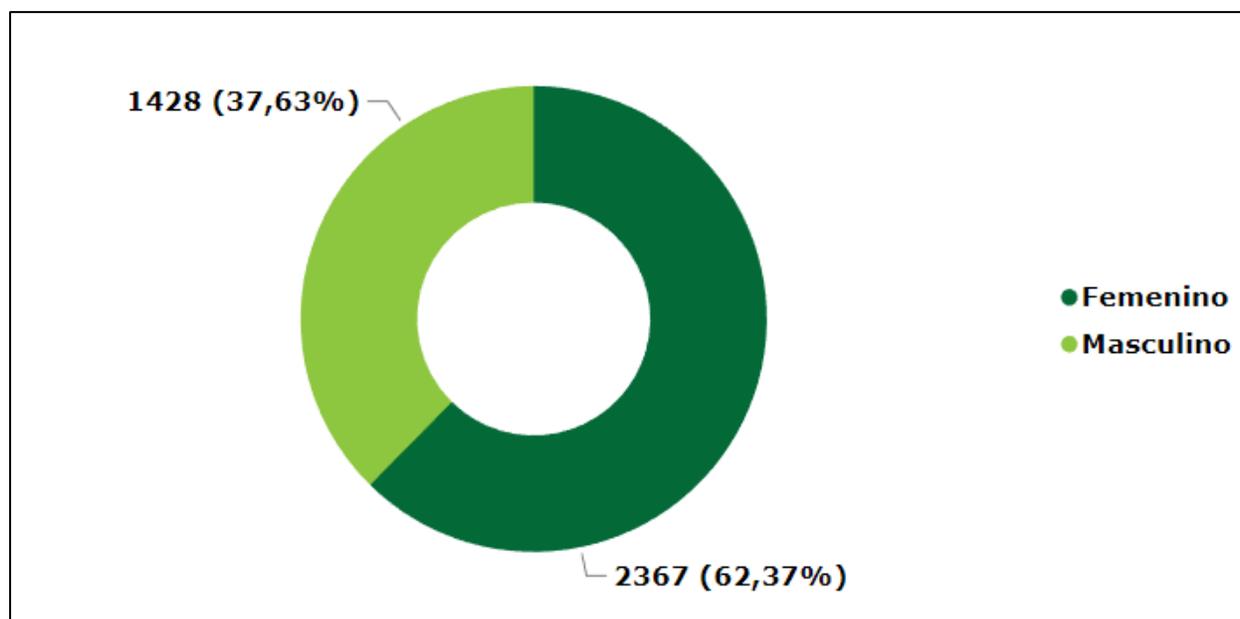
diferentes servicios. Además, los gráficos expresan tanto el total de consultas, egresos o atenciones, como también el número de usuarios únicos atendidos en cada uno de los servicios. Iniciando este análisis detallado con el servicio de consulta externa.

### 9.3 Servicio de consulta externa

Respecto a la distribución porcentual de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa según el sexo biológico durante el periodo comprendido entre 2018 y 2022, en el *gráfico 2*, se puede observar que, durante este período, el 62,37% de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa fueron del sexo femenino, mientras que el 37,63% fueron del sexo masculino.

Esto significa que, en promedio, aproximadamente el 62,37% de las personas que buscaron atención en el servicio de consulta externa fueron mujeres, mientras que alrededor del 37,63% fueron hombres. La diferencia porcentual sugiere una mayor prevalencia de mujeres que buscan atención médica en comparación con los hombres en este contexto específico.

**Gráfico 2.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por sexo biológico.



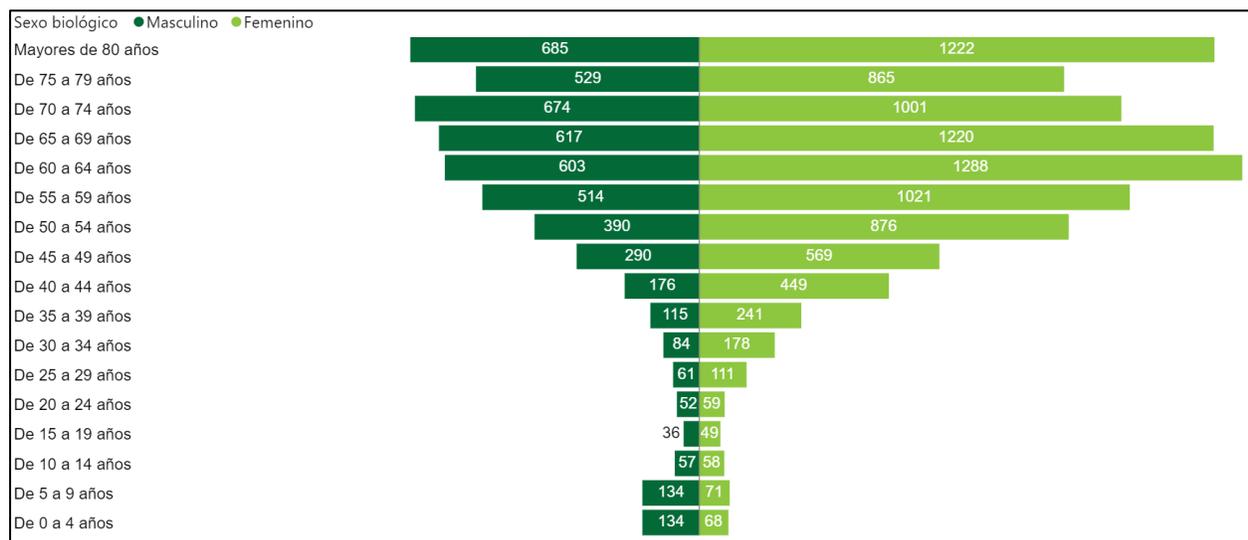
Por su parte, en la *tabla 3* se puede observar que se 5.151 atenciones del sexo masculino en diversos grupos de edad, desde 0 años hasta más de 80 años para el servicio de consulta externa. Por otro lado, se presentaron 9.346 atenciones del sexo femenino en los mismos grupos de edad. Esto indica que, en el periodo mencionado, hubo una mayor cantidad de atenciones del sexo femenino que buscaron atención en el servicio de consulta externa en comparación con los usuarios del sexo masculino.

Los datos muestran que la población del sexo femenino entre las edades de 60 a 64 años fue quienes más consultó el servicio de consulta externa con un 13,8% de las atenciones, mientras que la población del sexo masculino entre en el grupo de edad de 70 a 74 años tuvo un 13,1% de las atenciones. Además, el *gráfico 3* evidencia que, entre ambos sexos, los pacientes que consultaron muy poco el servicio de urgencias fueron los usuarios entre las edades de 10 a 14 años de edad y los usuarios entre las edades de 15 a 19 años de edad.

**Tabla 3.** Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y grupo de edad.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
De 0 a 4 años	134	2,6%	68	0,7%	202	1,4%
De 5 a 9 años	134	2,6%	71	0,8%	205	1,4%
De 10 a 14 años	57	1,1%	58	0,6%	115	0,8%
De 15 a 19 años	36	0,7%	49	0,5%	85	0,6%
De 20 a 24 años	52	1,0%	59	0,6%	111	0,8%
De 25 a 29 años	61	1,2%	111	1,2%	172	1,2%
De 30 a 34 años	84	1,6%	178	1,9%	262	1,8%
De 35 a 39 años	115	2,2%	241	2,6%	356	2,5%
De 40 a 44 años	176	3,4%	449	4,8%	625	4,3%
De 45 a 49 años	290	5,6%	569	6,1%	859	5,9%
De 50 a 54 años	390	7,6%	876	9,4%	1266	8,7%
De 55 a 59 años	514	10,0%	1021	10,9%	1535	10,6%
De 60 a 64 años	603	11,7%	1288	13,8%	1891	13,0%
De 65 a 69 años	617	12,0%	1220	13,1%	1837	12,7%
De 70 a 74 años	674	13,1%	1001	10,7%	1675	11,6%
De 75 a 79 años	529	10,3%	865	9,3%	1394	9,6%
Mayores de 80 años	685	13,3%	1222	13,1%	1907	13,2%
<b>Total</b>	<b>5151</b>	<b>100%</b>	<b>9346</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 3.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y grupo de edad.

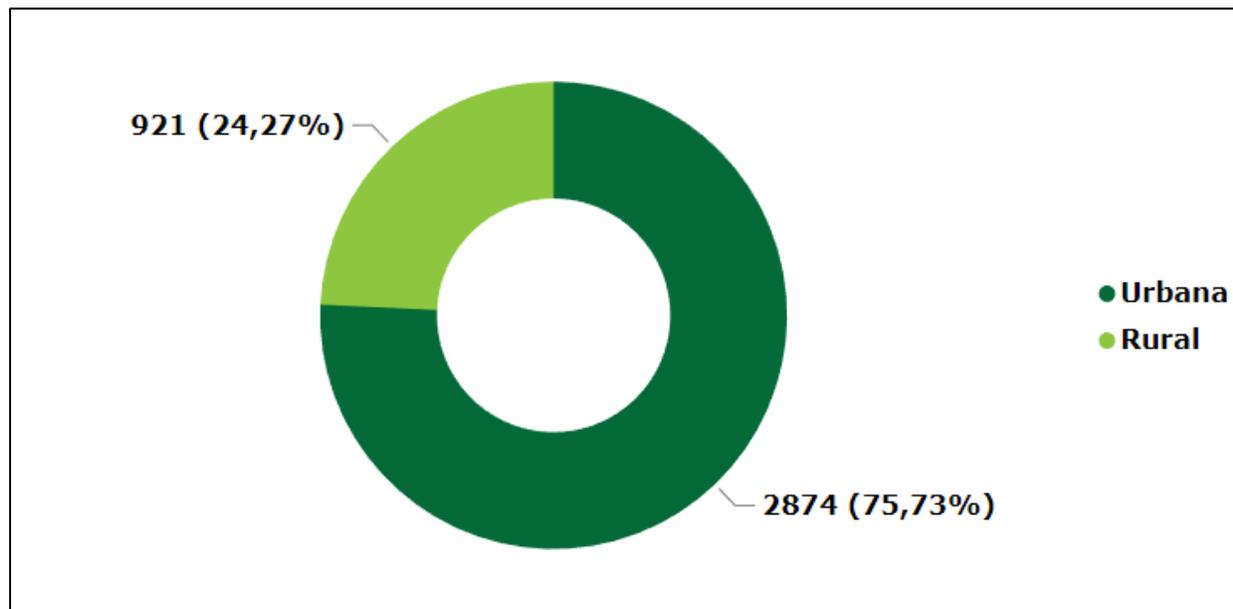


Con relación a la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa según la zona de residencia, se obtuvo como resultado que el 75,7% de los usuarios atendidos residían en zonas urbanas, mientras que el 24,2% residían en zonas rurales (*ver gráfico 4*).

Esto indica que la mayoría de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa provienen de zonas urbanas, representando el mayor porcentaje sobre el total de los usuarios.

Esta información resalta una mayor prevalencia de usuarios provenientes de zonas urbanas en comparación con los usuarios de zonas rurales que buscaron atención médica en el servicio de consulta externa durante el periodo en cuestión.

**Gráfico 4.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por zona de residencia.



Con respecto a la *tabla 4*, se puede evidenciar que los grupos de enfermedades que presentaron más demanda en el servicio de consulta externa fueron: enfermedades hipertensivas, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y las enfermedades del sistema respiratorio, con una alta proporción de usuarios atendidos en dicho servicio.

Además de ello, es importante resaltar que los lugares de residencia de los usuarios que padecen dichas enfermedades son, Llano de Bolívar, Buga, Paso Real, Kilómetro Dos, La Barranca, La Noque, El Espinal, Nurqui, Sabanas, Centro, entre otros.

**Tabla 4.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.

Lugar residencia	Cerebrovasculares	Hipertensivas	Insuficiencia cardiaca	Isquemias del corazón	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Tumores y neoplasias	Total								
Llano de bolívar	4	3,9%	100	4,1%	5	5,0%	5	3,5%	33	3,9%	44	4,2%	12	3,6%	153	4,0%
Buga	4	3,9%	58	2,4%	4	4,0%	5	3,5%	14	1,6%	28	2,7%	6	1,8%	87	2,3%
Paso real	0	0,0%	41	1,7%	1	1,0%	3	2,1%	13	1,5%	13	1,2%	5	1,5%	61	1,6%
Kilómetro dos	1	1,0%	21	0,9%	2	2,0%	1	0,7%	15	1,8%	10	1,0%	1	0,3%	37	1,0%
La barranca	1	1,0%	19	0,8%	1	1,0%	1	0,7%	6	0,7%	8	0,8%	4	1,2%	30	0,8%
La noque	0	0,0%	17	0,7%	0	0,0%	1	0,7%	7	0,8%	6	0,6%	1	0,3%	23	0,6%
El espinal	1	1,0%	14	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,5%	4	0,4%	3	0,9%	22	0,6%
Nurqui	1	1,0%	13	0,5%	0	0,0%	2	1,4%	3	0,4%	11	1,0%	2	0,6%	21	0,6%
Sabanas	0	0,0%	12	0,5%	0	0,0%	1	0,7%	8	0,9%	8	0,8%	3	0,9%	18	0,5%
Centro	1	1,0%	10	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,5%	2	0,2%	2	0,6%	15	0,4%
Chaparral	2	2,0%	9	0,4%	2	2,0%	0	0,0%	2	0,2%	6	0,6%	1	0,3%	15	0,4%
Palenque	1	1,0%	9	0,4%	0	0,0%	2	1,4%	3	0,4%	5	0,5%	0	0,0%	14	0,4%
El rodeo	0	0,0%	7	0,3%	0	0,0%	1	0,7%	4	0,5%	3	0,3%	1	0,3%	13	0,3%
Pedregal	0	0,0%	10	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	3	0,3%	0	0,0%	13	0,3%
Santa lucía	1	1,0%	8	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,5%	2	0,2%	2	0,6%	13	0,3%
Cativo	1	1,0%	7	0,3%	1	1,0%	0	0,0%	1	0,1%	6	0,6%	2	0,6%	12	0,3%
La aldea	0	0,0%	10	0,4%	0	0,0%	1	0,7%	3	0,4%	3	0,3%	0	0,0%	12	0,3%
Tonusco arriba	1	1,0%	10	0,4%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	0,6%	0	0,0%	12	0,3%
Mariana	1	1,0%	8	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	2	0,2%	1	0,3%	11	0,3%
Tunal	0	0,0%	7	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,4%	1	0,1%	1	0,3%	11	0,3%
Otros lugares	82	80,4%	2078	84,2%	83	83,0%	121	84,0%	723	84,5%	880	83,7%	285	85,8%	3202	84,4%
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>2468</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>	<b>856</b>	<b>100%</b>	<b>1051</b>	<b>100%</b>	<b>332</b>	<b>100%</b>	<b>3795</b>	<b>100%</b>

El *gráfico 5*, representa la cantidad de usuarios únicos atendidos en cada categoría de nivel socioeconómico. Se observa que el grupo B, correspondiente a la pobreza moderada, fue el más numeroso con 1.600 usuarios atendidos, seguido por el grupo C de personas vulnerables con 1.027 usuarios. El grupo A de pobreza extrema tuvo 900 usuarios atendidos. Por otro lado, el grupo D de personas no pobres ni vulnerables tuvo

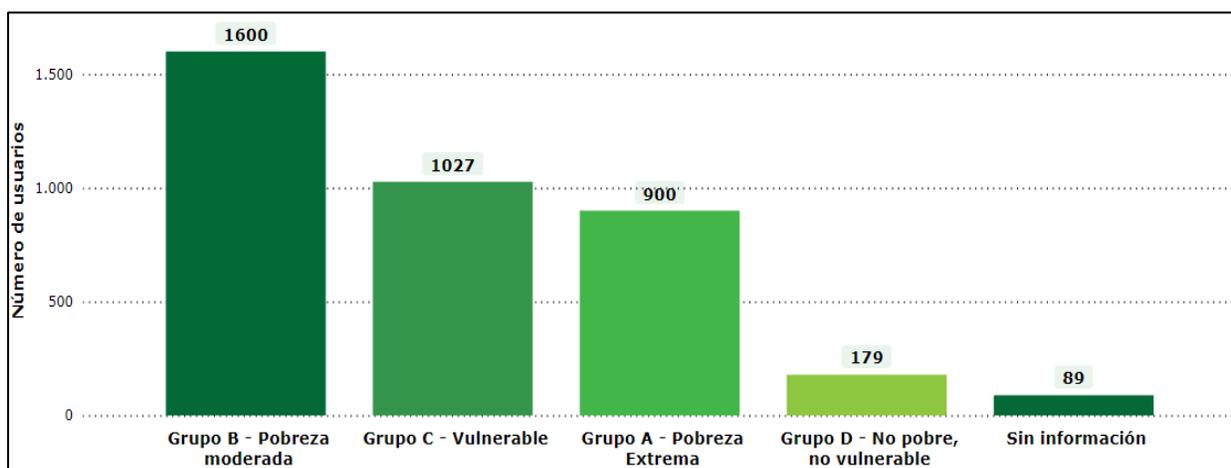
179 usuarios atendidos, y hubo 89 usuarios que no estaban registrados en el sistema Sisbén; además el gráfico indica que hubo baja participación de usuarios no sisbenizados.

La distribución de los usuarios atendidos según el nivel socioeconómico indica que las personas en situación de pobreza extrema o pobreza moderada pueden tener un acceso relativamente menor a los servicios de consulta externa en comparación con otros grupos.

Los grupos identificados como "vulnerable" y "pobreza extrema" representan una parte significativa de los usuarios atendidos. Esto indica que estas poblaciones pueden enfrentar mayores dificultades económicas y de salud en comparación con otros grupos. Estas cifras reflejan desafíos relacionados con la pobreza, la falta de acceso a recursos y la limitada capacidad para buscar atención médica de calidad.

Por último, la presencia de usuarios no sisbenizados evidencia una falta de acceso a programas de apoyo social o una falta de registro en sistemas de clasificación socioeconómica. Esto podría significar que algunas personas no están recibiendo el apoyo necesario para acceder a servicios de salud adecuados.

**Gráfico 5.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por nivel socioeconómico.



En el gráfico 6 se puede observar que el 35,6% de los usuarios atendidos corresponden al régimen contributivo y al 64,3% de los usuarios corresponden al régimen subsidiado. Esto indica que la mayoría de los usuarios atendidos en

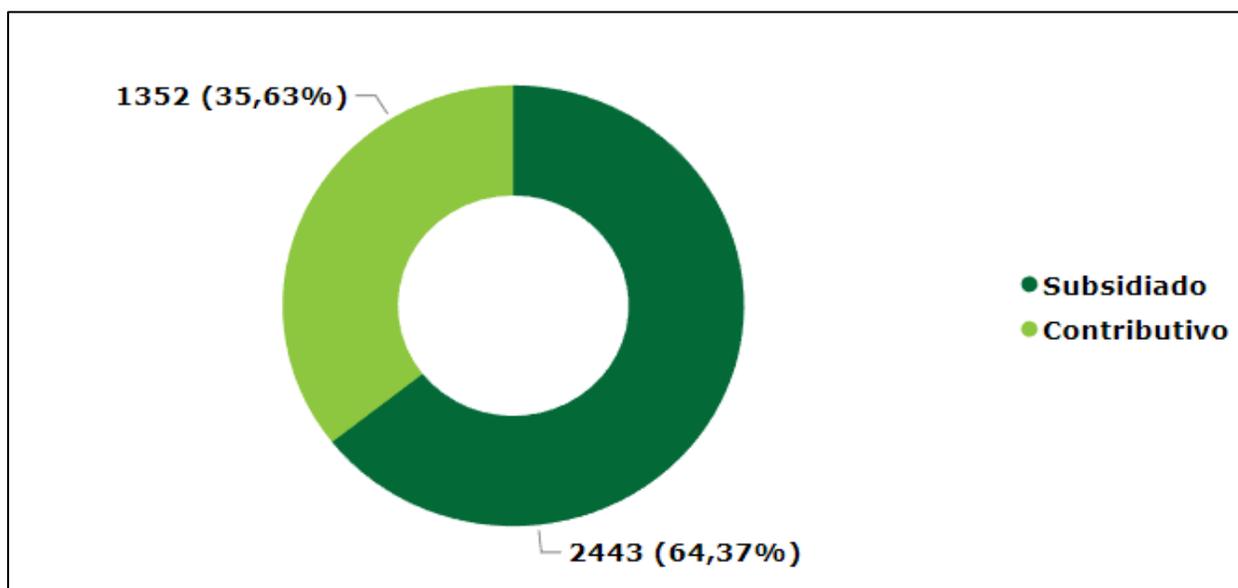
el servicio de consulta externa pertenecen al régimen subsidiado, representando una gran proporción de la población.

El régimen contributivo generalmente involucra a personas que cuentan con un seguro de salud privado o que realizan aportes directos a su sistema de salud. Por otro lado, el régimen subsidiado está dirigido a personas de bajos ingresos y que reciben cobertura de salud a través de programas gubernamentales o de seguridad social.

Además de esto se puede evidenciar que, respecto al acceso a la atención médica, la mayor proporción de usuarios atendidos en el régimen subsidiado (64,3%) en comparación con el régimen contributivo (35,6%) sugiere que existe una mayor cantidad de personas de bajos ingresos que dependen de la cobertura de salud proporcionada por programas gubernamentales o de seguridad social. Esto puede indicar que el régimen subsidiado está brindando acceso a la atención médica para una parte significativa de la población con menos recursos económicos.

Dado que el régimen subsidiado atiende a una proporción mayor de usuarios, es posible que exista una mayor carga financiera para el sistema de salud en términos de financiar y brindar atención a esta población. Esto puede requerir un enfoque en políticas y estrategias para garantizar una distribución equitativa de recursos y una gestión eficiente del sistema de salud.

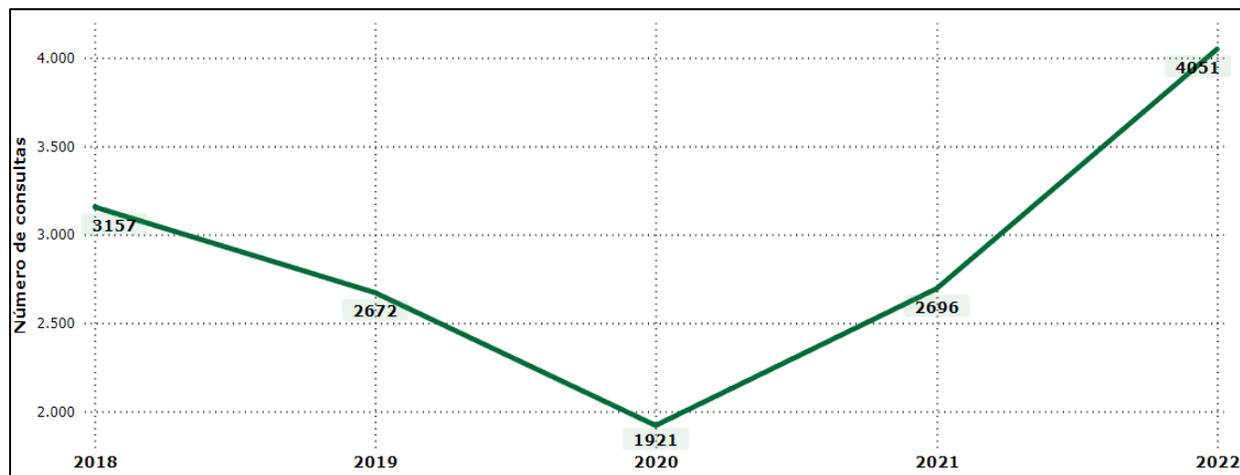
**Gráfico 6.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de consulta externa por tipo de usuario.



El *gráfico 7*, indica la distribución de atenciones por año, donde en el año 2018, se presentaron 3.157 atenciones, 2.672 atenciones para el año 2019, 1.921 atenciones en el año 2020, 2.696 atenciones durante el año 2021 y 4.051 atenciones para el año 2022, los anteriores datos indican una variación en el número de atenciones a lo largo de los años analizados.

Por otro lado, se puede observar una tendencia fluctuante en la cantidad de usuarios atendidos en el servicio de consulta externa, con aumentos y disminuciones en diferentes años. Por ejemplo, un descenso en el número de atenciones en el año 2020 que se pudo atribuir al comportamiento de los servicios de salud durante el período de pandemia causado por el COVID-19, debido a que algunas personas evitaron o tuvieron dificultades para acceder a servicios médicos durante ese tiempo. Caso contrario ocurrió en el año 2022 donde se presentó un aumento en el número de atenciones donde se puede evidenciar una recuperación o una mayor demanda de servicios después de superar las restricciones de la pandemia.

**Gráfico 7.** Número de atenciones en el servicio de consulta externa por año.



En la *tabla 5*, se encontró que las enfermedades "Hipertensivas" fue el grupo más frecuente en términos de atenciones durante todos los años, con una tendencia creciente desde 2018 hasta 2022. El total acumulado para estas enfermedades fue de 6.896 atenciones y representa un 47,6% del total de las atenciones. Además, las "Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas" ocuparon el segundo lugar en términos de atenciones. Aunque hubo una ligera

disminución en 2021, se observa una tendencia generalmente descendente en el número de atenciones para estas enfermedades a lo largo de los años, representando el 25,4% del total de las atenciones en los cinco años analizados.

Por otra parte, las "Enfermedades del sistema respiratorio" mostró una disminución constante en el número de atenciones a lo largo de los años, con 2.567 atenciones en total hasta 2022 y un 17,7% del total de las atenciones.

En cuanto a las enfermedades relacionadas con "Tumores y neoplasias", "Cerebrovasculares", "Isquemias del corazón" e "Insuficiencia cardíaca" tuvieron un número significativamente menor de atenciones en comparación con los primeros tres grupos de enfermedades mencionados. Aunque hubo algunas fluctuaciones en los datos, en general, no se observa una tendencia clara en estos últimos grupos de enfermedades.

**Tabla 5.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Hipertensivas	1266	40,1%	1127	42,2%	836	43,5%	1455	54,0%	2212	54,6%	6896	47,6%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1007	31,9%	820	30,7%	586	30,5%	528	19,6%	748	18,5%	3689	25,4%
Enfermedades del sistema respiratorio	643	20,4%	509	19,0%	300	15,6%	411	15,2%	704	17,4%	2567	17,7%
Tumores y neoplasias	119	3,8%	122	4,6%	76	4,0%	88	3,3%	130	3,2%	535	3,7%
Cerebrovasculares	39	1,2%	35	1,3%	37	1,9%	100	3,7%	98	2,4%	309	2,1%
Isquemias del corazón	56	1,8%	34	1,3%	39	2,0%	61	2,3%	80	2,0%	270	1,9%
Insuficiencia cardíaca	27	0,9%	25	0,9%	47	2,4%	53	2,0%	79	2,0%	231	1,6%
<b>Total</b>	<b>3157</b>	<b>100%</b>	<b>2672</b>	<b>100%</b>	<b>1921</b>	<b>100%</b>	<b>2696</b>	<b>100%</b>	<b>4051</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

En la *tabla 6*, los resultados señalan que el diagnóstico más frecuente en el servicio de consulta externa fue la "Hipertensión esencial (primaria)". Este diagnóstico representó la mayoría de las atenciones en todos los años, con un aumento constante desde 2018 hasta 2022. El total acumulado para este diagnóstico fue de 6,737 atenciones y representa el 46,5% del total de las atenciones.

El segundo diagnóstico más común fue "Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación". Aunque hubo algunas fluctuaciones en los datos a lo largo de los años, se observa una

tendencia generalmente descendente en el número de atenciones para este diagnóstico, representando el 14,4% del total de las atenciones.

Así mismo, la "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada" ocupó el tercer lugar en términos de atenciones. Se observa una disminución gradual en el número de atenciones para este diagnóstico a lo largo de los años y representa el 6,7% del total de las atenciones.

Otros diagnósticos como "Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación", "Asma, no especificada", "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada" y "Estado asmático" también fueron comunes, aunque con números más bajos en comparación con los primeros diagnósticos mencionados.

**Tabla 6.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por los diez primeros diagnósticos CIE-10.

Diagnóstico de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Hipertensión esencial (primaria)	1250	39,6%	1119	41,9%	823	42,8%	1388	51,5%	2157	53,2%	6737	46,5%
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	608	19,3%	488	18,3%	339	17,6%	261	9,7%	391	9,7%	2087	14,4%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	225	7,1%	196	7,3%	140	7,3%	157	5,8%	254	6,3%	972	6,7%
Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	228	7,2%	217	8,1%	164	8,5%	156	5,8%	202	5,0%	967	6,7%
Asma, no especificada	197	6,2%	154	5,8%	87	4,5%	137	5,1%	263	6,5%	838	5,8%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	90	2,9%	65	2,4%	50	2,6%	76	2,8%	123	3,0%	404	2,8%
Estado asmático	92	2,9%	60	2,2%	13	0,7%	7	0,3%	8	0,2%	180	1,2%
Cardiomiopatía isquémica	28	0,9%	17	0,6%	16	0,8%	31	1,1%	47	1,2%	139	1,0%
Insuficiencia cardíaca congestiva	14	0,4%	14	0,5%	27	1,4%	25	0,9%	46	1,1%	126	0,9%
Diabetes mellitus especificada, sin mención de complicación	34	1,1%	20	0,7%	10	0,5%	14	0,5%	41	1,0%	119	0,8%
Otros diagnósticos de ECNT	391	12,4%	322	12,1%	252	13,1%	444	16,5%	519	12,8%	1928	13,3%
<b>Total</b>	<b>3157</b>	<b>100%</b>	<b>2672</b>	<b>100%</b>	<b>1921</b>	<b>100%</b>	<b>2696</b>	<b>100%</b>	<b>4051</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

En cuanto a temas monetarios, las enfermedades "Hipertensivas" tuvieron el mayor valor monetario de atenciones en todos los años, con un aumento progresivo desde 2018 hasta 2022. El total acumulado del valor monetario de las atenciones para este capítulo fue de \$232.661.803.

Por su parte, las "Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas" ocuparon el segundo lugar en términos de valor monetario de atenciones. Aunque hubo algunas variaciones en los datos, se observa una tendencia generalmente descendente en el valor monetario de las atenciones para este capítulo a lo largo de los años, con un total acumulado de \$138.247.275.

Respecto a las "Enfermedades del sistema respiratorio" se evidencia una distribución variable en el valor monetario de las atenciones a lo largo de los años, con un total acumulado de \$100.811.264.

Las enfermedades de "Tumores y neoplasias", "Cerebrovasculares", "Isquemias del corazón" e "Insuficiencia cardiaca" tuvieron valores monetarios de atenciones más bajos en comparación con los primeros tres grupos de enfermedades mencionados. Aunque los valores monetarios también variaron, no se observa una tendencia clara en estos capítulos.

En general, el valor monetario de las atenciones en el servicio de consulta externa aumentó de manera variable a lo largo de los años, con un total acumulado de \$521.676.887 hasta el año 2022 (*Ver tabla 7*).

**Tabla 7.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y valor.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Hipertensivas	\$42.060.283	\$41.749.337	\$26.982.511	\$50.663.736	\$71.205.936	\$232.661.803
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	\$35.576.431	\$31.920.519	\$22.844.302	\$19.556.781	\$28.352.042	\$138.247.275
Enfermedades del sistema respiratorio	\$23.688.087	\$20.327.420	\$10.304.569	\$16.472.415	\$30.018.773	\$100.811.264
Tumores y neoplasias	\$3.800.012	\$4.071.276	\$2.642.052	\$3.119.035	\$5.565.639	\$19.198.014
Cerebrovasculares	\$1.377.548	\$1.298.842	\$1.098.492	\$3.846.188	\$3.947.087	\$11.568.157
Isquemias del corazón	\$1.638.837	\$1.109.194	\$1.527.010	\$2.340.693	\$3.371.558	\$9.987.292
Insuficiencia cardiaca	\$981.463	\$933.463	\$1.899.797	\$1.959.267	\$3.429.599	\$9.203.282
<b>Total</b>	<b>\$109.119.661</b>	<b>\$101.409.744</b>	<b>\$67.298.733</b>	<b>\$97.958.115</b>	<b>\$145.890.634</b>	<b>\$521.676.887</b>

La información que proporciona el *grafico 8*, indica que el valor promedio por usuario atendido en el servicio de consulta externa durante el periodo 2018 - 2022 es de \$137.464. Además, es importante resaltar que en promedio un usuario tuvo 4 consultas en el servicio de consulta externa. Este valor promedio es un indicador importante para evaluar la eficiencia y rentabilidad del servicio y puede ser utilizado para tomar decisiones estratégicas y mejorar la calidad del servicio de consulta externa en la institución.

**Gráfico 8.** Valor promedio por usuario atendido en el servicio de consulta externa durante los años 2018 - 2022.



En la *tabla 8*, cada fila representa un rango de edad específico, mientras que cada columna corresponde a un año determinado. Los valores presentes en cada celda indican el valor monetario de las atenciones en el servicio de consulta externa para ese grupo de edad y año en particular.

Al examinar los datos, se puede evidenciar que para los años 2018 y 2019 el grupo de edad de 60 a 64 años, tuvo un mayor valor facturado en las atenciones del servicio de consulta externa de \$14.783.690 y \$14.148.241, respectivamente. Por otra parte, en el año 2020 el grupo de edad con mayor valor facturado fue el de 65 a 69 años con \$9.610.548.

Sin embargo, para los años 2021 y 2022 el grupo de edad que más valor facturado tuvo en el servicio de consulta externa fue el grupo de Mayores de 80 años con un valor de \$16.001.868 y 23.165.859 respectivamente.

Además de los valores específicos para cada grupo de edad y año, la última columna muestra el total acumulado para cada año y el total general desde 2018 hasta 2022. Por ejemplo, en 2018, el total de atenciones brindadas

en el servicio de consulta externa fue de \$109.119.661, mientras que el total acumulado de los cinco años alcanzó los \$521.676.887.

El análisis de esta información nos permite examinar la distribución de las atenciones y su valor en diferentes grupos de edad y años, lo cual resulta útil para evaluar las necesidades de atención médica en cada grupo y detectar posibles tendencias o cambios a lo largo del tiempo.

**Tabla 8.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por grupo de edad y valor.

Grupo de edad	2018	2019	2020	2021	2022	Total
De 0 a 4 años	\$2.407.598	\$2.113.033	\$395.587	\$784.140	\$2.461.954	\$8.162.303
De 5 a 9 años	\$1.749.836	\$1.119.418	\$832.005	\$1.070.963	\$3.792.553	\$8.564.775
De 10 a 14 años	\$1.532.667	\$823.523	\$223.475	\$906.700	\$780.312	\$4.266.677
De 15 a 19 años	\$754.996	\$431.029	\$259.176	\$783.488	\$1.000.626	\$3.229.315
De 20 a 24 años	\$1.015.337	\$730.696	\$852.568	\$837.189	\$985.549	\$4.331.339
De 25 a 29 años	\$1.665.250	\$1.288.312	\$695.742	\$902.428	\$1.602.217	\$6.153.949
De 30 a 34 años	\$2.322.126	\$1.957.235	\$1.105.119	\$1.854.764	\$2.361.340	\$9.600.584
De 35 a 39 años	\$2.628.186	\$2.529.598	\$1.782.104	\$2.219.358	\$3.055.004	\$12.214.250
De 40 a 44 años	\$4.991.432	\$4.499.286	\$3.007.112	\$3.832.321	\$5.702.491	\$22.032.645
De 45 a 49 años	\$5.855.910	\$5.733.125	\$4.222.965	\$5.970.942	\$8.836.787	\$30.619.729
De 50 a 54 años	\$10.500.025	\$9.969.963	\$5.557.331	\$8.423.509	\$10.105.561	\$44.556.389
De 55 a 59 años	\$11.497.360	\$10.302.951	\$7.444.349	\$10.060.917	\$15.292.273	\$54.597.850
De 60 a 64 años	\$14.783.690	\$14.148.241	\$9.241.975	\$12.001.085	\$18.166.891	\$68.344.882
De 65 a 69 años	\$13.059.602	\$12.105.026	\$9.610.548	\$11.144.102	\$18.442.609	\$64.361.887
De 70 a 74 años	\$12.576.197	\$11.923.095	\$7.749.502	\$10.567.033	\$16.425.084	\$59.240.911
De 75 a 79 años	\$10.369.596	\$8.897.781	\$6.203.584	\$10.594.305	\$13.803.524	\$49.868.790
Mayores de 80 años	\$11.409.862	\$12.837.432	\$8.115.591	\$16.001.868	\$23.165.859	71.530.612
<b>Total</b>	<b>\$109.119.661</b>	<b>\$101.409.744</b>	<b>\$67.298.733</b>	<b>\$97.958.115</b>	<b>\$145.890.634</b>	<b>\$521.676.887</b>

En la *tabla 9*, se evidencia que las enfermedades "Hipertensivas", representan el mayor número de atenciones en general. Además, se observa que hubo más atenciones para el sexo femenino (49.6%) en comparación con el sexo masculino (43.9%).

Así mismo, se puede observar que, el sexo femenino también tuvo mayor participación en las "Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas" con un (26.2%) en comparación con el sexo masculino (24.0%).

Por su parte, las "Enfermedades del sistema respiratorio", nuevamente se observa una mayor proporción de atenciones para el sexo femenino (16.4%) en comparación con el sexo masculino (20.0%). Respecto a las enfermedades de "Tumores y neoplasias", "Cerebrovasculares", "Isquemias del corazón" e "Insuficiencia cardiaca", también se registró una mayor cantidad de atenciones para el sexo femenino en comparación con el sexo masculino, aunque las diferencias son menos pronunciadas.

En general, se observa que hubo más atenciones en el servicio de consulta externa para el sexo femenino en comparación con el sexo masculino.

**Tabla 9.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por sexo biológico y capítulo del CIE-10.

Sexo biológico Capítulo de acuerdo al CIE-10	Femenino		Masculino		Total	
Hipertensivas	4636	49.6%	2260	43.9%	6896	47.6%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2452	26.2%	1237	24.0%	3689	25.4%
Enfermedades del sistema respiratorio	1535	16.4%	1032	20.0%	2567	17.7%
Tumores y neoplasias	310	3.3%	225	4.4%	535	3.7%
Cerebrovasculares	174	1.9%	135	2.6%	309	2.1%
Isquemias del corazón	132	1.4%	138	2.67%	270	1.9%
Insuficiencia cardiaca	107	1.1%	124	2.4%	231	1.6%
<b>Total</b>	<b>9346</b>	<b>100%</b>	<b>5151</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

La información que proporciona la *tabla 10*, muestra que, para el grupo de edad de 0 a 4 años, no hubo atenciones registradas para el grupo de enfermedades Cerebrovasculares, pero se reportaron 5 atenciones en el grupo de las enfermedades Hipertensivas. No se registraron atenciones en el grupo de enfermedades de Insuficiencia cardiaca ni en el grupo de las Isquemias del corazón. Sin embargo, se registraron 179 atenciones relacionadas con Enfermedades del sistema respiratorio, 1 atención relacionada con Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y 17 atenciones relacionadas con Tumores y neoplasias, para un total de 202 atenciones en ese grupo de edad.

En los demás grupos de edad, se observó una variación en las atenciones registradas para diferentes capítulos del CIE-10. Por ejemplo, en el grupo de edad de 10 a 14 años, se reportaron 6 atenciones en el grupo de enfermedades Hipertensivas, 92 atenciones relacionadas con Enfermedades del sistema respiratorio, 3 atenciones relacionadas con Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y 14 atenciones relacionadas con Tumores y neoplasias, sumando un total de 115 atenciones.

Por otra parte, en los grupos de edad más avanzados, como el de 65 a 69 años, se observa un aumento en las atenciones registradas en diferentes capítulos del CIE-10. Por ejemplo, se reportaron 50 atenciones relacionadas con las enfermedades Cerebrovasculares, 878 atenciones relacionadas con las enfermedades Hipertensivas, 51 atenciones relacionadas con Insuficiencia cardiaca, 51 atenciones relacionadas con las Isquemias del corazón, 243 atenciones relacionadas con Enfermedades del sistema respiratorio, 505 atenciones relacionadas con Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y 59 atenciones relacionadas con Tumores y neoplasias, para un total de 1837 atenciones en ese grupo de edad.

**Tabla 10.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.

Grupo de edad	Cerebrovasculares		Hipertensivas		Insuficiencia cardiaca		Isquemias del corazón		Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		Tumores y neoplasias		Total	
De 0 a 4 años	0	0,0%	5	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	179	7,0%	1	0,0%	17	3,2%	202	1,4%
De 5 a 9 años	0	0,0%	5	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	187	7,3%	2	0,1%	11	2,1%	205	1,4%
De 10 a 14 años	0	0,0%	6	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	92	3,6%	3	0,1%	14	2,6%	115	0,8%
De 15 a 19 años	0	0,0%	10	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	47	1,8%	12	0,3%	16	3,0%	85	0,6%
De 20 a 24 años	0	0,0%	24	0,3%	2	0,9%	4	1,5%	55	2,1%	12	0,3%	14	2,6%	111	0,8%
De 25 a 29 años	9	2,9%	52	0,8%	0	0,0%	2	0,7%	55	2,1%	15	0,4%	39	7,3%	172	1,2%
De 30 a 34 años	0	0,0%	101	1,5%	0	0,0%	1	0,4%	82	3,2%	52	1,4%	26	4,9%	262	1,8%
De 35 a 39 años	0	0,0%	154	2,2%	1	0,4%	5	1,9%	85	3,3%	82	2,2%	29	5,4%	356	2,5%
De 40 a 44 años	6	1,9%	313	4,5%	2	0,9%	5	1,9%	92	3,6%	178	4,8%	29	5,4%	625	4,3%
De 45 a 49 años	13	4,2%	424	6,1%	4	1,7%	13	4,8%	99	3,9%	266	7,2%	40	7,5%	859	5,9%
De 50 a 54 años	29	9,4%	613	8,9%	5	2,2%	6	2,2%	167	6,5%	410	11,1%	36	6,7%	1266	8,7%
De 55 a 59 años	10	3,2%	764	11,1%	17	7,4%	45	16,7%	128	5,0%	547	14,8%	24	4,5%	1535	10,6%
De 60 a 64 años	14	4,5%	955	13,8%	38	16,5%	25	9,3%	212	8,3%	599	16,2%	48	9,0%	1891	13,0%
De 65 a 69 años	50	16,2%	878	12,7%	51	22,1%	51	18,9%	243	9,5%	505	13,7%	59	11,0%	1837	12,7%
De 70 a 74 años	49	15,9%	893	12,9%	35	15,2%	44	16,3%	217	8,5%	397	10,8%	40	7,5%	1675	11,6%
De 75 a 79 años	64	20,7%	748	10,8%	22	9,5%	28	10,4%	193	7,5%	305	8,3%	34	6,4%	1394	9,6%
Mayores de 80 años	65	21,0%	951	13,8%	54	23,4%	41	15,2%	434	16,9%	303	8,2%	59	11,0%	1907	13,2%
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100%</b>	<b>6896</b>	<b>100%</b>	<b>231</b>	<b>100%</b>	<b>270</b>	<b>100%</b>	<b>2567</b>	<b>100%</b>	<b>3689</b>	<b>100%</b>	<b>535</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

En la *tabla 11* se observa que, las enfermedades hipertensivas registraron un total de 6896 atenciones. De estas, 1517 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 2930 atenciones al Grupo B de pobreza

moderada, 2008 atenciones al Grupo C de vulnerables, 310 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 131 atenciones donde no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Al analizar las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se encontraron 3689 atenciones en total. De estas, 796 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 1539 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 1092 atenciones al Grupo C de vulnerables, 196 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 66 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

En cuanto a las enfermedades del sistema respiratorio, se registraron un total de 2567 atenciones. De estas, 780 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 1155 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 529 atenciones al Grupo C de vulnerables, 65 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 38 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Por su parte los tumores y neoplasias registró un total de 535 atenciones. De estas, 132 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 242 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 126 atenciones al Grupo C de vulnerables, 27 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 8 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Además, las enfermedades cerebrovasculares, registraron 309 atenciones en total. De estas, 113 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 145 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 34 atenciones al Grupo C de vulnerables, 1 atención al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 16 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

En cuanto a las enfermedades de isquemias del corazón, se registraron un total de 270 atenciones. De estas, 51 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 129 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 79 atenciones al Grupo C de vulnerables, 3 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 8 atenciones donde no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Por último, las enfermedades de insuficiencia cardiaca, se registraron 231 atenciones en total. De estas, 64 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 104 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 55

atenciones al Grupo C de vulnerables, 3 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 5 atenciones donde no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

**Tabla 11.** Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	Grupo A – Pobreza extrema		Grupo B – Pobreza moderada		Grupo C - Vulnerable		Grupo D – No pobre, no vulnerable		Sin información		Total	
Hipertensivas	1517	43,9%	2930	46,9%	2008	51,2%	310	51,2%	131	48,2%	6896	47,6%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	796	23,1%	1539	24,6%	1092	27,8%	196	32,4%	66	24,3%	3689	25,4%
Enfermedades del sistema respiratorio	780	22,6%	1155	18,5%	529	13,5%	65	10,7%	38	14,0%	2567	17,7%
Tumores y neoplasias	132	3,8%	242	3,9%	126	3,2%	27	4,5%	8	2,9%	535	3,7%
Cerebrovasculares	113	3,3%	145	2,3%	34	0,9%	1	0,2%	16	5,9%	309	2,1%
Isquemias del corazón	51	1,5%	129	2,1%	79	2,0%	3	0,5%	8	2,9%	270	1,9%
Insuficiencia cardíaca	64	1,9%	104	1,7%	55	1,4%	3	0,5%	5	1,8%	231	1,6%
<b>Total</b>	<b>3453</b>	<b>100%</b>	<b>6244</b>	<b>100%</b>	<b>3923</b>	<b>100%</b>	<b>605</b>	<b>100%</b>	<b>272</b>	<b>100%</b>	<b>14497</b>	<b>100%</b>

#### 9.4 Servicio de hospitalización

A continuación, se presentan las características sociales y demográficas de la población atendida en el servicio de hospitalización entre los años 2018 y 2022 en el Hospital. De allí se puede evidenciar en el *gráfico 9*, que el 55,8% de los usuarios atendidos fueron de sexo femenino, mientras que el 44,2% fueron de sexo masculino. Esto significa que, en el período analizado, hubo un mayor número de mujeres que utilizaron los servicios de hospitalización en comparación con los hombres. La diferencia porcentual entre ambos sexos es de aproximadamente 11.6 puntos porcentuales, lo que indica una mayor proporción de mujeres en este contexto.

La diferencia en la atención entre los sexos puede indicar posibles diferencias en los patrones de salud o en las enfermedades más comunes en cada grupo. Por ejemplo, si las mujeres representaron una proporción

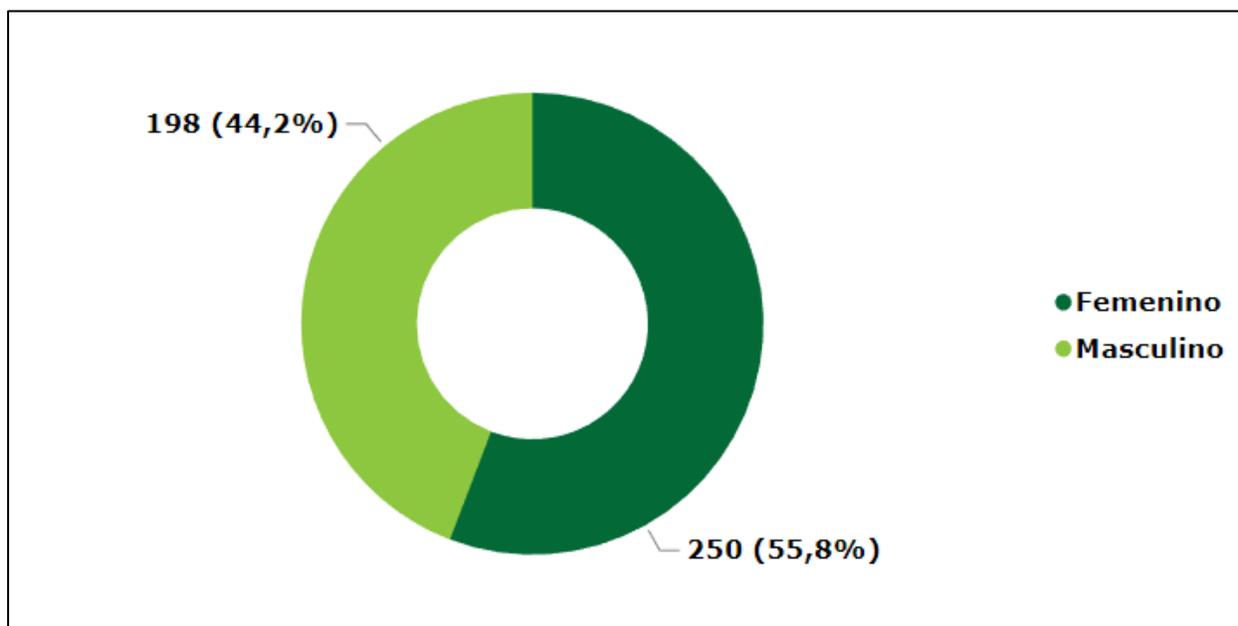
mayor de la atención hospitalaria, esto podría sugerir que ciertas enfermedades o condiciones de salud específicas son más prevalentes en las mujeres.

Además, la diferencia en la proporción de atención también puede estar influenciada por el acceso a la atención médica. Podría ser útil investigar si hay disparidades de género en el acceso a los servicios de salud, como barreras económicas, sociales o culturales que afecten de manera desproporcionada a uno u otro sexo.

Los factores socioeconómicos también pueden desempeñar un papel en la diferencia de atención entre los sexos. Por ejemplo, si hay desigualdades en el acceso a seguros de salud o recursos financieros, esto podría influir en la cantidad de atención recibida por cada grupo.

Por último, esta diferencia en la atención entre los sexos podría ser relevante para explorar y comprender mejor las necesidades de atención médica específicas de hombres y mujeres, y cómo los sistemas de atención médica responden a esas necesidades.

**Gráfico 9.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por sexo biológico.



Por su parte en la *tabla 12*, se puede observar que se presentaron 321 atenciones del sexo masculino en diversas franjas de edad, desde 0 años hasta

más de 80 años. Por otro lado, se presentaron 382 atenciones del sexo femenino en las mismas franjas de edad. Esto indica que, en el periodo mencionado, hubo una mayor cantidad de usuarios del sexo femenino que buscaron atención en el servicio de hospitalización en comparación con los usuarios del sexo masculino.

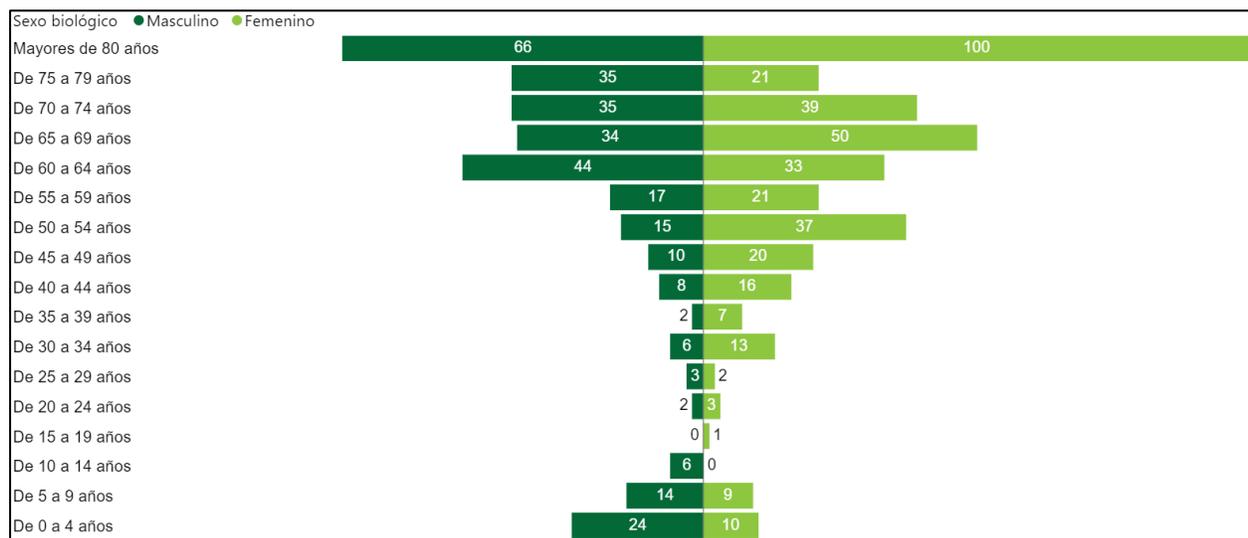
Los datos muestran que la población del sexo femenino entre las edades de 80 años y más fueron quienes más consultaron el servicio de hospitalización con un 26,2% de las atenciones en este sexo, mientras que la población del sexo masculino entre el mismo rango de edad tuvo un 20,6% de las atenciones del sexo masculino.

El *gráfico 10* indica que entre ambos sexos los pacientes que consultaron muy poco el servicio de hospitalización fueron los usuarios entre las edades de 10 a 14 años de edad, 15 a 19 años de edad y los usuarios entre las edades de 20 a 24 años de edad y 25 a 29 años de edad.

**Tabla 12.** Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y grupo de edad.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
De 0 a 4 años	24	7,5%	10	2,6%	34	4,8%
De 5 a 9 años	14	4,4%	9	2,4%	23	3,3%
De 10 a 14 años	6	1,9%	0	0,0%	6	0,9%
De 15 a 19 años	0	0,0%	1	0,3%	1	0,1%
De 20 a 24 años	2	0,6%	3	0,8%	5	0,7%
De 25 a 29 años	3	0,9%	2	0,5%	5	0,7%
De 30 a 34 años	6	1,9%	13	3,4%	19	2,7%
De 35 a 39 años	2	0,6%	7	1,8%	9	1,3%
De 40 a 44 años	8	2,5%	16	4,2%	24	3,4%
De 45 a 49 años	10	3,1%	20	5,2%	30	4,3%
De 50 a 54 años	15	4,7%	37	9,7%	52	7,4%
De 55 a 59 años	17	5,3%	21	5,5%	38	5,4%
De 60 a 64 años	44	13,7%	33	8,6%	77	11,0%
De 65 a 69 años	34	10,6%	50	13,1%	84	11,9%
De 70 a 74 años	35	10,9%	39	10,2%	74	10,5%
De 75 a 79 años	35	10,9%	21	5,5%	56	8,0%
Mayores de 80 años	66	20,6%	100	26,2%	166	23,6%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>382</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

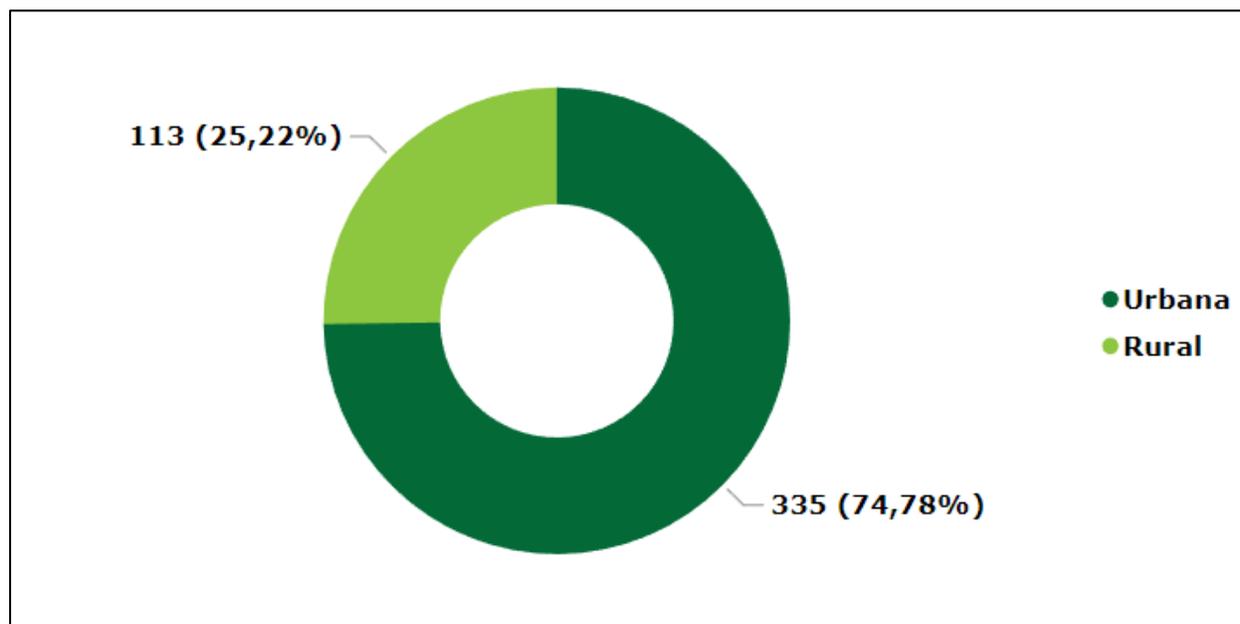
**Gráfico 10.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y grupo de edad.



En cuanto a la zona de residencia, en el *gráfico 11* se observa que el 74,7% de los usuarios atendidos provienen de la zona urbana, mientras que el 25,2% provienen de la zona rural. Esto indica que la mayoría de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización son residentes de zonas urbanas, con una diferencia significativa en comparación con los residentes de zonas rurales. La proporción de usuarios atendidos de la zona urbana es mucho mayor que la proporción de usuarios atendidos de la zona rural.

Además, la diferencia en la distribución de usuarios entre las zonas urbana y rural puede indicar disparidades en el acceso a la atención médica. Las áreas urbanas generalmente tienen una mayor concentración de servicios de salud y hospitales, lo que puede facilitar el acceso para los residentes urbanos. Por otro lado, las áreas rurales a menudo enfrentan desafíos de acceso a servicios de salud debido a la falta de infraestructura y recursos.

**Gráfico 11.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por zona de residencia.



En la *tabla 13* se encuentra la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización por grupo de enfermedad y lugar de residencia, donde se puede evidenciar que los grupos de enfermedades con mayores usuarios atendidos fueron las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las enfermedades del sistema respiratorio, las insuficiencias cardiacas.

Por otra parte, se puede evidenciar que, los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización, residen en los lugares Llano de Bolívar, Buga, Paso Real, Kilómetro Dos, entre otros.

**Tabla 13.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.

Lugar residencia	Cerebrovasculares	Hipertensivas	Insuficiencia cardiaca	Isquemias del corazón	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Tumores y neoplasias	Total								
Llano de bolívar	0	0,0%	2	2,3%	3	7,5%	2	6,5%	3	1,9%	7	5,8%	1	4,3%	14	3,1%
Buga	2	5,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	3,2%	1	0,6%	1	0,8%	0	0,0%	6	1,3%
Paso real	0	0,0%	0	0,0%	1	2,5%	1	3,2%	1	0,6%	3	2,5%	0	0,0%	6	1,3%
Kilómetro dos	0	0,0%	2	2,3%	0	0,0%	1	3,2%	2	1,3%	0	0,0%	1	4,3%	5	1,1%
Chaparral	1	2,5%	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,7%	0	0,0%	4	0,9%
La barranca	1	2,5%	1	1,2%	1	2,5%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,9%
Cativo	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,7%	1	4,3%	3	0,7%
El espinal	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,7%	0	0,0%	3	0,7%
Mariana	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,7%
Sabanas	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,9%	1	0,8%	0	0,0%	3	0,7%
El churimbo	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
El filo	0	0,0%	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	1	4,3%	2	0,4%
El rodeo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%
La noque	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
Moraditas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	1	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
Palenque	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	1	0,8%	0	0,0%	2	0,4%
Centro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Coloradas	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,2%
El chorrillo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	1	0,2%
El pescado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Otros lugares	32	80,0%	78	90,7%	33	82,5%	25	80,6%	135	87,7%	96	79,3%	19	82,6%	381	85,0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>448</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización por nivel socioeconómico, en el *gráfico 12* se observa que, se brindó atención hospitalaria a 185 usuarios clasificados en el Nivel B, que corresponde a la pobreza moderada. Esto muestra que un número considerable de personas con una situación socioeconómica precaria.

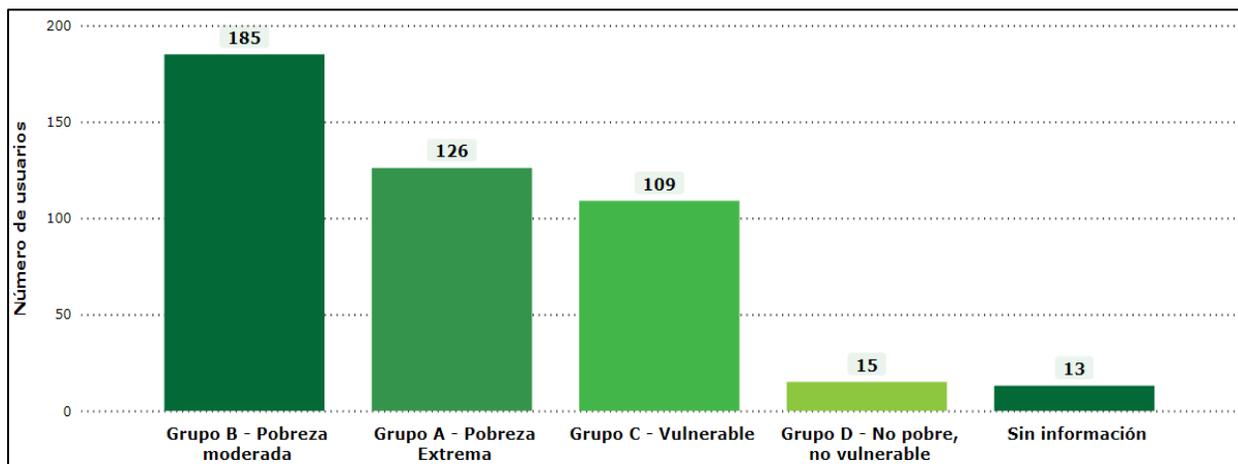
Además, se atendieron 126 usuarios que corresponden al Nivel A, pobreza extrema. Esto indica que un número significativo de personas en condiciones de extrema pobreza también recibieron atención hospitalaria.

En cuanto al Nivel C, que clasifica a las personas como vulnerables, se brindó atención a 109 usuarios, para el Nivel D, que corresponde a personas no pobres ni vulnerables, se contó con 15 usuarios que recibieron atención hospitalaria, lo cual representa un número relativamente bajo.

Además, se registraron 13 usuarios que no tenían ninguna clasificación socioeconómica de acuerdo con el sistema SISBEN, lo que podría indicar que estas personas no han sido evaluadas por el sistema o no están registradas en él.

En general, la distribución de usuarios atendidos en el servicio de hospitalización muestra una mayor cantidad de personas en los niveles de pobreza moderada, pobreza extrema y vulnerabilidad, lo que evidencia que los servicios hospitalarios están siendo utilizados por personas en situaciones socioeconómicas más precarias.

**Gráfico 12.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por nivel socioeconómico.



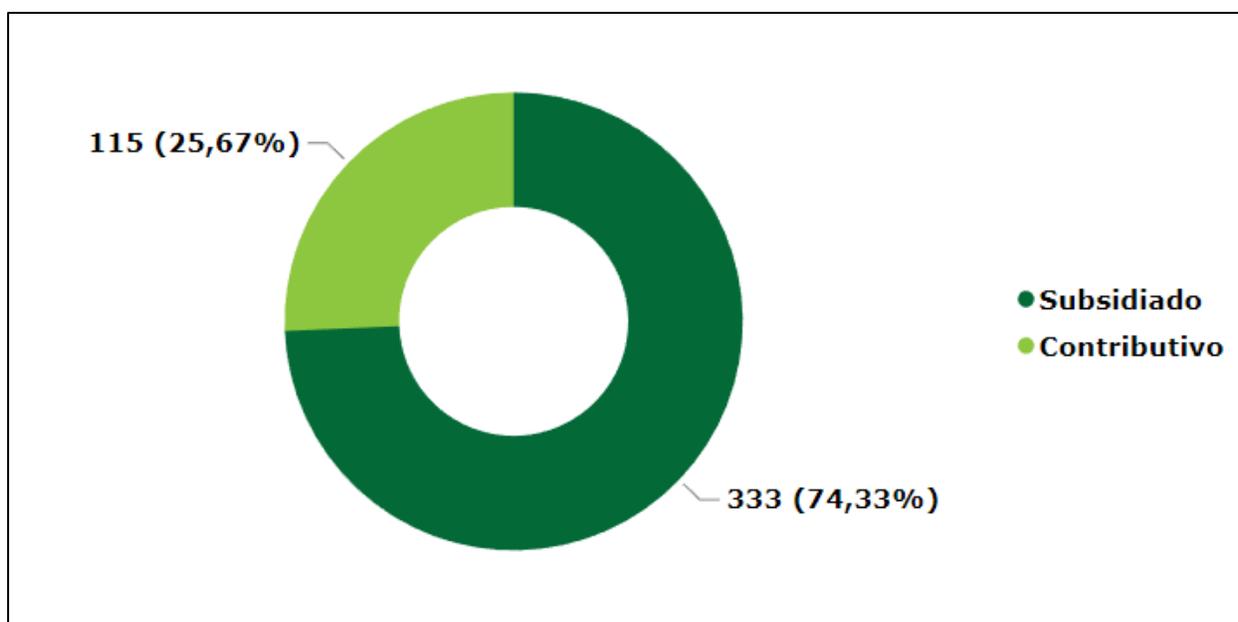
En el *gráfico 13*, se evidencia la distribución porcentual de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización según el tipo de usuario, en el cual se puede observar que, para el caso del régimen subsidiado, el 74,3% de los usuarios atendidos pertenecen a este régimen, el cual generalmente está diseñado para brindar servicios de atención médica a personas de bajos ingresos o en situación de vulnerabilidad.

En cuanto al régimen contributivo, el valor porcentual fue de 25,6% de usuarios atendidos. Esto significa que una proporción más pequeña de usuarios está afiliada al régimen contributivo, el cual suele estar dirigido a

personas que tienen empleo formal y pueden pagar una cotización para recibir servicios de salud.

En resumen, la gráfica muestra que la mayoría de los usuarios atendidos en el servicio de hospitalización están afiliados al régimen subsidiado, lo que indica que el sistema de salud está brindando atención a personas con menos recursos económicos. Mientras tanto, un porcentaje más bajo corresponde a usuarios afiliados al régimen contributivo, que generalmente incluye a personas con empleo formal y mayores ingresos.

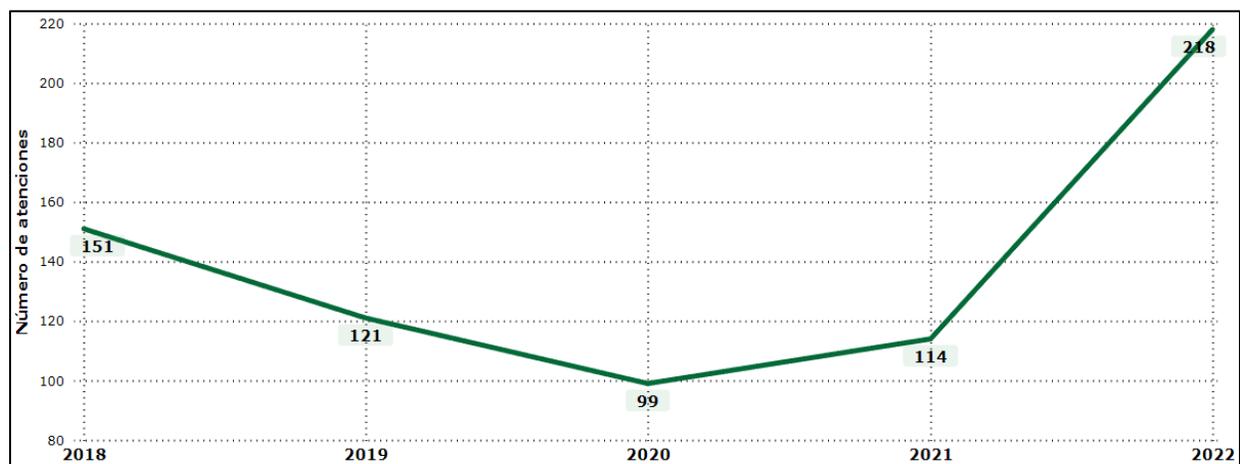
**Gráfico 13.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de hospitalización por tipo de usuario.



Para el caso del número de atenciones en el servicio de hospitalización por año se evidencia que, en el año 2018 hubo un total de 151 atenciones en el servicio de hospitalización, en el año 2019 el número de atenciones disminuyó a 121 en comparación con el año anterior, para el año 2020 la cantidad de atenciones continuó disminuyendo a 99 atenciones. Pero, en el año 2021 hubo un aumento en el número de atenciones en comparación con el año anterior, llegando a 114 atenciones y en el año 2022 se observó un incremento significativo en el número de atenciones, alcanzando un total de 218 (ver el gráfico 14).

Por lo tanto, el gráfico muestra una tendencia fluctuante en el número de atenciones en el servicio de hospitalización a lo largo de los años. Hubo una disminución progresiva desde 2018 hasta 2020, seguida de un aumento en 2021 y un incremento significativo en 2022. Esta disminución de atenciones en el servicio de hospitalización durante los años mencionados también pueden ser consecuencia del tiempo de la pandemia, donde los servicios hospitalarios tuvieron gran demanda de pacientes con Covid-19.

**Gráfico 14.** Número de atenciones en el servicio de hospitalización por año.



En la *tabla 14*, se observa la distribución de atenciones en el servicio de hospitalización para diferentes capítulos del CIE-10 que componen las ECNT. En cuanto a las enfermedades del sistema respiratorio, en el año 2018 se brindó atención a 62 casos, cifra que disminuyó a 49 casos en 2019. En el año 2020, la cantidad de casos atendidos se redujo aún más a 27, pero en 2021 hubo un incremento notable, registrándose 39 casos. Sin embargo, el número de casos aumentó significativamente en 2022, alcanzando un total de 72 casos. En conjunto, se brindó atención a un total de 249 casos relacionados con enfermedades respiratorias y representaron un 35,4% del total de las atenciones.

En lo que respecta a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se observa una tendencia más estable. En 2018, se atendieron 25 casos, cifra que aumentó ligeramente a 30 casos en 2019. En 2020, se mantuvo el mismo nivel de atención con 25 casos, mientras que en 2021 se registraron 27 casos. No obstante, en 2022 se produjo un aumento considerable, llegando a un total de 68 casos atendidos. En total, se

registraron 176 atenciones relacionadas con este tipo de enfermedades con un 25,0% del total de atenciones.

Por otro lado, las enfermedades hipertensivas también han sido motivo de preocupación. En 2018, se atendieron 28 casos, cifra que disminuyó a 20 casos en 2019. En el año 2020, se observó una reducción adicional, atendándose únicamente 13 casos. Sin embargo, en 2021 hubo un ligero aumento, registrándose 15 casos. Finalmente, en 2022 se produjo un aumento significativo, alcanzando un total de 26 casos. En conjunto, se brindó atención a un total de 102 casos relacionados con enfermedades hipertensivas y un 14,5% del total de las atenciones.

**Tabla 14.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Enfermedades del sistema respiratorio	62	41,1%	49	40,5%	27	27,3%	39	34,2%	72	33,0%	249	35,4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	25	16,6%	30	24,8%	25	25,3%	27	23,7%	68	31,2%	176	25,0%
Hipertensivas	28	18,5%	20	16,5%	13	13,1%	15	13,2%	26	11,9%	102	14,5%
Insuficiencia cardíaca	11	7,3%	6	5,0%	14	14,1%	8	7,0%	23	10,6%	62	8,8%
Cerebrovasculares	10	6,6%	5	4,1%	6	6,1%	15	13,2%	12	5,5%	48	6,8%
Isquemias del corazón	9	6,0%	7	5,8%	7	7,1%	5	4,4%	10	4,6%	38	5,4%
Tumores y neoplasias	6	4,0%	4	3,3%	7	7,1%	5	4,4%	7	3,2%	29	4,1%
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

La *tabla 15* proporciona información sobre la distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización para los diez primeros diagnósticos CIE-10 en el periodo 2018 – 2022, en los cuales se puede evidenciar que, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada fue el diagnóstico con mayor número de atenciones, registrándose un 14,2% del total. Sin embargo, se observaron fluctuaciones en la cantidad de casos a lo largo de los años.

Por su parte, la enfermedad de hipertensión esencial (primaria) presentó 13,5% del total de atenciones, con variaciones en la cantidad de atenciones a lo largo de los años, en el caso de la enfermedad de asma, no especificada registró un 8,1% del total de atenciones, también con variaciones en los diferentes años.

En cuanto a las demás enfermedades se puede evidenciar que para la diabetes mellitus no insulino dependiente representaron un 7,3% y la diabetes mellitus insulino dependiente 7,0% del total de atenciones a lo largo de los años. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada tuvo un 6,3% del total de atenciones, mientras que la insuficiencia cardiaca congestiva tuvo un 5,7%, ambas con variaciones en la cantidad de casos entre los años. El diagnóstico de estado asmático tuvo un 4,3% de participación, y para la enfermedad cerebrovascular, no especificada, representa un 3,6% del total de atenciones, mostrando fluctuaciones en la cantidad de casos a lo largo del tiempo.

Además, la enfermedad de insuficiencia cardiaca, no especificada, representó el 3,15 del total, con variaciones en la cantidad de casos entre los años. Además de estos diez diagnósticos, se registraron 190 atenciones para otros diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representando el 27,0% del total de atenciones. Estos datos son valiosos para comprender las condiciones de salud más comunes que requieren atención hospitalaria y sirven como base para la planificación y provisión de servicios médicos adecuados en el ámbito hospitalario.

**Tabla 15.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por los diez primeros diagnósticos CIE-10.

Diagnóstico de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	22	14,6%	16	13,2%	14	14,1%	14	12,3%	34	15,6%	100	14,2%
Hipertensión esencial (primaria)	27	17,9%	20	16,5%	12	12,1%	11	9,6%	25	11,5%	95	13,5%
Asma, no especificada	15	9,9%	8	6,6%	5	5,1%	11	9,6%	18	8,3%	57	8,1%
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	6	4,0%	12	9,9%	7	7,1%	8	7,0%	18	8,3%	51	7,3%
Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	9	6,0%	12	9,9%	9	9,1%	8	7,0%	11	5,0%	49	7,0%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	4	2,6%	12	9,9%	6	6,1%	8	7,0%	14	6,4%	44	6,3%
Insuficiencia cardiaca congestiva	8	5,3%	5	4,1%	9	9,1%	4	3,5%	14	6,4%	40	5,7%
Estado asmático	16	10,6%	12	9,9%	1	1,0%	0	0,0%	1	0,5%	30	4,3%
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	4	2,6%	5	4,1%	5	5,1%	7	6,1%	4	1,8%	25	3,6%
Insuficiencia cardiaca, no especificada	3	2,0%	1	0,8%	5	5,1%	4	3,5%	9	4,1%	22	3,1%
Otros diagnósticos de ECNT	37	24,5%	18	14,9%	26	26,3%	38	33,3%	70	32,1%	190	27,0%
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>	<b>121</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>218</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

De todas las atenciones registradas en el servicio de hospitalización, se observa que el 35.4% corresponden a enfermedades del sistema respiratorio. Dentro de este porcentaje, el sexo masculino representó mayores atenciones en comparación con el sexo femenino.

Por otro lado, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas representan el 24.9% de las atenciones totales. En este grupo de enfermedades, el sexo femenino lideró el número de atenciones con respecto al sexo masculino.

En cuanto a las enfermedades hipertensivas, se registran atenciones que representan el 14.5% del total, también liderando el sexo femenino, por su parte la insuficiencia cardiaca contribuye al 8.8% de las atenciones, donde el sexo masculino tuvo mayor atención con 32 casos.

En el caso de las enfermedades cerebrovasculares tuvieron el 6.8% de las atenciones, siendo el sexo femenino con más atenciones con 27 casos. Por su parte, las isquemias del corazón tuvieron un 5.4% de las atenciones, para este caso el sexo masculino fue quien lideró las atenciones con 21 casos.

Finalmente, las atenciones relacionadas con tumores y neoplasias representaron el 4.1% del total, con 13 casos para pacientes femeninas y 16 casos para pacientes masculinos. Estos datos proporcionan una visión detallada de la distribución por género en diferentes categorías de enfermedades, lo que puede ser relevante para comprender mejor las disparidades de género en la salud y orientar la atención médica de manera más adecuada (*ver tabla 16*).

**Tabla 16.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por sexo biológico y capítulo del CIE-10.

<b>Sexo biológico</b> <b>Capítulo de acuerdo al CIE-10</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
Enfermedades del sistema respiratorio	128	33.5%	121	37.7%	249	35.4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	111	29.1%	64	19.9%	175	24.9%
Hipertensivas	56	14.7%	46	14.3%	102	14.5%
Insuficiencia cardiaca	30	7.8%	32	10.0%	62	8.8%
Cerebrovasculares	27	7.1%	21	6.5%	48	6.8%
Isquemias del corazón	17	4.4%	21	6.5%	38	5.4%
Tumores y neoplasias	13	3.4%	16	5.0%	29	4.1%
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>100%</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

La distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE -10 y grupo de edad evidencia que, en el grupo de edad de 0 a 4 años, se registraron un total de 34 atenciones en el servicio de hospitalización. No se reportaron casos de enfermedades cerebrovasculares en este grupo, pero se atendió a un paciente con hipertensión. Además, se brindó atención a 32 pacientes con enfermedades del sistema respiratorio, 1 paciente con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y no se registraron casos de tumores y neoplasias.

Por otra parte, en los demás grupos de edad, se observa que el número de atenciones varía. Por ejemplo, en el grupo de 60 a 64 años, se registraron un total de 77 atenciones en el servicio de hospitalización. De estas, 3 se relacionaron con enfermedades cerebrovasculares, 12 con hipertensión, 12 con insuficiencia cardiaca, 5 con isquemias del corazón, 18 con enfermedades del sistema respiratorio, 25 con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y 2 con tumores y neoplasias.

En el grupo de edad de mayores de 80 años, se registraron un total de 166 atenciones en el servicio de hospitalización. Se observa que las enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas, insuficiencia cardiaca, isquemias del corazón, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y tumores y neoplasias tuvieron una mayor presencia en este grupo de edad en comparación con otros grupos (*ver la tabla 17*).

**Tabla 17.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.

Grupo de edad	Cerebrovasculares		Hipertensivas		Insuficiencia cardiaca		Isquemias del corazón		Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		Tumores y neoplasias		Total	
De 0 a 4 años	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	32	12,9%	1	0,6%	0	0,0%	34	4,8%
De 5 a 9 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	22	8,8%	0	0,0%	1	3,4%	23	3,3%
De 10 a 14 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	2,0%	0	0,0%	1	3,4%	6	0,9%
De 15 a 19 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,1%
De 20 a 24 años	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%	0	0,0%	4	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,7%
De 25 a 29 años	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	3	10,3%	5	0,7%
De 30 a 34 años	0	0,0%	4	3,9%	0	0,0%	1	2,6%	8	3,2%	6	3,4%	0	0,0%	19	2,7%
De 35 a 39 años	0	0,0%	2	2,0%	0	0,0%	1	2,6%	2	0,8%	3	1,7%	1	3,4%	9	1,3%
De 40 a 44 años	2	4,2%	1	1,0%	0	0,0%	2	5,3%	4	1,6%	13	7,4%	2	6,9%	24	3,4%
De 45 a 49 años	2	4,2%	3	2,9%	3	4,8%	2	5,3%	9	3,6%	8	4,6%	3	10,3%	30	4,3%
De 50 a 54 años	1	2,1%	9	8,8%	0	0,0%	4	10,5%	14	5,6%	22	12,6%	2	6,9%	52	7,4%
De 55 a 59 años	3	6,3%	5	4,9%	1	1,6%	1	2,6%	6	2,4%	18	10,3%	4	13,8%	38	5,4%
De 60 a 64 años	3	6,3%	12	11,8%	12	19,4%	5	13,2%	18	7,2%	25	14,3%	2	6,9%	77	11,0%
De 65 a 69 años	4	8,3%	15	14,7%	16	25,8%	8	21,1%	18	7,2%	21	12,0%	2	6,9%	84	11,9%
De 70 a 74 años	6	12,5%	14	13,7%	13	21,0%	4	10,5%	17	6,8%	17	9,7%	3	10,3%	74	10,5%
De 75 a 79 años	7	14,6%	14	13,7%	5	8,1%	3	7,9%	11	4,4%	15	8,6%	1	3,4%	56	8,0%
Mayores de 80 años	20	41,7%	21	20,6%	11	17,7%	7	18,4%	78	31,3%	25	14,3%	4	13,8%	166	23,6%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>	<b>175</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

En la *tabla 18* se observa que, para las enfermedades del sistema respiratorio, se registró un total de 249 atenciones. De estas, 81 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 101 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 54 atenciones al Grupo C de vulnerables, 7 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 6 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Al analizar las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se evidencia 175 atenciones en total. De estas, 44 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 76 atenciones al Grupo B de pobreza moderada, 44 atenciones al Grupo C de vulnerables, 9 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 2 atenciones donde no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

En cuanto a las enfermedades hipertensivas, se registró un total de 102 atenciones. De estas, 24 atenciones corresponden al Grupo A de pobreza extrema, 44 atenciones al Grupo B de pobreza moderada,

29 atenciones al Grupo C de vulnerables, 2 atenciones al Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 3 atenciones donde no se tuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Por su parte las enfermedades de insuficiencia cardiaca registraron 62 atenciones en total. Se observa que se brindó atención a 20 pacientes del Grupo A de pobreza extrema, 29 pacientes del Grupo B de pobreza moderada, 9 pacientes del Grupo C de vulnerables, 1 paciente del Grupo D de no pobre, no vulnerable, y 3 atenciones donde no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

**Tabla 18.** Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	Grupo A – Pobreza extrema		Grupo B – Pobreza moderada		Grupo C - Vulnerable		Grupo D – No pobre, no vulnerable		Sin información		Total	
Enfermedades del sistema respiratorio	81	39,9%	101	34,0%	54	34,0%	7	30,4%	6	28,6%	249	35,4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	44	21,7%	76	25,6%	44	27,7%	9	39,1%	2	9,5%	175	24,9%
Hipertensivas	24	11,8%	44	14,8%	29	18,2%	2	8,7%	3	14,3%	102	14,5%
Insuficiencia cardiaca	20	9,9%	29	9,8%	9	5,7%	1	4,3%	3	14,3%	62	8,8%
Cerebrovasculares	15	7,4%	19	6,4%	7	4,4%	0	0,0%	7	33,3%	48	6,8%
Isquemias del corazón	10	4,9%	16	5,4%	8	5,0%	4	17,4%	0	0,0%	38	5,4%
Tumores y neoplasias	9	4,4%	12	4,0%	8	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	29	4,1%
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100%</b>	<b>297</b>	<b>100%</b>	<b>159</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>	<b>703</b>	<b>100%</b>

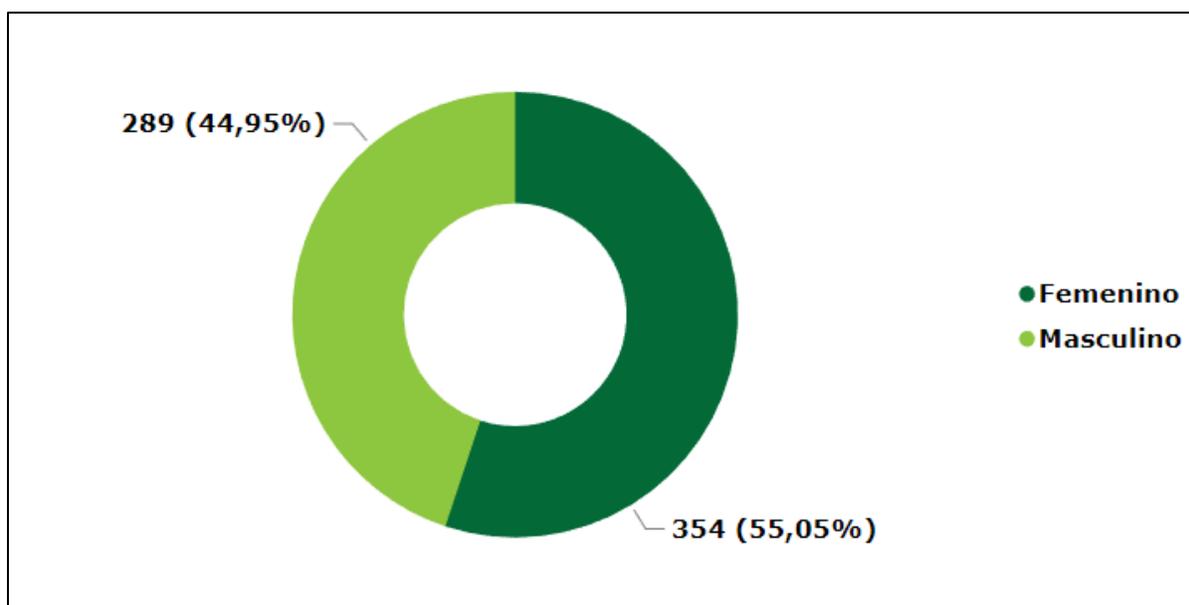
## 9.5 Servicio de urgencias

Continuando con el análisis, en este caso para el servicio de urgencias, se evidencia en el *gráfico 15* que, durante el período analizado, se registró que el 55,0% de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias eran del sexo femenino y el 44,9% de los usuarios atendidos fueron del sexo masculino, estos datos revelan una diferencia en la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias en función de su sexo biológico. La disparidad entre el sexo femenino y el sexo masculino sugiere que hay una variación en la utilización de los servicios de urgencias entre ambos grupos.

Además, es importante destacar que se observa una mayor búsqueda de atención médica por parte del sexo femenino, lo cual sugiere que estas pueden ser más propensas a buscar atención médica en el servicio de urgencias. Este hecho puede estar influenciado por diversos factores, como diferencias en las necesidades de atención médica, acceso a los servicios de salud o comportamientos de búsqueda de atención.

Estos hallazgos resaltan la importancia de tener en cuenta las diferencias de género al analizar la utilización de los servicios de salud y enfocar los esfuerzos en garantizar una atención médica equitativa y accesible para todos los usuarios, independientemente de su sexo.

**Gráfico 15.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por sexo biológico.



Por su parte, en la *tabla 18* se puede observar que para el servicio de urgencias se presentaron 440 atenciones del sexo masculino en diversas franjas de edad, desde 0 años hasta más de 80 años. Además, se presentaron 508 atenciones del sexo femenino en las mismas franjas de edad. Esto indica que, en el periodo mencionado, hubo una mayor cantidad de usuarios del sexo femenino que buscaron atención en el servicio de urgencias en comparación con los usuarios del sexo masculino.

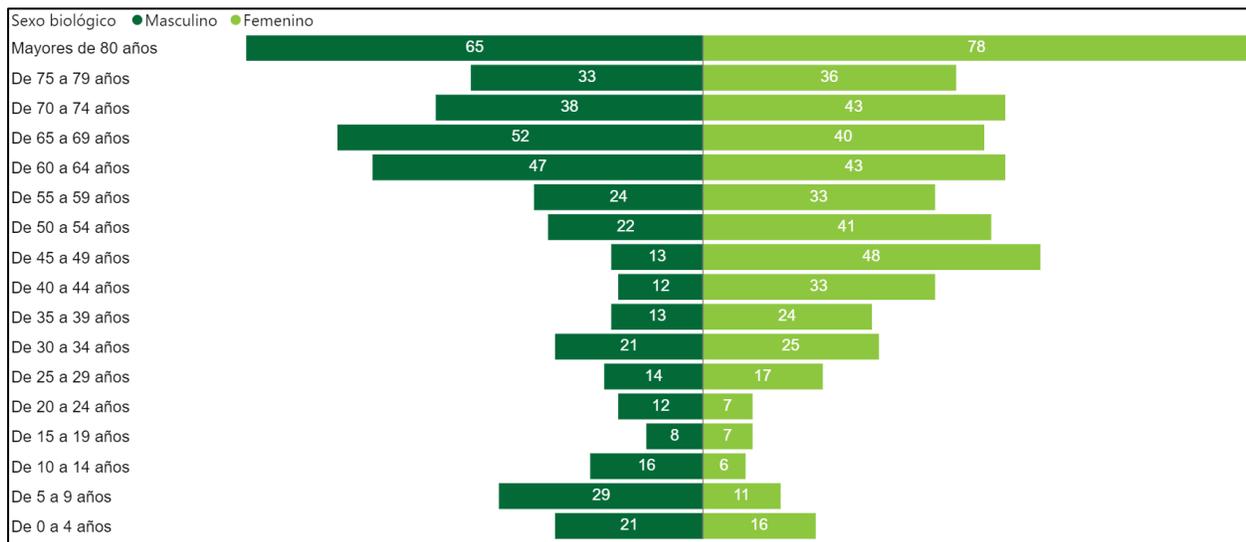
Los datos demuestran que las poblaciones del sexo femenino entre las edades de mayores de 80 años fueron quienes más consultaron el servicio de urgencias con 78 atenciones, mientras que la población del sexo masculino en el mismo grupo de edad tuvieron 65 atenciones.

El *gráfico 16* evidencia que entre ambos sexos los pacientes que consultaron muy poco el servicio de urgencias fueron los usuarios entre las edades de 15 a 19 años de edad.

**Tabla 18.** Distribución porcentual de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y grupo de edad.

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
De 0 a 4 años	21	4,8%	16	3,1%	37	3,9%
De 5 a 9 años	29	6,6%	11	2,2%	40	4,2%
De 10 a 14 años	16	3,6%	6	1,2%	22	2,3%
De 15 a 19 años	8	1,8%	7	1,4%	15	1,6%
De 20 a 24 años	12	2,7%	7	1,4%	19	2,0%
De 25 a 29 años	14	3,2%	17	3,3%	31	3,3%
De 30 a 34 años	21	4,8%	25	4,9%	46	4,9%
De 35 a 39 años	13	3,0%	24	4,7%	37	3,9%
De 40 a 44 años	12	2,7%	33	6,5%	45	4,7%
De 45 a 49 años	13	3,0%	48	9,4%	61	6,4%
De 50 a 54 años	22	5,0%	41	8,1%	63	6,6%
De 55 a 59 años	24	5,5%	33	6,5%	57	6,0%
De 60 a 64 años	47	10,7%	43	8,5%	90	9,5%
De 65 a 69 años	52	11,8%	40	7,9%	92	9,7%
De 70 a 74 años	38	8,6%	43	8,5%	81	8,5%
De 75 a 79 años	33	7,5%	36	7,1%	69	7,3%
Mayores de 80 años	65	14,8%	78	15,4%	143	15,1%
<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>100%</b>	<b>508</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 16.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y grupo de edad.

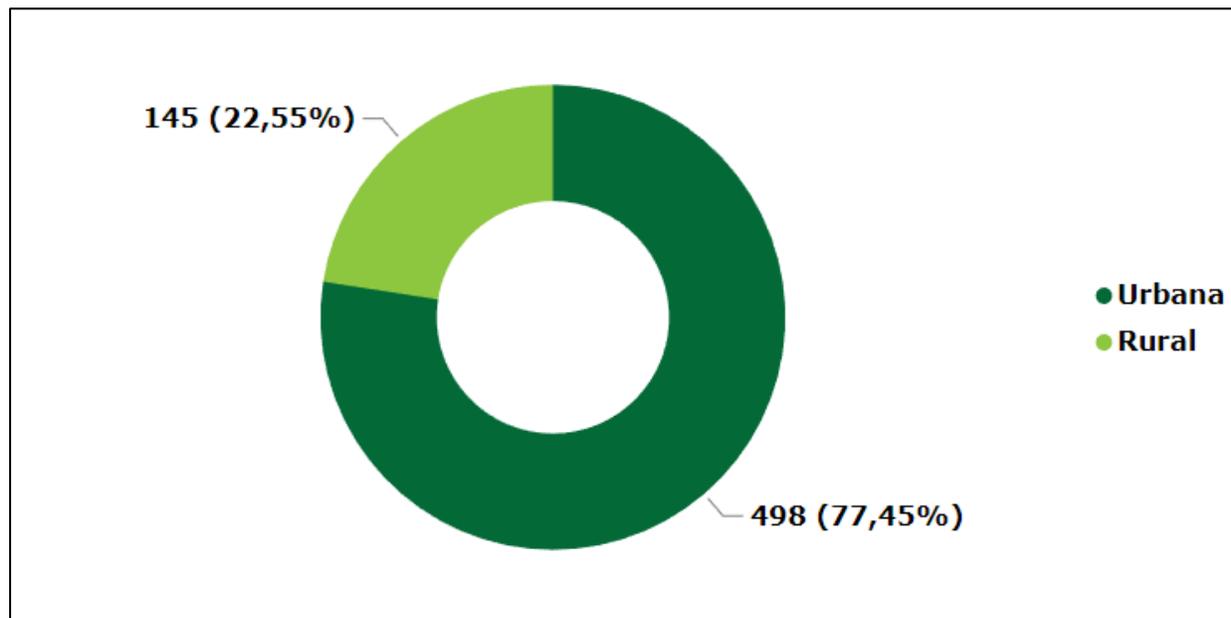


En cuanto a la distribución de los usuarios por zona de residencia, el *gráfico 17* evidencia que, el 77,4% de los usuarios atendidos pertenecían a la zona urbana del municipio. Esto indica que la mayoría de los usuarios que buscaron atención en el servicio de urgencias residían en áreas urbanas dentro del municipio de Santa Fe de Antioquia.

Por otro lado, el 22,5% de los usuarios atendidos pertenecían a la zona rural del municipio. Esto señala que una proporción menor de los usuarios atendidos provenían de áreas rurales dentro de Santa Fe de Antioquia.

Estos datos revelan que la mayor proporción de usuarios al ser de la zona urbana puede estar relacionada con una densidad superior de población en esa área, lo cual conlleva a mayor accesibilidad a servicios de salud y una mayor concentración de instalaciones de atención médica en el entorno urbano.

**Gráfico 17.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por zona de residencia.



En cuanto a la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias por grupo de enfermedades y lugar de residencia, la *tabla 19* nos muestra que el grupo de enfermedades con mayor número de usuarios atendidos son las enfermedades del sistema respiratorio, seguidas de las enfermedades hipertensivas y las enfermedades de endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Además, se puede evidenciar que estos usuarios residen en los lugares, Llano de Bolívar, Buga, Paso Real, Kilómetro Dos, La Barranca, El Espinal, La Noque, entre otros lugares.

**Tabla 19.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por los primeros 20 lugares de residencia y capítulo del CIE-10.

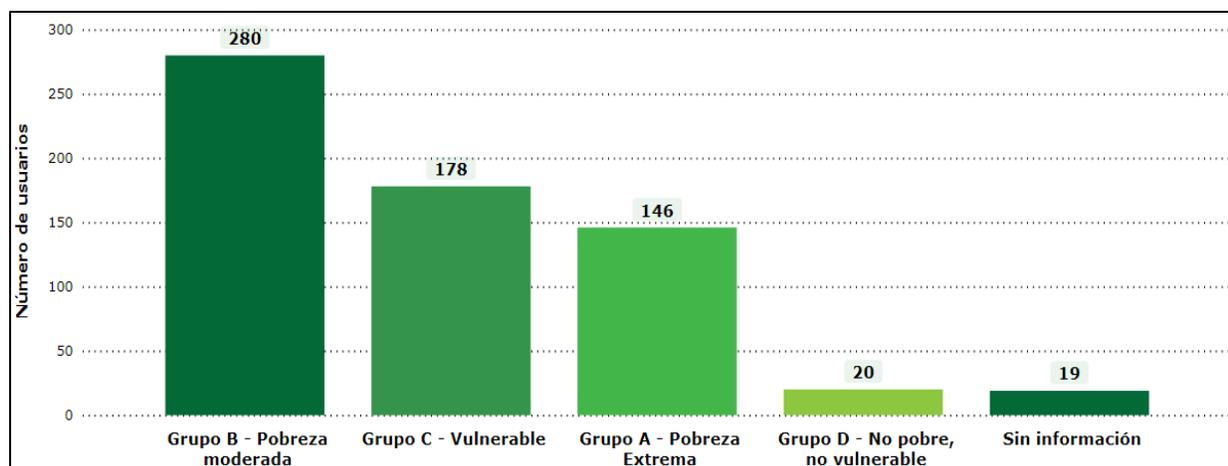
Lugar residencia	Cerebrovasculares	Hipertensivas	Insuficiencia cardiaca	Isquemias del corazón	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Tumores y neoplasias	Total								
Llano de bolívar	1	1,9%	6	3,4%	2	6,5%	2	4,7%	10	3,6%	4	4,9%	2	5,7%	21	3,3%
Buga	3	5,6%	7	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	1,8%	0	0,0%	1	2,9%	16	2,5%
Paso real	0	0,0%	4	2,3%	0	0,0%	1	2,3%	5	1,8%	0	0,0%	1	2,9%	11	1,7%
Kilómetro dos	1	1,9%	3	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	9	1,4%
La barranca	2	3,7%	1	0,6%	1	3,2%	1	2,3%	4	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	9	1,4%
El espinal	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%	0	0,0%	1	2,9%	4	0,6%
La noque	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%	1	1,2%	0	0,0%	4	0,6%
Las coloradas	0	0,0%	3	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,5%
Nurqui	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	3	0,5%
Palenque	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%	1	1,2%	0	0,0%	3	0,5%
Cativo	1	1,9%	0	0,0%	1	3,2%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	1	2,9%	2	0,3%
Chaparral	0	0,0%	0	0,0%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	2	0,3%
El filo	0	0,0%	1	0,6%	1	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	2	0,3%
Mariana	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%
Sabanas	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%
Santa lucía	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%
Centro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
El churimbo	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
El pescado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
El rodeo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Otros lugares	41	75,9%	147	84,0%	25	80,6%	38	88,4%	234	84,2%	73	90,1%	28	80,0%	544	84,6%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>175</b>	<b>100%</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>	<b>278</b>	<b>100%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>643</b>	<b>100%</b>

El *gráfico 18* refleja la distribución de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias según su nivel socioeconómico. Los resultados revelan que se brindó atención a 280 usuarios clasificados en el grupo de Sisbén B, correspondiente a la categoría de pobreza moderada. Además, se atendieron 178 usuarios pertenecientes al grupo de Sisbén C, que representa la categoría de vulnerabilidad. También se registraron 146 usuarios en el grupo de Sisbén A, que indica la categoría de pobreza extrema. Aunque esta cifra es menor en comparación con los grupos anteriores, aún refleja la presencia de usuarios en una situación socioeconómica muy precaria.

Por otro lado, se brindó atención a 20 usuarios pertenecientes al grupo de Sisbén D, lo cual indica que no se encuentran en situación de pobreza ni vulnerabilidad. Además, se atendieron 19 usuarios que no estaban sisbenizados, lo que significa que no tenían una clasificación específica en el sistema de identificación socioeconómica.

Estos datos resaltan la presencia significativa de usuarios en situación de pobreza moderada y vulnerabilidad, lo que indica la necesidad de atención médica urgente en estos grupos de población. La atención brindada a estos usuarios refleja el compromiso de proporcionar cuidado y atención médica a aquellos que se encuentran en condiciones socioeconómicas desfavorables, garantizando la equidad en el acceso a los servicios de salud y respondiendo a las necesidades urgentes de la comunidad.

**Gráfico 18.** Distribución de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por nivel socioeconómico.



Durante el período analizado, se evidenció que el 64,0% de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias estaban afiliados al régimen subsidiado. Esta cifra indica que la mayoría de los usuarios que buscaron atención médica urgente se encontraban en un programa de subsidio de salud, que suele estar dirigido a personas de bajos ingresos y vulnerables económicamente.

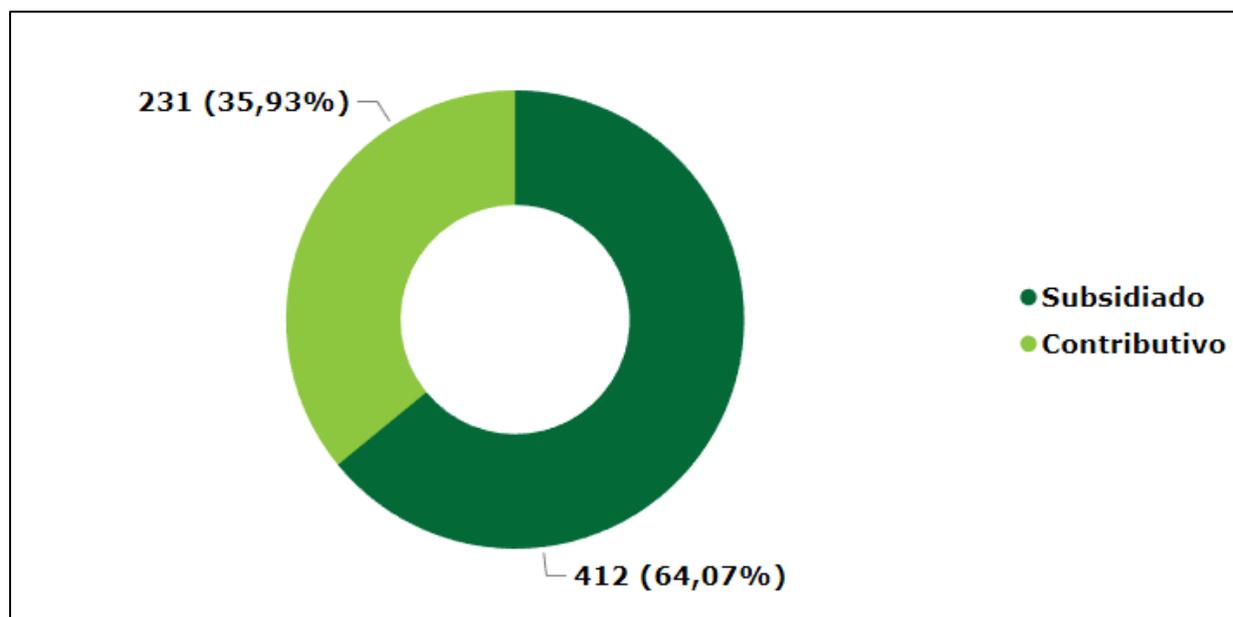
Por otro lado, el 35,9% de los usuarios atendidos pertenecían al régimen contributivo. Esto señala que una proporción significativa de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias estaban afiliados a un régimen de salud contributivo, que generalmente se asocia con empleados y personas que

tienen la capacidad de pagar una cotización mensual para acceder a servicios de salud.

La alta proporción de usuarios afiliados al régimen subsidiado puede indicar una mayor necesidad de atención médica urgente en este grupo de población, que se caracteriza por tener recursos económicos limitados, es fundamental destacar la importancia de garantizar la atención médica oportuna y de calidad para todos los usuarios, independientemente de su tipo de afiliación al sistema de salud.

Los resultados subrayan la necesidad de continuar trabajando en el fortalecimiento de los programas de salud en el régimen subsidiado y en la equidad en el acceso a los servicios de salud, para así atender adecuadamente las necesidades de todos los usuarios, sin importar su situación socioeconómica (*ver el gráfico 19*).

**Gráfico 19.** Distribución porcentual de los usuarios únicos atendidos en el servicio de urgencias por tipo de usuario.

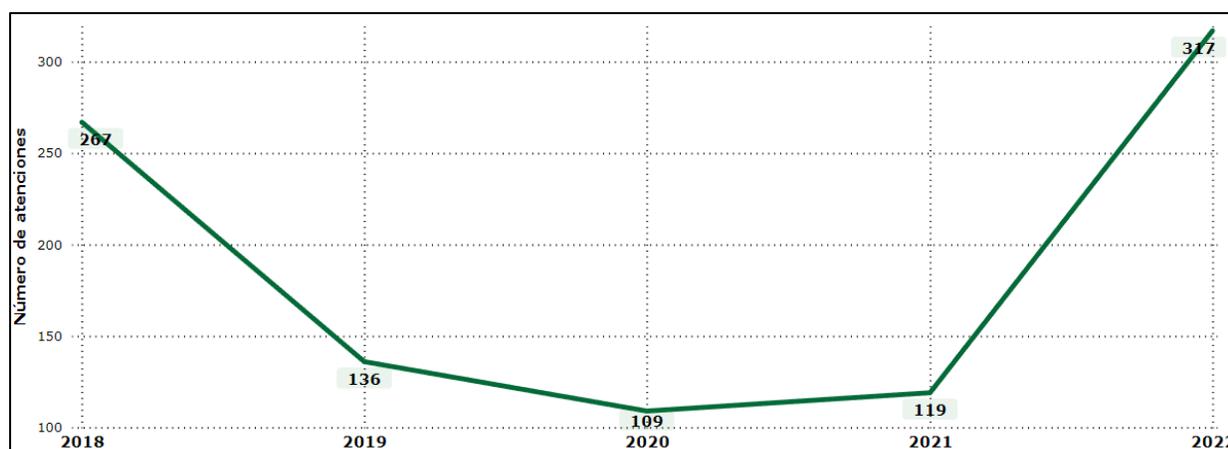


El *gráfico 20* muestra el número de atenciones en el servicio de urgencias por año. En el año 2018, se brindó atención a 267 usuarios en este servicio. Sin embargo, se observó una disminución en el número de atenciones en los años siguientes. En el año 2019, se atendieron 136 usuarios, y en el año 2020, la cifra se redujo aún más, con solo 109 usuarios atendidos.

No obstante, en el año 2021, se registró un aumento en comparación con el año anterior, con 119 usuarios atendidos. Llama la atención el notable incremento en el número de atenciones en el año 2022, con 317 usuarios atendidos.

Estos datos revelan variaciones significativas en la demanda de atención médica en el servicio de urgencias a lo largo de los años analizados lo cual puede tener relación al tiempo de la pandemia Covid-19 donde los servicios de urgencias contaron con mayor demanda por esta enfermedad.

**Gráfico 20.** Número de atenciones en el servicio de urgencias por año.



Durante el período de 2018 - 2022, se registraron un total de 441 atenciones relacionadas con enfermedades del sistema respiratorio en el servicio de urgencias, representando el 46,5% del total de atenciones. Estas cifras experimentaron fluctuaciones a lo largo de los años, siendo el año 2022 el que tuvo el mayor número de atenciones en este grupo de enfermedades con 177 casos.

En cuanto a las enfermedades hipertensivas, se registraron 213 atenciones en total, con diferencias en las cifras anuales y representando el 22,5% del total de atenciones. El año 2018 fue el que registró la mayor cantidad de atenciones en este grupo de enfermedades con 84 casos.

Para el caso de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas representaron un total de 100 atenciones durante el período analizado, con variaciones en los diferentes años y representando el 10,5% del total de las atenciones. El año 2022 destacó como el que tuvo la mayor cantidad de atenciones con 36 casos.

En resumen, la *tabla 20* proporciona una visión general de la distribución de las atenciones en el servicio de urgencias según los diferentes capítulos del CIE-10. Muestra la cantidad de casos registrados en cada grupo de enfermedades y resalta las variaciones en las cifras anuales, lo cual es importante para comprender la carga de enfermedades específicas y orientar la planificación y atención médica en el servicio de urgencias.

**Tabla 20.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Enfermedades del sistema respiratorio	115	43,1%	62	45,6%	41	37,6%	46	38,7%	177	55,8%	441	46,5%
Hipertensivas	84	31,5%	38	27,9%	27	24,8%	21	17,6%	43	13,6%	213	22,5%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	29	10,9%	10	7,4%	12	11,0%	13	10,9%	36	11,4%	100	10,5%
Cerebrovasculares	8	3,0%	10	7,4%	8	7,3%	16	13,4%	19	6,0%	61	6,4%
Isquemias del corazón	15	5,6%	5	3,7%	6	5,5%	10	8,4%	16	5,0%	52	5,5%
Insuficiencia cardíaca	2	0,7%	5	3,7%	11	10,1%	8	6,7%	16	5,0%	42	4,4%
Tumores y neoplasias	14	5,2%	6	4,4%	4	3,7%	5	4,2%	10	3,2%	39	4,1%
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>	<b>317</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

En la *tabla 21* se puede observar que la distribución de las atenciones en el servicio de urgencias según los diez primeros diagnósticos clasificados por el CIE-10, en la cual se evidencia que, las enfermedades de hipertensión esencial (primaria) contabilizaron un total de 206 atenciones a lo largo de los cinco años representando el 21,7% del total, con fluctuaciones en las cifras anuales.

Por otra parte, se registraron 153 atenciones relacionadas con enfermedades de asma no especificada durante el período analizado, mostrando variaciones en los diferentes años y representando el 16,1% del total de atenciones. En el caso de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada fue motivo de 119 atenciones en total, con diferencias en las cifras anuales y representando el 12,6% del total de atenciones.

Así mismo, se contabilizaron 75 atenciones relacionadas con el estado asmático durante los cinco años, con variaciones en los diferentes años y representando el 7,9% del total de atenciones. Además, la

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada fue motivo de 74 atenciones en total, mostrando cambios en las cifras anuales con un 7,8% del total.

De igual modo, las enfermedades de diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación registraron 32 atenciones en total durante el período, con fluctuaciones en las cifras anuales y representando el 3,4% del total de atenciones. También hubo 32 atenciones relacionadas con la enfermedad cerebrovascular, no especificada, con diferencias en el periodo evaluado representando también el 3,4% del total.

Además, se registraron 31 atenciones relacionadas con la diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación, con variaciones en los diferentes años y la enfermedad relacionada con el infarto agudo de miocardio, sin otra especificación contabilizó 25 atenciones en total durante los cinco años, con cambios en las cifras anuales.

Por último, se registraron 22 atenciones relacionadas con la enfermedad de insuficiencia cardíaca congestiva, con fluctuaciones en las cifras anuales. Además de estos diagnósticos específicos, se registraron un total de 179 atenciones relacionadas con otros diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con diferencias en las cifras anuales.

En general, esta tabla ofrece una visión de la distribución de las atenciones en el servicio de urgencias según los diez primeros diagnósticos clasificados por el CIE-10. Estos datos son útiles para comprender las principales enfermedades atendidas en este servicio y pueden ser utilizados para orientar la planificación y atención médica adecuada en el servicio de urgencias.

**Tabla 21.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por los diez primeros diagnósticos CIE-10.

Diagnóstico de acuerdo al CIE-10	2018		2019		2020		2021		2022		Total	
Hipertensión esencial (primaria)	83	31,1%	38	27,9%	25	22,9%	17	14,3%	43	13,6%	206	21,7%
Asma, no especificada	41	15,4%	17	12,5%	8	7,3%	17	14,3%	70	22,1%	153	16,1%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	20	7,5%	20	14,7%	23	21,1%	9	7,6%	47	14,8%	119	12,6%
Estado asmático	42	15,7%	16	11,8%	6	5,5%	3	2,5%	8	2,5%	75	7,9%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	9	3,4%	5	3,7%	3	2,8%	10	8,4%	47	14,8%	74	7,8%
Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación	15	5,6%	3	2,2%	4	3,7%	1	0,8%	9	2,8%	32	3,4%
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	4	1,5%	7	5,1%	6	5,5%	6	5,0%	9	2,8%	32	3,4%
Diabetes mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación	11	4,1%	6	4,4%	5	4,6%	3	2,5%	6	1,9%	31	3,3%
Infarto agudo de miocardio, sin otra especificación	9	3,4%	2	1,5%	5	4,6%	5	4,2%	4	1,3%	25	2,6%
Insuficiencia cardiaca congestiva	1	0,4%	4	2,9%	7	6,4%	2	1,7%	8	2,5%	22	2,3%
Otros diagnósticos de ECNT	32	12,0%	18	13,2%	17	15,6%	46	38,7%	66	20,8%	179	18,9%
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>	<b>317</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

En cuanto a las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y capítulo del CIE-10, la *tabla 22* evidencia que el sexo femenino tuvo mayores atenciones que el sexo masculino. Esta información refleja que, de 441 atenciones para el grupo de enfermedades del sistema respiratorio, 233 atenciones corresponden al sexo femenino.

Así mismo, en el grupo de enfermedades hipertensivas, el total de atenciones fueron de 213 casos y 127 casos fueron del sexo femenino. Para las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se presentaron 100 casos donde el sexo femenino lideró con 57 casos. En el caso de las enfermedades cerebrovasculares de las 61 atenciones presentadas, 36 atenciones también corresponden al sexo femenino.

Sin embargo, para el caso de las isquemias del corazón el sexo masculino es quien lideró estas atenciones, con 32 casos de 52 atenciones presentadas en el periodo del 2018 – 2022. Por su parte el sexo femenino contó con 23 atenciones en el grupo de enfermedades de insuficiencia cardiaca de un total de 42

atenciones y en cuanto a los tumores y neoplasias se presentaron 39 atenciones donde el sexo masculino tuvo 27 casos.

Se puede concluir que, el sexo femenino es quien más demanda el servicio de urgencias en casi todos los grupos de enfermedades a excepción de las isquemias del corazón y los tumores y neoplasias en donde el sexo masculino tuvo mayores atenciones.

**Tabla 22.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por sexo biológico y capítulo del CIE-10.

<b>Sexo biológico Capítulo de acuerdo al CIE-10</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
Enfermedades del sistema respiratorio	233	45.9%	208	47.3%	441	46.5%
Hipertensivas	127	25.0%	86	19.5%	213	22.5%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	57	11.2%	43	9.8%	100	10.5%
Cerebrovasculares	36	7.1%	25	5.7%	61	6.4%
Isquemias del corazón	20	3.9%	32	7.3%	52	5.5%
Insuficiencia cardiaca	23	4.5%	19	4.3%	42	4.4%
Tumores y neoplasias	12	2.4%	27	6.1%	39	4.1%
<b>Total</b>	<b>508</b>	<b>100%</b>	<b>440</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

La información que arroja la *tabla 23*, nos muestra que, en el grupo de edad de 0 a 4 años, se registraron 37 atenciones en total. No se reportaron casos de enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas, insuficiencia cardiaca o isquemias del corazón en este grupo, pero se atendieron principalmente a 34 pacientes con enfermedades del sistema respiratorio y 3 pacientes con tumores y neoplasias.

Para el grupo de edad de 5 a 9 años, se brindaron 40 atenciones en total. Al igual que en el grupo anterior, no se registraron casos de enfermedades cerebrovasculares, hipertensivas, insuficiencia cardiaca o isquemias del corazón. Sin embargo, se atendieron principalmente a 36 pacientes con enfermedades del sistema respiratorio, 2 pacientes con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y 2 pacientes con tumores y neoplasias.

Por su parte en el grupo de edad de mayores de 80 años, se registraron 143 atenciones en total. Este grupo mostró un mayor número de atenciones en comparación con los demás grupos. Las principales enfermedades atendidas fueron cerebrovasculares con 18 casos, hipertensivas con 27 casos,

insuficiencia cardiaca con 14 casos, isquemias del corazón con 7 casos, enfermedades del sistema respiratorio con 67 casos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 9 casos, y tumores y neoplasias con 1 caso.

En general, se brindaron un total de 948 atenciones en el servicio de urgencias. Las enfermedades más comunes atendidas fueron las relacionadas con el sistema respiratorio con 441 casos, seguidas de las enfermedades hipertensivas con 213 casos y las enfermedades cerebrovasculares con 61 casos.

**Tabla 23.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10 y grupo de edad.

Grupo de edad	Cerebrovasculares		Hipertensivas		Insuficiencia cardiaca		Isquemias del corazón		Enfermedades del sistema respiratorio		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		Tumores y neoplasias		Total	
De 0 a 4 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	34	7,7%	0	0,0%	3	7,7%	37	3,9%
De 5 a 9 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	36	8,2%	2	2,0%	2	5,1%	40	4,2%
De 10 a 14 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	4,8%	0	0,0%	1	2,6%	22	2,3%
De 15 a 19 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	1,8%	4	4,0%	3	7,7%	15	1,6%
De 20 a 24 años	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	17	3,9%	0	0,0%	1	2,6%	19	2,0%
De 25 a 29 años	0	0,0%	5	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	19	4,3%	0	0,0%	7	17,9%	31	3,3%
De 30 a 34 años	0	0,0%	9	4,2%	0	0,0%	3	5,8%	27	6,1%	2	2,0%	5	12,8%	46	4,9%
De 35 a 39 años	0	0,0%	7	3,3%	1	2,4%	2	3,8%	24	5,4%	1	1,0%	2	5,1%	37	3,9%
De 40 a 44 años	2	3,3%	13	6,1%	0	0,0%	0	0,0%	19	4,3%	8	8,0%	3	7,7%	45	4,7%
De 45 a 49 años	6	9,8%	15	7,0%	2	4,8%	4	7,7%	20	4,5%	12	12,0%	2	5,1%	61	6,4%
De 50 a 54 años	2	3,3%	27	12,7%	0	0,0%	1	1,9%	23	5,2%	7	7,0%	3	7,7%	63	6,6%
De 55 a 59 años	4	6,6%	19	8,9%	0	0,0%	11	21,2%	11	2,5%	11	11,0%	1	2,6%	57	6,0%
De 60 a 64 años	9	14,8%	26	12,2%	3	7,1%	4	7,7%	31	7,0%	17	17,0%	0	0,0%	90	9,5%
De 65 a 69 años	4	6,6%	25	11,7%	11	26,2%	13	25,0%	23	5,2%	16	16,0%	0	0,0%	92	9,7%
De 70 a 74 años	8	13,1%	20	9,4%	7	16,7%	5	9,6%	31	7,0%	7	7,0%	3	7,7%	81	8,5%
De 75 a 79 años	8	13,1%	19	8,9%	4	9,5%	2	3,8%	30	6,8%	4	4,0%	2	5,1%	69	7,3%
Mayores de 80 años	18	29,5%	27	12,7%	14	33,3%	7	13,5%	67	15,2%	9	9,0%	1	2,6%	143	15,1%
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>	<b>441</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a las enfermedades del sistema respiratorio, se registraron un total de 441 atenciones. De estas, 109 atenciones correspondieron a personas en situación de pobreza extrema (Grupo A), 194 atenciones a personas en pobreza moderada (Grupo B), 108 atenciones a personas vulnerables (Grupo C), 19 atenciones a personas no pobres ni vulnerables (Grupo D) y 11 atenciones de las cuales no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Según las enfermedades hipertensivas, se contabilizaron 213 atenciones en total. De estas, 39 atenciones correspondieron a personas en pobreza extrema, 80 atenciones a personas en pobreza moderada, 77 atenciones a personas vulnerables, 4 atenciones a personas no pobres ni vulnerables y 13 atenciones no tuvieron información sobre el nivel socioeconómico.

En cuanto a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, se registraron 100 atenciones en total. De estas, 19 atenciones correspondieron a personas en pobreza extrema, 47 atenciones a personas en pobreza moderada, 25 atenciones a personas vulnerables, 5 atenciones a personas no pobres ni vulnerables y 4 atenciones no tuvieron información sobre el nivel socioeconómico.

Por su parte las enfermedades cerebrovasculares, registraron 61 atenciones en total. De estas, 16 atenciones correspondieron a personas en pobreza extrema, 27 atenciones a personas en pobreza moderada, 16 atenciones a personas vulnerables, ninguna atención a personas no pobres ni vulnerables y 2 atenciones de las cuales no se tiene información sobre el nivel socioeconómico.

En el caso de las enfermedades de Isquemias del corazón, se atendieron un total de 52 casos. De estos, 5 casos correspondieron a personas en pobreza extrema, 26 casos a personas en pobreza moderada, 16 casos a personas vulnerables, 1 caso a personas no pobres ni vulnerables y 4 casos no tuvieron información sobre el nivel socioeconómico.

En relación con las enfermedades de insuficiencia cardiaca, se registraron 42 atenciones en total. De estas, 8 atenciones correspondieron a personas en pobreza extrema, 22 atenciones a personas en pobreza moderada, 11 atenciones a personas vulnerables, ninguna atención a personas no pobres ni vulnerables y 1 atención de la cual no se obtuvo información sobre el nivel socioeconómico.

Finalmente, para las enfermedades de tumores y neoplasias, se brindaron 39 atenciones en total. De estas, 9 atenciones correspondieron a personas en pobreza extrema, 21 atenciones a personas en pobreza moderada, 9 atenciones a personas vulnerables, ninguna atención a personas no pobres ni vulnerables y no hubo información sobre el nivel socioeconómico para estas atenciones (*ver tabla 24*).

**Tabla 24.** Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.

Capítulo de acuerdo al CIE-10	Grupo A – Pobreza extrema		Grupo B – Pobreza moderada		Grupo C - Vulnerable		Grupo D – No pobre, no vulnerable		Sin información		Total	
Enfermedades del sistema respiratorio	109	53,2%	194	46,5%	108	41,2%	19	65,5%	11	31,4%	441	46,5%
Hipertensivas	39	19,0%	80	19,2%	77	29,4%	4	13,8%	13	37,1%	213	22,5%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	19	9,3%	47	11,3%	25	9,5%	5	17,2%	4	11,4%	100	10,5%
Cerebrovasculares	16	7,8%	27	6,5%	16	6,1%	0	0,0%	2	5,7%	61	6,4%
Isquemias del corazón	5	2,4%	26	6,2%	16	6,1%	1	3,4%	4	11,4%	52	5,5%
Insuficiencia cardíaca	8	3,9%	22	5,3%	11	4,2%	0	0,0%	1	2,9%	42	4,4%
Tumores y neoplasias	9	4,4%	21	5,0%	9	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	39	4,1%
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100%</b>	<b>417</b>	<b>100%</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>

## 9.6 Plan de acción

A continuación, se presenta un plan de acción basado en los hallazgos obtenidos al caracterizar a los usuarios de los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. Este plan de acción se ha desarrollado mediante un proceso de priorización en el que se identificaron los problemas más significativos y el aumento en el número de atenciones relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto, en este informe se presentarán únicamente análisis de las variables y combinaciones de estas que representen una mayor alerta para la institución en términos de costos, atención médica y otros factores relevantes.

**Objetivo 3:** Proponer a la Institución un plan de acción que permita la toma de decisiones frente a los resultados encontrados en la caracterización sociodemográfica de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia.

**Tabla 25.** Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de consulta externa.

Plan de acción consulta externa				
Variable sociodemográfica analizada	Situación actual	Acciones necesarias para llegar al estado deseado	Estado deseado	Indicador
<b>Distribución de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa por sexo biológico y grupo de edad.</b>	<p><b>Falta de atención específica a las necesidades de cada grupo</b></p> <p>El servicio de consulta externa presenta sobrecarga en la atención de los usuarios en general y no se focaliza en atender las problemáticas de salud por enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p><b>Recopilar y analizar datos demográficos</b></p> <p>Obtener información detallada sobre la distribución de usuarios por sexo biológico y grupo de edad. Esto ayudará a comprender mejor las necesidades y características específicas de cada grupo.</p> <p><b>Capacitación del personal</b></p> <p>Brindar capacitación al personal médico y administrativo sobre la importancia de la atención centrada en el género y la sensibilidad a las diferentes edades. Asegurarse de que comprendan cómo abordar las necesidades de los usuarios de manera inclusiva y respetuosa.</p> <p><b>Monitoreo y evaluación continua</b></p>	<p><b>Atención inclusiva y sensible</b></p> <p>El servicio de consulta externa brindaría atención médica de calidad que aborda las necesidades de los usuarios que padecen de enfermedad crónica no transmisible teniendo en cuenta la diversidad de sexo y edad. Se reconoce y respeta la diversidad de género, y se ofrece un trato equitativo y sin discriminación a todos los usuarios.</p> <p><b>Alta satisfacción del usuario</b></p> <p>Los usuarios del servicio expresarían altos niveles de satisfacción con la atención recibida. Se sienten escuchados, respetados y bien atendidos, independientemente de su sexo biológico o grupo de edad. La retroalimentación de los usuarios refleja una experiencia positiva y una percepción de mejora en comparación con el estado anterior.</p>	<p>Índice de Distribución Demográfica= <math>\frac{\text{Número de usuarios registrados con datos demográficos completos y válidos sobre sexo biológico y grupo de edad}}{\text{Número total de usuarios registrados en el sistema o plataforma}} \times 100</math>.</p> <p>Índice de Satisfacción del Usuario= <math>\frac{\text{Número de usuarios que expresan altos niveles de satisfacción con la atención recibida y que reflejan una experiencia positiva y una percepción de mejora}}{\text{Número total de usuarios}} \times 100</math>.</p>

<b>Distribución de los usuarios atendidos en el servicio de consulta externa por zona de residencia.</b>	<b>Concentración en áreas urbanas</b>	<b>Análisis de la distribución geográfica</b>	<b>Cobertura geográfica amplia</b>	Porcentaje de Cobertura Geográfica = $\frac{\text{Áreas Geográficas Cubiertas}}{\text{Total de Áreas de Residencia}} * 100$
	Puede haber una concentración desproporcionada de servicios de consulta externa en áreas urbanas densamente pobladas, lo que resulta en una mayor atención y acceso para los residentes urbanos en comparación con los residentes de áreas rurales o remotas del municipio.	Realizar un análisis detallado de la distribución de usuarios atendidos por zona de residencia. Identifica las áreas con menor acceso o una menor proporción de usuarios atendidos y aquellas con mayor demanda.  <b>Uso de tecnología</b>  Considera la implementación de sistemas de telemedicina y consultas en línea para facilitar el acceso a la atención médica para los usuarios que se encuentran en zonas distantes. Esto puede ayudar a reducir las barreras geográficas y brindar servicios de consulta externa de manera más eficiente.  <b>Monitoreo y evaluación continua.</b>	El servicio de consulta externa se extiende de manera efectiva a todas las zonas de residencia, incluidas aquellas áreas remotas o de difícil acceso, en este caso hacia las zonas rurales del municipio de Santa Fe de Antioquia y que los usuarios pueden acceder a campañas y brigadas de promoción, cuidado de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, minimizando la necesidad de desplazamientos largos y costosos.  <b>Mayor utilización de servicios</b>  La proporción de usuarios atendidos en zonas de baja accesibilidad ha aumentado significativamente. Esto indica que las acciones implementadas han logrado llegar a usuarios que antes tenían dificultades para acceder a la atención médica.	
<b>Distribución de las atenciones en el servicio de consulta externa por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.</b>	<b>Prevalencia desigual de enfermedades</b>	<b>Educación y prevención</b>	<b>Equidad en la distribución de atenciones</b>	Tasa de participación = $\frac{\text{Número de personas que participaron en los programas educativos}}{\text{la}}$
	Es posible que haya una distribución desigual de las atenciones en función de los capítulos del CIE-10, lo que podría indicar una mayor prevalencia o carga de ciertas	Desarrollar programas de educación y concienciación sobre la prevención y el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estos programas deben adaptarse a los diferentes	Se logra una distribución equitativa de las atenciones entre los diferentes enfermedades crónicas no transmisibles y los grupos socioeconómicos. Esto	

enfermedades en comparación con otras. Esto podría reflejar la falta de programas de prevención y detección temprana para ciertos capítulos o la necesidad de un enfoque más equitativo en el manejo de las diferentes enfermedades.

niveles socioeconómicos, enfocándose en proporcionar información relevante y práctica para cada grupo.

**Ampliar la cobertura de atención**

Aumentar la capacidad y cobertura del servicio de consulta externa para abordar la demanda de atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Esto podría incluir la contratación de personal adicional, la ampliación de horarios de atención y la implementación de servicios especializados según las necesidades identificadas.

**Monitoreo y evaluación continua.**

significa que todos los grupos tienen acceso igualitario a la atención médica y se abordan las necesidades de salud de manera justa y adecuada.

**Reducción de las desigualdades en la atención**

Disminución en las desigualdades existentes en la distribución de las atenciones. Los grupos socioeconómicos con mayor vulnerabilidad o pobreza extrema reciben una proporción adecuada de atenciones, y las disparidades en la atención médica se reducen significativamente.

**Mayor prevención y manejo de enfermedades**

Mejora en la prevención y manejo de enfermedades en crónicas no trasmisibles. Esto se refleja en una disminución de la incidencia de enfermedades prevenibles, así como una mejor gestión de las enfermedades crónicas, lo que a su vez contribuye a una distribución más equitativa de las atenciones.

población objeto total\*100.

**Tabla 26.** Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de hospitalización.

<b>Plan de acción hospitalización</b>				
<b>Variable sociodemográfica analizada</b>	<b>Situación actual</b>	<b>Acciones necesarias para llegar al estado deseado</b>	<b>Estado deseado</b>	<b>Indicador</b>
<b>Distribución de las atenciones en el servicio de hospitalización por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.</b>	<p><b>Ausencia de mecanismos de seguimiento y evaluación</b></p> <p>Falta de visibilidad sobre las deficiencias en la distribución de las atenciones. Esto dificulta la identificación y corrección de las disparidades existentes.</p>	<p><b>de</b> <b>Análisis de datos y de evaluación</b></p> <p>Realizar análisis exhaustivo de los datos disponibles para comprender la distribución actual de las atenciones por enfermedades crónicas no transmisibles y nivel socioeconómico.</p> <p><b>Identifica las brechas y disparidades existentes. Capacitación del personal</b></p> <p>Proporcionar capacitación continua al personal médico y de enfermería para mejorar su comprensión y manejo de las distintas condiciones médicas relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p><b>Revisión de los protocolos de atención</b></p> <p>Revisar y actualizar los protocolos de atención para</p>	<p><b>Equidad en la distribución</b></p> <p>Se espera que todas las enfermedades crónicas no transmisibles y niveles socioeconómicos reciban una proporción justa de atenciones en relación con su prevalencia en la población. Esto implica reducir o eliminar las disparidades existentes y garantizar que no haya discriminación en el acceso a la atención médica.</p> <p><b>Mejora de los resultados de salud</b></p> <p>La implementación de los planes de acción debería tener un impacto positivo en los resultados de salud de los pacientes. Esto incluye una reducción en la morbilidad y mortalidad asociadas a las distintas condiciones médicas abarcadas por las</p>	<p>Índice de Inclusión en Protocolos de Atención (IPA)=</p> <p>Número de protocolos de atención que incluyen criterios para enfermedades crónicas no transmisibles y nivel socioeconómico sobre el Número total de protocolos de atención de revisión y actualizados *</p> <p>100.</p>

garantizar una distribución justa y eficiente de los recursos médicos, considerando las necesidades específicas de las enfermedades crónicas no transmisibles y nivel socioeconómico.

**Monitoreo y evaluación continua.**

**Tabla 27.** Plan de acción de acuerdo a los resultados obtenidos del servicio de urgencias.

<b>Plan de acción urgencias</b>				
<b>Variable sociodemográfica analizada</b>	<b>Situación actual</b>	<b>Acciones necesarias para llegar al estado deseado</b>	<b>Estado deseado</b>	<b>Indicador</b>
<b>Distribución de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias por sexo biológico y grupo de edad.</b>	<b>Datos incompletos o imprecisos</b> Deficiencias en la recopilación o registro de datos en relación a la variable. Esto puede resultar en información incompleta o imprecisa sobre la distribución de los usuarios atendidos, lo que dificulta la identificación precisa de las deficiencias y la formulación de estrategias de mejora.	<b>Protocolos de atención específicos</b> Desarrollar protocolos de atención específicos que aborden las necesidades y preocupaciones particulares de diferentes grupos de edad y sexos biológicos. Estos protocolos pueden incluir pautas para el manejo de situaciones específicas como lo son las enfermedades crónicas no transmisibles. <b>Monitoreo y evaluación continua.</b>	<b>Reducción de las complicaciones</b> Se espera una disminución en las complicaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles atendidas en el servicio de urgencias. Esto significa que los usuarios recibirán una atención temprana y efectiva que minimice las complicaciones y evite la necesidad de readmisiones hospitalarias.	Índice de Reducción de Complicaciones (IRC) en Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Servicio de Urgencias=  ((Número de complicaciones inicial – Número de complicaciones final) / Número de complicaciones inicial) * 100

---

**Mejor control de la enfermedad**

El estado deseado es que los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles puedan tener un mejor control de su condición a través de la atención recibida en el servicio de urgencias. Esto implica proporcionarles información adecuada sobre su enfermedad, su tratamiento y la importancia del autocuidado, lo que les permitirá tomar decisiones informadas y manejar su enfermedad de manera efectiva.

<b>Distribución de los usuarios atendidos en el servicio de urgencias por zona de residencia.</b>	<b>Limitada disponibilidad de recursos</b>	<b>Evaluación de necesidades</b>	<b>de Acceso oportuno a la atención</b>	Porcentaje de usuarios atendidos por zona de residencia (urbana y rural) en comparación con la distribución demográfica.
	En las zonas rurales limitada disponibilidad de recursos médicos y personal especializado en comparación con las zonas urbanas. Esto podría resultar en una atención de urgencias más limitada o menos especializada en las áreas rurales, lo que afecta negativamente a	Evaluar exhaustivamente las necesidades específicas de atención médica de urgencias en las zonas rurales. Esto puede incluir la identificación de enfermedades o condiciones de salud prevalentes en estas áreas y la adaptación de los servicios para satisfacer las necesidades.	El estado deseado es que los residentes, tanto de zonas urbanas como rurales, puedan acceder a la atención de urgencias de manera oportuna. Esto implica que no haya barreras significativas para buscar atención y que los usuarios reciban la atención adecuada dentro de un tiempo razonable,	

---

	<p>los residentes que necesitan atención médica urgente.</p>	<p><b>Colaboración con la atención primaria</b>          Establece una estrecha colaboración y comunicación con los líderes comunitarios de atención primaria en las zonas rurales. Promueve la coordinación de la atención y la derivación adecuada de pacientes entre la atención primaria y el servicio de urgencias, lo que ayudará a garantizar una continuidad de la atención y evitará la sobrecarga innecesaria del servicio de urgencias.</p> <p><b>Monitoreo y evaluación continua.</b></p>	<p>independientemente de su ubicación geográfica.</p> <p><b>Reducción de las disparidades</b></p> <p>El estado deseado es reducir las disparidades existentes en la distribución de usuarios atendidos entre las zonas urbanas y rurales. Esto implica acercar las cifras de usuarios atendidos en cada zona a la distribución demográfica correspondiente, reflejando una distribución más equilibrada y justa.</p>	
<p><b>Distribución de las atenciones en el servicio de urgencias por capítulo del CIE-10 y nivel socioeconómico.</b></p>	<p><b>Insuficiente atención preventiva</b>          Falta de enfoque en la prevención y la promoción de la salud, lo que resulta en una mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de atención de urgencia en lugar de un manejo temprano y preventivo.</p>	<p><b>Campañas de concienciación y educación</b>          Realizar programas educativos y campañas de concienciación sobre la importancia de la prevención y el autocuidado en relación a las enfermedades identificadas en crónicas no transmisibles. Estas campañas pueden dirigirse a todos los grupos socioeconómicos y enfocarse en la promoción de estilos de vida saludables, la detección temprana de enfermedades</p>	<p><b>Equidad en la distribución de atenciones</b>          Se reducirían las disparidades en la atención médica de urgencias entre los diferentes grupos socioeconómicos. Todos los pacientes, independientemente de su nivel socioeconómico, recibirían una atención adecuada y oportuna en caso de emergencias médicas.</p>	<p>Porcentaje de reducción de ingresos hospitalarios = <math>\frac{[(\text{Ingresos hospitalarios inicial} - \text{Ingresos hospitalarios final}) / \text{Ingresos hospitalarios inicial}] \times 100</math></p>

---

y la gestión adecuada de condiciones crónicas.

**Acceso equitativo a la atención médica**

Implementar políticas y medidas para garantizar un acceso equitativo a la atención médica, independientemente del nivel socioeconómico y la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de urgencias en áreas desfavorecidas.

**Mejora de la infraestructura y recursos en los servicios de urgencias**

Asegurarse de que los servicios de urgencias cuenten con la infraestructura y los recursos necesarios para brindar una atención de calidad. Esto implica garantizar la disponibilidad de personal médico capacitado, equipos médicos adecuados y un ambiente propicio para la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

**Monitoreo y evaluación continua.**

---

**Reducción de los ingresos hospitalarios**

Se observaría una disminución en la cantidad de ingresos hospitalarios por enfermedades crónicas no transmisibles. Esto indicaría que las intervenciones implementadas, como la prevención, el autocuidado y la atención primaria, están teniendo un impacto positivo en la salud de la población, evitando la necesidad de atención urgente y hospitalización.

## **10. Limitaciones del estudio**

Durante el desarrollo de esta investigación, se identificaron ciertas limitaciones que afectaron el proceso y los resultados del trabajo de grado. Una de las principales dificultades encontradas fue la demora en la obtención de las bases de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y la Base de Datos de Aseguramiento. Las solicitudes para acceder a estas bases de datos excedieron el tiempo previsto en el cronograma, lo que retrasó el inicio del análisis de datos y afectó la conclusión oportuna del informe.

Además, el manejo de la base de datos de los RIPS presentó un desafío significativo debido a la cantidad de archivos comprimidos que contenían la información. Descomprimir, organizar y limpiar esta gran cantidad de archivos demandó un tiempo adicional considerable, aproximadamente dos semanas, lo que afectó el tiempo disponible para la modificación y diseño del informe final.

Otra limitación relevante se relaciona con la solicitud de datos adicionales al Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia. Se buscaba acceder a la base de datos de usuarios que incluyera variables de nivel educativo y ocupación para enriquecer el análisis. Sin embargo, la institución no contaba con esta información de manera completa y veraz, lo que llevó a una respuesta negativa. La ausencia de estos datos significativos limitó la profundidad del análisis y, en consecuencia, el alcance de las conclusiones del estudio. Se reconoce que utilizar información incompleta o inadecuada podría generar interpretaciones erróneas y sesgar los resultados.

Es importante mencionar que, a pesar de estas limitaciones, se realizó un esfuerzo exhaustivo para mitigar su influencia en los resultados. Se implementaron estrategias para trabajar con la información disponible y se realizaron ajustes en el enfoque del estudio cuando fue necesario. No obstante, se destaca la importancia de considerar estas limitaciones al interpretar los resultados y se sugiere que futuras investigaciones aborden estas dificultades de manera proactiva para obtener un análisis más completo y preciso en este campo de estudio específico.

## 11. Discusión

A partir del análisis realizado a los resultados encontrados la discusión que se define para el presente trabajo investigativo es la siguiente:

Durante el periodo de 2018-2022, se observa una marcada disparidad en la distribución de las atenciones entre los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa Fe de Antioquia, enfocándose específicamente en las enfermedades crónicas no transmisibles.

El hecho de que la mayoría de las atenciones se llevaron a cabo en el servicio de consulta externa, representando un abrumador 89,78% del total, sugiere que una gran proporción de la población afectada por enfermedades crónicas no transmisibles busca atención médica de manera ambulatoria. Esto podría indicar un enfoque de prevención y manejo temprano de estas enfermedades, ya que las consultas externas suelen ser utilizadas para la detección temprana, el seguimiento y la gestión de condiciones crónicas.

Sin embargo, esta alta concentración de atenciones en consulta externa también puede plantear desafíos para el sistema de salud, como la posible sobrecarga de la demanda y la generación de demoras en la programación de citas y la prestación de servicios. Las demoras pueden afectar negativamente la eficiencia en la atención y la satisfacción de los pacientes, lo que a su vez podría requerir estrategias para mejorar la capacidad de respuesta del servicio y garantizar una atención oportuna y de calidad.

Por otro lado, el servicio de hospitalización muestra un porcentaje relativamente bajo de atenciones (4,5% del total). Esto sugiere que solo un pequeño porcentaje de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requirió ser admitido en el hospital para recibir atención médica continua y más especializada. Este dato puede interpretarse de manera positiva, ya que indica que la mayoría de los pacientes están siendo manejados con éxito de manera ambulatoria, lo que contribuye a reducir la presión sobre las instalaciones hospitalarias y a optimizar los recursos disponibles.

Asimismo, el bajo porcentaje de atenciones en el servicio de hospitalización también plantea interrogantes sobre el acceso adecuado a la atención hospitalaria para aquellos pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que pueden requerir cuidados más intensivos o intervenciones especializadas. Es fundamental evaluar si este bajo porcentaje refleja una adecuada gestión y control de las ECNT a nivel ambulatorio, o si existen

barreras de acceso a la hospitalización que deben abordarse para garantizar una atención integral y oportuna a todos los pacientes que lo necesiten.

Por su parte, el servicio de urgencias representó el 5,87% de las atenciones, lo que indica que un porcentaje moderado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles requirió atención médica inmediata debido a emergencias médicas o situaciones urgentes. Es crucial investigar las causas detrás de estas situaciones de emergencia, ya que una adecuada gestión ambulatoria de las enfermedades crónicas podría ayudar a prevenir la exacerbación de los síntomas y la necesidad de atención del servicio de urgencias.

Además de lo mencionado anteriormente, se identifica una mayor prevalencia de casos de ECNT en el sexo femenino y en grupos de edades entre 60-64 años y mayores de 80 años. Estos hallazgos sugieren que las mujeres y los adultos mayores pueden ser grupos poblacionales más susceptibles a desarrollar ECNT. Esta información es de gran importancia ya que permite dirigir recursos y esfuerzos hacia intervenciones específicas destinadas a prevenir y tratar estas enfermedades en estas poblaciones vulnerables.

Con respecto a la zona de residencia, la mayoría de los pacientes residen en la zona urbana del municipio, lo que indica una posible asociación entre la ubicación geográfica y la prevalencia de ECNT. Estos datos pueden ser útiles para la planificación de servicios de atención médica en la región, así como para diseñar estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades adaptadas a las necesidades de la población urbana.

Por otro lado, los niveles socioeconómicos que recibieron más atención fueron pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad. Esta asociación entre el nivel socioeconómico y la atención médica para ECNT puede tener implicaciones importantes en el acceso y la equidad en la atención en salud. Se requiere un enfoque integral que garantice el acceso igualitario a servicios de calidad para todos los grupos socioeconómicos.

En cuanto a las enfermedades más comunes durante el período estudiado, se destacan las enfermedades hipertensivas, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y las enfermedades del sistema respiratorio. Estos hallazgos coinciden con los patrones de morbilidad reportados a nivel nacional e internacional. La identificación de las enfermedades más frecuentes en la población local puede guiar el diseño de programas de prevención y control específicos y adaptados a las necesidades del municipio.

Los resultados obtenidos en este trabajo de grado cumplen con los objetivos propuestos y resaltan la importancia de realizar caracterizaciones de los usuarios en las instituciones de salud. Esta práctica permite clasificar a los usuarios según sus necesidades y las patologías más demandadas, así como identificar los grupos poblacionales con mayores problemas de salud. Estos hallazgos facilitan la implementación de intervenciones de salud pública dirigidas a las poblaciones que más requieren atención médica.

Asimismo, es importante destacar que los resultados obtenidos en este trabajo tienen relación con otras investigaciones realizadas en el departamento de Antioquia, especialmente con el trabajo de grado llevado a cabo en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre en el municipio de Toledo, donde el periodo analizado fue 2015-2019. En dicho estudio, también se observó una mayor atención a pacientes del sexo femenino, lo cual coincide con los resultados de la presente caracterización realizada en la E.S.E Hospital San Juan de Dios en el municipio de Santa Fe de Antioquia. Además, se evidenció que el régimen subsidiado tuvo un mayor impacto en las atenciones por ECNT, lo cual también se repitió en esta investigación, y esta también relacionada con el nivel socioeconómico de los usuarios atendidos, quienes en su mayoría se encontraban en situaciones de pobreza extrema, pobreza moderada y vulnerabilidad.

Sin embargo, se encontró una diferencia entre las dos instituciones en cuanto a la zona de residencia de los usuarios atendidos. En el municipio de Toledo, predominó la zona rural, mientras que, en el municipio de Santa Fe de Antioquia, predominó la zona urbana. Esta disparidad puede estar vinculada a las diferencias en la distribución geográfica de cada municipio y señala la importancia de considerar las particularidades locales al planificar estrategias de atención médica y prevención de las ECNT.

Otro aspecto interesante es la variabilidad en las enfermedades crónicas más prevalentes en cada estudio. En Santa Fe de Antioquia, las enfermedades hipertensivas, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y las enfermedades del sistema respiratorio fueron las más comunes. En cambio, en el estudio realizado en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre, la enfermedad cardiovascular fue la más prevalente. Estas diferencias podrían estar influenciadas por factores demográficos y de acceso a la atención médica en cada área.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de grado demuestran la importancia y el impacto positivo de las caracterizaciones de usuarios en las instituciones de salud, estas caracterizaciones proporcionan una visión detallada de las necesidades y patologías más demandadas por la comunidad,

permitiendo identificar grupos poblacionales con problemas de salud específicos. Al destacar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres y personas con bajos niveles socioeconómicos, así como la diferencia en la zona de residencia de los usuarios atendidos en ambos municipios, se resalta la importancia de entender el contexto local para diseñar estrategias efectivas de promoción de la salud.

La información recopilada en esta caracterización es valiosa para la implementación de intervenciones adecuadas y dirigidas a abordar los problemas de salud que afectan a la comunidad en general. Al enfocarse en los grupos más vulnerables y en las enfermedades más prevalentes, las instituciones de salud pueden optimizar sus recursos y priorizar acciones preventivas y de tratamiento.

Por lo tanto, es importante continuar realizando caracterizaciones periódicas en las instituciones de salud, ya que esto permitirá mantener actualizada la información sobre las necesidades de la población y evaluar el impacto de las estrategias de salud implementadas. Estas evaluaciones proporcionarán una base sólida para ajustar y mejorar continuamente las intervenciones y programas de promoción de la salud, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida y bienestar para toda la comunidad.

## 12. Conclusiones

A partir del análisis realizado a los resultados encontrados las conclusiones que se definen para el presente trabajo investigativo es la siguientes:

Durante el periodo de estudio (2018-2022), la atención ambulatoria en consulta externa fue ampliamente utilizada por la población afectada por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios. Esta alta demanda puede estar relacionada con un enfoque de prevención y manejo temprano de estas enfermedades, lo que es positivo para la salud pública.

La concentración de la mayoría de las atenciones en consulta externa también plantea desafíos, ya que la alta demanda puede generar demoras en la programación de citas y la prestación de servicios. Estos desafíos deben ser abordados para garantizar una atención oportuna y de calidad a todos los pacientes. Además, el bajo porcentaje de atenciones en el servicio de hospitalización sugiere que la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles están siendo manejados con éxito de manera ambulatoria. Esto puede contribuir a optimizar los recursos hospitalarios y mejorar la eficiencia en la atención.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que según los resultados arrojados el bajo porcentaje de hospitalizaciones refleja una adecuada gestión ambulatoria de las enfermedades crónicas, pero también se debe a que existen barreras de acceso a la hospitalización para aquellos pacientes que requieren cuidados más intensivos o intervenciones especializadas ya que el análisis arroja que parte de la población del municipio de Santa Fe de Antioquia no posee ninguna información de Sisbén por lo tanto, no poseen los recursos monetarios suficientes para pagar el servicio de salud que necesite el paciente por enfermedad crónica no transmisible y se presente el autocuidado en casa sin un adecuado control o diagnóstico de la enfermedad.

El servicio de urgencias atendió a un porcentaje moderado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en situaciones de emergencia. Es fundamental poner en práctica los planes de acción que se plantean en el presente trabajo investigativo para comprender las causas detrás de estas emergencias y promover una mejor gestión ambulatoria de las ECNT.

Durante el periodo analizado, se ha observado que, además de las atenciones por enfermedades crónicas no transmisibles ofrecidas en los

servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias, el sexo femenino se destaca como el grupo que más acude a recibir cuidados médicos. Esta tendencia podría estar vinculada a la distribución desigual de la población por género en el municipio, siendo la población femenina la más numerosa. Ante este panorama, resulta crucial que las instituciones de salud consideren esta información al desarrollar programas de promoción y prevención de la salud, otorgándoles un enfoque especializado y específico dirigido hacia el bienestar y cuidado de las mujeres. Así, se podrá abordar de manera más efectiva la atención médica y mejorar la calidad de vida de esta importante parte de la población.

Otro dato de relevancia durante el periodo analizado es la distribución de la población atendida según su zona de residencia, siendo la zona urbana la que presenta el mayor porcentaje de atención. Esta particularidad puede estar estrechamente vinculada con la distribución geográfica de la población del municipio, donde se observa una notable diferencia entre la población urbana y rural, siendo considerablemente mayor la población en el área urbana. Esta tendencia de concentración poblacional en la zona urbana puede influir significativamente en la demanda y utilización de los servicios de salud disponibles, resultando en una mayor frecuencia de atenciones médicas registradas en dichas áreas. Es imprescindible tener en cuenta esta disparidad geográfica para una planificación efectiva y equitativa de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar que todas las comunidades, tanto urbanas como rurales, tengan acceso adecuado a la atención médica que requieren.

Dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor demanda de los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en el periodo analizado, se destaca la presencia significativa de enfermedades hipertensivas, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, así como las enfermedades respiratorias. Esta situación podría estar estrechamente relacionada con diversos factores sociales y ambientales que caracterizan al municipio. Al ser un lugar atractivo para el turismo y la recreación, se ha observado un crecimiento en la oferta gastronómica y lugares de consumo de alcohol, lo que podría influir en la adopción de hábitos de vida poco saludables y, en consecuencia, aumentar la probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

Asimismo, el clima cálido de Santa Fe de Antioquia también puede jugar un papel significativo en el desarrollo de enfermedades respiratorias, dado que las altas temperaturas pueden favorecer la proliferación de ciertos agentes patógenos y afectar la calidad del aire, especialmente en áreas urbanas con mayor concentración de población. La combinación de factores sociales y

ambientales en este contexto puede contribuir al aumento de la demanda de servicios médicos para atender las enfermedades crónicas mencionadas.

En general, las conclusiones apuntan a la necesidad de un enfoque integral para abordar las enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio de Santa Fe de Antioquia. Esto incluye fortalecer la atención ambulatoria para mejorar la prevención, el manejo temprano y la calidad de la atención, así como asegurar el acceso adecuado a la hospitalización para aquellos pacientes que lo necesiten.

Asimismo, es crucial implementar los planes de acción formulados en el presente trabajo investigativo para la E.S.E Hospital San Juan de Dios para prevenir situaciones de emergencia y promover una gestión efectiva y sostenible de estas enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema de salud local. Estas conclusiones sirven como base para la institución de salud como para la secretaria de salud del municipio de Santa Fe de Antioquia para proponer recomendaciones específicas y tomar decisiones informadas para mejorar la atención y el bienestar de la población afectada por enfermedades crónicas no transmisibles en la región.

### **13. Recomendaciones**

A partir del análisis realizado a los resultados encontrados las recomendaciones dirigidas a la institución de salud en este caso la E.S.E Hospital San Juan de Dios y a la Secretaria de Salud del municipio de Santa Fe de Antioquia son las siguientes:

Fortalecer la atención ambulatoria, dado que la mayoría de las atenciones se concentran en el servicio de consulta externa, es importante fortalecer este servicio para mejorar la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se puede implementar un enfoque proactivo para la detección de factores de riesgo y la promoción de hábitos de vida saludables, con el objetivo de reducir la incidencia y la progresión de estas enfermedades a través de la implementación de los planes de acciones formulados en el presente trabajo investigativo.

Promover la atención especializada ambulatoria para aquellos pacientes con enfermedades crónicas más complejas, se puede implementar un enfoque de atención especializada ambulatoria, brindando servicios más específicos y avanzados en consulta externa para evitar la necesidad de hospitalización en casos que se puedan manejar de manera ambulatoria.

Asimismo, es importante analizar costos de atención en el servicio de consulta externa es crucial debido a su alta demanda. Es fundamental evaluar e implementar estrategias eficientes que permitan reducir los gastos asociados a este servicio sin comprometer la calidad de la atención brindada. En este sentido, se propone fortalecer los programas extramurales para alcanzar a una mayor población, así como invertir en educación para la salud, promoviendo hábitos preventivos y concienciando sobre el autocuidado. Estas iniciativas tienen el potencial de fomentar una sociedad más saludable y, a su vez, disminuir la carga económica asociada a la atención médica en consulta externa.

Por otra parte, evaluar y abordar las barreras de acceso a hospitalización para pacientes que requieren atención más intensiva o procedimientos especializados. Si se identifican obstáculos, se deben implementar estrategias para asegurar que aquellos pacientes que realmente lo necesitan puedan acceder a los servicios hospitalarios adecuados.

Fomentar la educación del paciente sobre el manejo y la autorresponsabilidad en el cuidado de las enfermedades crónicas es

fundamental para reducir las visitas a urgencias y mejorar el control de la enfermedad. Realizar campañas de concientización y proporcionar material educativo para los pacientes y sus familias.

Implementar un sistema de seguimiento continuo para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de monitorear su estado de salud y proporcionar intervenciones oportunas en caso de cambios en su condición. Esto ayudará a prevenir situaciones de emergencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Además, dentro de los procesos de evaluación e implementación de actividades de promoción y prevención en salud, resulta esencial llevar a cabo un análisis exhaustivo de los factores sociales y ambientales presentes en el municipio. Mediante esta evaluación, se busca identificar las principales problemáticas que afectan e influyen en la salud de la población. Aspectos como condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, nivel educativo, hábitos alimenticios y la calidad del entorno ambiental son de suma importancia para comprender la dinámica de la salud comunitaria. Con esta información en mano, es posible desarrollar estrategias focalizadas y eficaces, que aborden de manera integral los determinantes de salud y promuevan un bienestar sostenible en la población.

Fomentar la investigación y el análisis de datos incluyendo la participación de la Secretaría de Salud del municipio. Es importante seguir investigando y analizando los datos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles para comprender mejor las tendencias y los factores que influyen en su prevalencia y manejo, además de una adecuada y completa caracterización de los usuarios cuando ingresan a la institución de salud en cualquiera de sus servicios. Esto permitirá tomar decisiones informadas y adaptar las estrategias de atención a las necesidades cambiantes de la población.

Mejorar la calidad del dato y asegurar una adecuada caracterización de los usuarios atendidos en la institución, por lo que se recomienda el diligenciamiento correcto y oportuno de los datos sociodemográficos de cada paciente. Esta información es fundamental para el reporte de informes normativos, así como para la adecuada elaboración de perfiles y caracterización de los usuarios que acuden al hospital.

El registro preciso de datos sociodemográficos, que incluyen aspectos como la edad, género, lugar de residencia, ocupación, condición socioeconómica, nivel educativo, entre otros, proporciona una valiosa comprensión de las necesidades específicas de los pacientes y permite una

planificación más eficiente de los recursos y servicios de salud. Asimismo, esta información facilita la identificación de posibles diferencias en la atención médica y ayuda a establecer estrategias para garantizar una atención equitativa y de calidad para toda la población usuaria.

Implementar estas recomendaciones, lo cual le permitirá a la E.S.E. Hospital San Juan de Dios mejorar la atención y la gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como ofrecer un servicio más eficiente y satisfactorio para la población afectada en el municipio de Santa Fe de Antioquia.

Por último, se recomienda a la Secretaría de Salud y al hospital más responsabilidad con la información y caracterización de los usuarios, así como también rapidez en la entrega de la información para quienes deseen realizar análisis investigativo en el municipio.

## Referencias

1. Alcaldía de Medellín. Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet] [Consultado 2023 Jun 09] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/subsecretaria-de-servicios-de-salud/seguridad-social-en-salud/#:~:text=El%20Sistema%20General%20de%20Seguridad,esta%20forma%20recibe%20los%20beneficios>
2. Organización Panamericana de la Salud. Mejorando la atención de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención en Paraguay [Internet] [Consultado 2023 Jun 09] Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/mejorando-atencion-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-primer-nivel-atencion-paraguay>
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Protocolos clínicos de atención integral de las y los adolescentes estrategia IMAN servicios [Internet] [Consultado 2022 Oct 03] Disponible en: <https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN-Enfermedades-no-Trans.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet] [Consultado 2023 Jun 09] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20enfermedades%20no%20transmisibles,y%20cuidados%20a%20largo%20plazo>
5. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. Estructura de la morbilidad del departamento de Antioquia [Internet] [Consultado 2022 Nov 03] Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/250-capituloestructura/file>
6. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. Análisis de la situación de salud Santa Fe de Antioquia, actualización 2021 [Internet] [Consultado 2022 Nov 03] Disponible en: [https://dssa.gov.co/images/asis/fichas/2022/Santa\\_Fe\\_Antioquia.pdf](https://dssa.gov.co/images/asis/fichas/2022/Santa_Fe_Antioquia.pdf)
7. Robledo R. Escobar F. Enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. Boletín del observatorio en Salud. 2010; 3 (4): 01-09.
8. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención [Internet] [Consultado 2023 Jun 01] Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
9. Gómez L, Tovar H, Agudelo C. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. Rev. Salud Pública 2003; 5 (3): 246-62.

10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1876 de 1994, agosto 03, Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Bogotá: El Ministerio; 1994.
11. Mejía M. Vargas J. Evolución del sistema integral de salud en Colombia y su situación actual [Trabajo de grado en Derecho] Medellín: Universidad EAFIT. Escuela de Derecho; 2011.
12. OPS. OMS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión volumen 1 [Internet] [Consultado 2022 Nov 03] Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet] [Consultado 2022 Oct 03] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
14. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet] [Consultado 2022 Oct 10] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
15. Restrepo S. Amaya J. Aprendiendo sobre determinantes sociales de la salud a través de crónicas, mediante un ambiente virtual de aprendizaje. Rev. Salud Pública. 2016; 18(5): 756.
16. Slideshare. Demografía, variables [Internet] [Consultado 2022 Oct 10] Disponible en: <https://es.slideshare.net/jesusarriagac/demografia-vairiables>
17. Silberman M. Moreno L. Kawas V. González E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Jpn J Appl Phys. 2013; 50(2): 24-34.
18. MinTic. Guía para la caracterización de usuarios en las entidades públicas [Internet] [Consultado 2022 Oct 10] Disponible en: [https://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/articles-8536\\_recurso\\_1.pdf](https://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/articles-8536_recurso_1.pdf)
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, septiembre 27, por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial - MAITE. Bogotá: El Ministerio; 2019.
20. González A. Conceptos y técnicas básicas de análisis demográfico [Internet] [Consultado 2022 Oct 10] Disponible en: <https://ideas.repec.org/b/ext/histor/34.html>
21. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374 de 2000, diciembre 27, por la cual define el Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, como el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las

- personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2000.
22. Santa Fe de Antioquia [Internet] [Consultado 2022 Dic 29] Disponible en: <https://www.santafedeantioquia.com.co/>
  23. E.S.E. Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia. Sobre nosotros [Internet] [Consultado 2022 Dic 29] Disponible en: <https://esehospitalsantafedeantioquia.gov.co/sobre-nosotros/>
  24. Pérez Cifuentes A. Características sociales, demográficas y de morbilidad de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo-Antioquia 2015-2019. [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2021.
  25. Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización de personas habitantes de la calle en Colombia entre 2017 y 2021 [Internet] [Consultado 2023 May 22] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/caracterizacion-habitates-calle-colombia-2017-2021.pdf>
  26. DANE. Caracterización sociodemográfica de la subregión PDET Macarena - Guaviare [Internet] [Consultado 2023 May 22] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/estudios-poscensales/07-caracterizacion-sociodemografica-subregion-PDET-macarena-guaviare.pdf>
  27. Microsoft. ¿Qué es Power Bi? [Internet] [Consultado 2022 Dic 29] Disponible en: <https://powerbi.microsoft.com/es-es/what-is-power-bi/>
  28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, octubre 04, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
  29. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1266 de 2008, diciembre 31, 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. Bogotá: El Congreso; 2008.

## Anexos

### Aval institucional

SANTA FE DE ANTIOQUIA  
**CONSTRUYENDO  
PROGRESO**



Santa Fe de Antioquia, 13 de marzo de 2023

Doctor  
**ELKIN FERNANDO RAMIREZ RAVE**  
Coordinador de Programa  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia  
Medellín – Antioquia

Asunto: Aval trabajo de grado

Cordial Saludo

Una vez recibido el anteproyecto del trabajo de grado que tiene como título: "Caracterización social y demográfica de la población atendida en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del municipio de Santa fe de Antioquia 2020 - 2022.", liderado por las estudiantes Erika Marcela Carmona Rojas y Lina Yurany Machado Gutiérrez, desde el área de Sistemas de Información de la Secretaría de Salud y Protección Social de la Administración municipal de Santa Fe de Antioquia, vemos viable el desarrollo del mismo y será entregada a las estudiantes la información solicitada conservando las políticas de confidencialidad.

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

  
**JULIAN ALEJANDRO GALLEGOPALACIOS**  
Gerente de Sistemas de Información en Salud  
Secretaría de Salud y Protección Social  
Santa Fe de Antioquia

**Alcaldía de Santa Fe de Antioquia NIT: 890.907.569-1**

Carretera 9 # 9-22 Palacio Consistorial Mon y Velarde (Plaza Mayor de Armas Simón Bolívar)  
PBX. + 57 (4) 853 11 36 | FAX. + 57 (4) 853 11 01 | Línea WhatsApp 318 718 83 90  
**Andrés Felipe Pardo Serna Alcalde 2020 – 2023**