



**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.**

María Alejandra Pérez Cifuentes

Trabajo de grado para optar por el título de Profesional en Administración en  
Salud: Gestión de Servicios de Salud

Asesora

Paola Andrea Idárraga Chavarriaga

Administradora en Salud

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”

Administración en salud con énfasis en gestión de servicios de salud

Medellín

2021

Cita	Pérez Cifuentes (1)
<b>Referencia</b> (1)	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.
<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:** José Pablo Escobar Vasco.

**Jefe departamento:** Lisardo Osorio Quintero.

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.

## Contenido

	Pág.
Resumen .....	10
Introducción .....	12
1. Planteamiento del problema .....	14
2. Justificación .....	19
3. Objetivos .....	21
4. Marco Teórico .....	22
4.1. Marco Conceptual .....	22
4.1.1. Enfermedades crónicas .....	22
4.1.2. Morbilidad en Colombia .....	23
4.1.3. Caracterización poblacional .....	25
4.1.4. Determinantes sociales de la salud.....	27
4.1.5. Atención primaria en salud.....	29
4.1.6. Empresas sociales del Estado .....	35
4.1.7. Enfermedades crónicas no transmisibles en la pandemia actual.....	37
4.2. Marco Contextual .....	39
4.3. Marco Referencial .....	41
4.4. Marco Normativo .....	43
5. Metodología .....	46
5.1. Tipo de estudio .....	46
5.2. Métodos.....	46
5.3. Población participante .....	47

5.4.	Criterios de inclusión y exclusión .....	47
5.5.	Fuentes de información .....	48
5.6.	Matriz de variables .....	48
5.7.	Análisis y procesamiento de la información.....	50
6.	Consideraciones éticas.....	52
7.	Consideraciones administrativas .....	53
7.1.	Viabilidad y Factibilidad .....	53
7.2.	Presupuesto .....	53
7.3.	Cronograma .....	54
8.	Resultados.....	55
8.1.	Características sociodemográficas.....	55
8.1.1.	Distribución por sexo.....	55
8.1.2.	Grupos de edad .....	56
8.1.3.	Nivel educativo alcanzado .....	58
8.1.4.	Estrato socioeconómico .....	59
8.1.5.	Zona y lugar de residencia.....	61
8.1.6.	Actividad económica y aseguramiento en salud .....	68
8.2.	Características de morbilidad .....	69
8.2.1.	Descripción de la enfermedad.....	69
8.2.2.	Número de consultas por año .....	75
9.	Discusión .....	77
10.	Conclusiones .....	83
	Referencias .....	84

## Lista de Tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Matriz de Variables.....	48
<b>Tabla 2.</b> Distribución según sexo de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	55
<b>Tabla 3.</b> Distribución según grupo de edad de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	56
<b>Tabla 4.</b> Distribución según nivel educativo alcanzado de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	58
<b>Tabla 5.</b> Distribución según estrato socioeconómico de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	60
<b>Tabla 6.</b> Distribución según zona y lugar de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	61
<b>Tabla 7.</b> Distribución según lugar de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	63
<b>Tabla 8.</b> Distribución según actividad económica y tipo de usuario de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	68
<b>Tabla 9.</b> Distribución según tipo de afiliación al SGSSS de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	70
<b>Tabla 10.</b> Distribución según tipo de cáncer de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	71

**Tabla 11.** Distribución según tipo de enfermedad cardiovascular de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019..... 73

**Tabla 12.** Distribución según tipo de enfermedad crónica respiratoria de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019..... 74

**Tabla 13.** Distribución según tipo de diabetes de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. .... 74

**Tabla 14.** Número de consultas anuales por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019..... 75

## Lista de Gráficos

Pág.

<b>Gráfico 1.</b> Distribución porcentual por grupo de edad de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	57
<b>Gráfico 2.</b> Distribución porcentual según nivel educativo alcanzado de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	58
<b>Gráfico 3.</b> Distribución porcentual según estrato socioeconómico de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	60
<b>Gráfico 4.</b> Distribución porcentual según zona de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	62
<b>Gráfico 5.</b> Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por cáncer en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.....	64
<b>Gráfico 6.</b> Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por enfermedades cardiovasculares en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	65
<b>Gráfico 7.</b> Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por enfermedades crónicas respiratorias en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	66
<b>Gráfico 8.</b> Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por diabetes en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019. ....	67

**Gráfico 9.** Número de consultas anuales por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019..... 76

## Siglas

**ADRES:** Administradora de recursos del sistema

**APS:** Atención Primaria en Salud

**ASIS:** Análisis de la situación de salud

**EAPB:** Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

**ECNT:** Enfermedades crónicas no trasmisibles

**ESE:** Empresa Social del Estado

**CIOMS:** Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas

**DANE:** Departamento Nacional de Estadística

**DM:** Diabetes Mellitus

**INS:** Instituto Nacional de Salud

**HTA:** Hipertensión arterial

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**MAITE:** Modelo de Atención Integral Territorial

**MIPG:** Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**PB:** Plan de Beneficios

**PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas

**PPNA:** Población Pobre no Asegurada

**RID:** Repositorio Institucional Digital

**RIPS:** Registro Individual de Prestación de Servicios

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

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes del municipio de Toledo- Antioquia, en el periodo 2015-2019, de acuerdo con sus características sociodemográficas y de morbilidad.

**Método:** Estudio descriptivo de corte transversal, basado en información de fuentes secundarias como: RIPS, SISBEN y ADRES.

**Resultados:** En la ESE Hospital Pedro Claver Aguirre durante el periodo 2015-2019 se atendieron 847 personas por enfermedades crónicas no trasmisibles -ECNT-, estas enfermedades presentaron mayor prevalencia en la población femenina, en personas pertenecientes al régimen subsidiado, que viven en zonas rurales dispersas, que tienen bajos niveles de educación y que se dedican a los oficios del hogar. La enfermedad cardiovascular fue la enfermedad crónica más prevalente en la población atendida y durante el periodo de estudio se generaron 8809 consultas por ECNT, es decir un promedio de 10,4 consultas por persona en cinco años.

**Conclusiones:** Las enfermedades crónicas afectan más a las mujeres y a la población socialmente desfavorecida, es decir, aquella que tiene menos educación, menos ingresos y menos apoyo social, pero además, se comportan diferente dependiendo del grupo de edad en el que se encuentre la población atendida.

**Palabras Clave:** caracterización poblacional, enfermedades crónicas no trasmisibles, características sociodemográficas, morbilidad.

## Abstract

**Objective:** To characterize the population treated for chronic non-communicable diseases in the Pedro Claver Aguirre Yepes Hospital ESE of the Toledo-Antioquia municipality, in the period 2015-2019, according to their sociodemographic and morbidity characteristics.

**Method:** Descriptive quantitative cross-sectional study, based on information from secondary sources such as: RIPS, SISBEN and ADRES.

**Results:** In the Pedro Claver Aguirre Hospital ESE during the period 2015-2019, 847 people were treated for chronic non-communicable diseases -ECNT-, these diseases had a higher prevalence in the female population, in people belonging to the subsidized regime, who live in rural areas scattered, who have low levels of education and who are engaged in housework. Cardiovascular disease was the most prevalent chronic disease in the population attended, and during the study period 8809 consultations for ECNT were generated, that is, an average of 10.4 consultations per person in five years.

**Conclusions:** Chronic diseases affect women and the socially disadvantaged population more, that is, those that have less education, less income and less social support, but also behave differently depending on the age group in which the population is found attended.

**Key Words:** population characterization, non-communicable chronic diseases, sociodemographic characteristics, morbidity.

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades crónicas respiratorias, catalogadas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), comprenden las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en la región de las Américas. Estas enfermedades tienen un gran impacto en el desarrollo de la región, pues dificultan el crecimiento económico y generan pérdidas en los procesos productivos de los países debido a muertes prematuras, discapacidad, enfermedad, elevados costos en salud, entre otras. Situaciones que influyen de manera negativa en el bienestar y progreso de las sociedades (1).

Dichas enfermedades afectan más a la población vulnerable que se encuentra expuesta a factores de riesgo como el tabaco, sedentarismo y prácticas alimentarias inadecuadas, estrechamente relacionados con características sociodemográficas como la educación, la ocupación, los ingresos, el género, la zona de residencia, la edad, entre otros, que conllevan a que la población atendida sea bastante diversa. (1)(2).

En la presente investigación se describen las características sociales, demográficas y de morbilidad de la población atendida por enfermedades crónicas, en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo - Antioquia, de primer nivel de atención, con el fin de generar un insumo que permita la creación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito de las patologías crónicas dentro el territorio como respuesta clave a estos padecimientos, debido a que las existentes evidencian algunas deficiencias y estas enfermedades acarrear altos costos para la prestación de servicios de salud en la institución.

Esta investigación muestra, además, la importancia que tiene para la salud pública aportar en la identificación de factores de riesgo que permitan la creación de estrategias y políticas públicas en salud en materia de enfermedades crónicas no transmisibles, aborda de manera general los determinantes sociales de la salud que influyen en la aparición de enfermedades crónicas en las poblaciones, evidencia el enfoque de atención

primaria en salud que tienen las caracterizaciones poblacionales en el país y, el papel que desempeñan las Empresas sociales del Estado, sobre todo las de primer nivel de atención, en el sistema de salud.

## 1. Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la mayor causa de mortalidad en el mundo con el 71% del total de muertes anuales (2), son de larga duración, progresan lentamente y rara vez se curan completamente, representan una gran carga económica, su desarrollo es poco predecible y poseen múltiples factores de riesgo dentro de los que se encuentran aspectos ambientales, estilos de vida, hábitos poco saludables, niveles de estrés, calidad de vida y enfermedades persistentes que pueden convertirse en crónicas, lo cual, representa un problema de salud pública con un gran impacto en países en vía de desarrollo, pues el 80% de estas enfermedades se presentan en países de bajos y medianos ingresos (3)(4).

Entre las enfermedades crónicas más importantes se encuentran las enfermedades cardiovasculares (cerebrovasculares, hipertensivas, insuficiencia cardiaca e isquémicas del corazón), la diabetes, las enfermedades crónicas respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis, enfisema, entre otras) y el cáncer, ligadas principalmente a estilos de vida poco saludables. Estas enfermedades afectan más a la población vulnerable y socialmente desfavorecida, pues tienen mayor exposición a factores de riesgo como el tabaco, sedentarismo, prácticas alimentarias inadecuadas o acceso limitado a los servicios de salud, además, los costos que acarrear estas enfermedades pueden agotar rápidamente los recursos del sistema (2)(5).

A su vez, la carga mundial de las enfermedades crónicas obstaculiza el desarrollo social y económico y pone en peligro la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (6), entre ellos, la reducción de las muertes prematuras por enfermedades crónicas, debido a ello y a través de la salud pública, se efectúan mediciones de la morbimortalidad asociada a padecimientos crónicos en el mundo, con el fin de formular de manera adecuada los programas de control y asignación de recursos, para detectar anticipadamente estos eventos que requieren investigación y respuesta rápida (2).

Por otro lado, en la actualidad las enfermedades crónicas se han convertido en un factor de riesgo determinante para morir o padecer gravemente las complicaciones de la pandemia causada por la aparición de un nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2, que produce la enfermedad COVID-19. Esta es una enfermedad altamente infecciosa y contagiosa que ataca principalmente a los pulmones, pero a medida que avanza y se complica también puede atacar otros órganos como riñones, hígado, páncreas, corazón y cerebro, agudizando afecciones crónicas preexistentes y debilitando el sistema inmune de los pacientes (7)(8).

La importancia adquirida por estos eventos ha conllevado a que las enfermedades crónicas sean priorizadas a nivel mundial en la prevención y prestación de servicios de salud, por lo cual, es fundamental tener plenamente identificados a los usuarios que padecen este tipo de patologías, con el fin de hacerles un adecuado seguimiento clínico, pues los usuarios que demandan los servicios de salud poseen características sociales, económicas, demográficas y de morbilidad tan diferentes, que conocerlas se convierte en un importante insumo para el diseño adecuado de estrategias que permitan detectar y reducir factores de riesgo, satisfacer las necesidades en salud de cada grupo poblacional, priorizar usuarios más vulnerables y generar información útil para la toma de decisiones en salud (2)(9).

Conocer estas características implica describir las condiciones en las que los usuarios nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen con el fin de identificar sus necesidades y motivos de consulta, además, esta información sirve para realizar categorías o segmentos de población permitiendo enfocar los servicios y los recursos de salud eficientemente, pero también, permite a las entidades de salud ampliar el conocimiento que tienen de sus usuarios y de esta forma intervenir adecuadamente los factores determinantes de su salud evitando la creación de inequidades y desigualdades sociales que aumentan la mortalidad, la morbilidad y disminuyen la esperanza de vida (10)(11).

Caracterizar a los usuarios es un requisito básico para realizar un adecuado direccionamiento estratégico, planeación e implementación de políticas de intervención

que permitan diseñar una ruta de gestión institucional para las entidades públicas en Colombia, esta tarea está a cargo de los Entes Territoriales para realizar planes de salud pública, de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) para formular planes individuales y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, para ejecutar planes de cuidado de la población atendida (12)(13).

En Colombia, la morbilidad por enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes mellitus presenta una gran carga anual, por ejemplo para el 2018, se registraron un total de 3.713.846 personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) diagnosticadas con hipertensión arterial, siendo más prevalente en los departamentos de Bolívar con un 10 %, Atlántico con 9,5% y Antioquia con un 9,4% de los casos. Diagnosticados con diabetes mellitus se registraron en el SGSSS, en este mismo año, 1.304.372 personas entre los 18 y 69 años. Ambas enfermedades afectan mayoritariamente a las mujeres y son las principales precursoras de la enfermedad renal crónica, catalogada como enfermedad de alto costo (14).

Al mismo tiempo, las muertes por estas enfermedades van en aumento y representan más defunciones anuales que la violencia y los accidentes en el país. Según el informe preliminar de mortalidad, elaborado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE, las enfermedades crónicas representaron más del 50% de las muertes no fetales en el 2019 (15), siendo las principales causas la enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebro vascular, la diabetes y la enfermedad hipertensiva, que se encuentran dentro de las diez principales causas de mortalidad en el país, con los puestos 1, 3, 8 y 9 respectivamente (16).

Además, cabe resaltar que Colombia no ha sido ajena a las afectaciones de la pandemia actual que cada día suma más víctimas mortales, en gran parte personas adultas mayores con enfermedades crónicas subyacentes como la hipertensión, la diabetes mellitus y las afecciones respiratorias, lo cual hace indispensable la identificación de los usuarios con estos factores de riesgo y a su vez, la creación de estrategias que permitan realizar planes de cuidado de acuerdo con las características de esta población en particular (17).

En el marco de la actual pandemia, uno de los departamentos que ha sobresalido por el adecuado manejo y contención de la COVID-19 ha sido Antioquia (18), sin embargo, el número de contagios aumenta considerablemente alcanzando a municipios con instituciones de salud de primer y segundo nivel, que no tienen la capacidad de atender las complicaciones que se pueden presentar a raíz de este virus, condición que ha puesto en alerta roja a todo el departamento en varias ocasiones, pues Antioquia tiene la segunda tasa más alta de mortalidad por patologías crónicas en el país, con aproximadamente 18.591 muertes anuales y la llegada de esta enfermedad al territorio agudiza esta situación (15)(17).

Se debe mencionar además, que en el departamento existen algunos municipios que no poseen estrategias o planes de cuidado estructurados que involucren a la población con enfermedades crónicas, a pesar de la alta mortalidad y morbilidad que causan, como es el caso del municipio de Toledo, uno de los municipios más pequeños de Antioquia con una población aproximada de 5.705 habitantes, cuya principal causa de mortalidad entre el 2005 y el 2017 fueron las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, según el último Análisis de Situación en Salud- ASIS y del total de muertes no fetales en el año 2019 el 43% fue a causa de enfermedades crónicas como el cáncer y afecciones cardíacas (19)(15).

El principal encargado de atender a esta población es la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes, una institución de primer nivel de atención que en función de su nueva administración y plan de gestión, requiere formular estrategias de promoción y prevención para pacientes con enfermedades crónicas atendidos en la institución, enfocadas en las características propias de estos usuarios, ya que, las existentes son antiguas, evidencian algunas deficiencias y son insuficientes para abarcar a la población actual, por ende, y en el marco de la pandemia se hace necesario incrementar y mantener adecuadamente el estado de salud de esta población, sin embargo, la institución no cuenta con una caracterización de usuarios para efectuar los respectivos planes de cuidado, lo cual, hace improcedente la formulación adecuada de las estrategias.

Tradicionalmente las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se han realizado en los primeros niveles de atención o baja complejidad (20), pues son la puerta de entrada de las poblaciones más vulnerables al sistema de salud, por lo tanto, son las encargadas de acciones relacionadas con el autocuidado, la protección específica, la detección temprana, la salud familiar y el tratamiento y rehabilitación básica, permitiendo incrementar los niveles de salud de la población reduciendo costos en salud y realizando acciones de vigilancia y control (21)(22), además, estas intervenciones son cada vez más necesarias debido a la transición epidemiológica en el mundo y simultáneamente, la prevalencia de enfermedades infecciosas en los países en vía de desarrollo como Colombia, sin embargo, sin una adecuada identificación de las características propias de los usuarios, no es posible la formulación adecuada de estrategias que permitan realizar este tipo de intervenciones (20).

Por ende, conocer de antemano las características de vida y del proceso salud-enfermedad de cada grupo poblacional, permite atacar de manera acertada los determinantes sociales logrando el mantenimiento y mejoramiento de la salud. En el caso del municipio de Toledo, debido a sus condiciones y necesidades actuales, requiere la identificación de las características presentes de la población con enfermedades crónicas que está siendo atendida en la E.S.E municipal, para lograr posteriormente el diseño de estrategias que satisfagan adecuadamente sus necesidades, enfocar los servicios hacia grupos priorizados según su condición particular, mejorar la comunicación entre la entidad y la comunidad y reducir costos en la atención, favoreciendo la sostenibilidad financiera de la institución.

Por lo cual y en el marco de la alianza entre la Facultad Nacional de Salud Pública y la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes, se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las características sociales, demográficas y de morbilidad de la población atendida por enfermedades crónicas no trasmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre en el periodo 2015- 2019?**

## 2. Justificación

Las enfermedades crónicas son la mayor causa de mortalidad en el mundo (23), intervenirlas adecuadamente evita las inequidades y desigualdades en salud que aumentan la morbimortalidad y disminuyen la esperanza de vida, sobre todo de las poblaciones más vulnerables (11).

Conocer las características de esta población permite la planeación e implementación de estrategias que contribuyan a aumentar el conocimiento que tienen las instituciones de sus usuarios, determinar sus necesidades actuales para satisfacerlas adecuada y eficientemente, enfocar los servicios hacia grupos priorizados, diseñar nuevos servicios para cubrir usuarios que no están siendo atendidos, mejorar la comunicación entre la entidad y la comunidad y reducir costos en la atención, favoreciendo la sostenibilidad del sistema de salud (9).

En este sentido, ésta investigación se sustenta en la premisa de que dar a conocer las condiciones individuales y colectivas de la población, es indispensable para la formulación de planes e intervenciones en salud, por ende, realizar esta caracterización de los pacientes atendidos por enfermedades crónicas, es necesaria y pertinente toda vez que, permitirá a la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes desarrollar estrategias de promoción y prevención, que logren el mejoramiento efectivo de sus condiciones de salud a la vez que reduce los costos en la atención y, le permitirá tener plenamente identificados aquellos usuarios con factores de riesgo para sufrir complicaciones, e incluso morir, en el marco de la pandemia actual.

Aportar a la identificación de características de salud propias de cada población y a la creación de estrategias que permitan integrar y articular acciones desde investigaciones, es una deuda social permanente que tiene la academia con la salud pública y el sistema de salud, por lo tanto, se pretende generar un aporte al conocimiento en esta materia.

Desde la ética, el estudio es pertinente, ya que, los investigadores en salud tienen un compromiso con las poblaciones más vulnerables, que son las que usualmente se atienden en los primeros niveles de atención, este compromiso consiste en evidenciar las características actuales de las poblaciones que no están siendo tomadas en cuenta para la formulación de planes e intervenciones en salud, y que puedan afectar el goce efectivo del derecho a la salud, lo cual es útil para que las autoridades sanitarias pueda tomar decisiones acertadas en relación con las políticas públicas.

Para los usuarios del municipio de Toledo- Antioquia atendidos en la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes, este proyecto les permitirá conocer sus condiciones actuales de salud y gozar posteriormente de programas de promoción y prevención adecuados para el mejoramiento de su salud, acordes a sus características particulares debido a que actualmente no se dispone de esta información.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo general**

Caracterizar la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes del municipio de Toledo- Antioquia en el periodo 2015- 2019 de acuerdo con sus características sociodemográficas y de morbilidad.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociales y demográficas de los pacientes atendidos por enfermedad crónica en la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes durante el periodo 2015 - 2019.
- Describir la morbilidad por enfermedades crónicas de los usuarios atendidos en la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes durante el periodo 2015 - 2019, según variables clínicas disponibles.

## 4. Marco Teórico

### 4.1. Marco Conceptual

#### 4.1.1. Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son conocidas también como enfermedades no transmisibles y son una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento, con progresión lenta, de larga duración y que rara vez tienen una cura definitiva (2).

Los factores de riesgo de las ECNT se pueden clasificar en tres grupos a saber (2):

- Los riesgos comportamentales modificables que comprenden malos hábitos de vida como el consumo de tabaco, sedentarismo, alimentación inadecuada, y el uso nocivo de alcohol.
- Los riesgos metabólicos como la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad, la hiperglucemia e hiperlipidemia.
- Los riesgos no modificables como la edad, el sexo, la raza, hereditarios o enfermedades previas.

Dentro de las enfermedades crónicas más importantes se encuentran las siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares: Son trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos como hipertensión arterial, infarto de miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías, sus principales factores de riesgo son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable (24).

- Diabetes: Se genera cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, es decir, la hormona que regula el azúcar en la sangre. La diabetes puede ser de tipo 1 cuando se requiere de la administración diaria de insulina, este tipo de diabetes es más frecuente en los jóvenes; puede ser de tipo 2 cuando no requiere la administración de insulina y suele ser característica en la edad adulta de personas sedentarias y con obesidad; y puede ser gestacional cuando aumentan los niveles de azúcar en sangre durante el embarazo. La diabetes con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (25).
- Enfermedades respiratorias crónicas: estas relacionadas con la afectación a las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón, estas son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, la hipertensión pulmonar y las enfermedades respiratorias asociadas al ámbito laboral. Estas enfermedades tienen como principales factores de riesgo el tabaquismo, la contaminación del aire, alérgenos y exposición a riesgos ocupacionales (26).
- Cáncer: es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células malignas que puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo, además, suele invadir el tejido circundante y provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo del tabaco, el alcohol, la mala alimentación y el sedentarismo. Dentro de los tipos de cáncer que causan mayor mortalidad en el mundo se encuentran el pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario (27).

#### 4.1.2. Morbilidad en Colombia

La morbilidad es la presencia de un síntoma o una enfermedad en una proporción de la población, en un lugar y tiempo determinados (28) y es evaluada a nivel mundial por la OMS, mediante la tasa de años de vida ajustados en función de discapacidad

(AVAD) para determinar cuántos años de vida sana ha perdido la población, ya sea por muerte prematura o tiempo vivido con problemas de salud (29).

Las principales causas de morbilidad atendida en Colombia entre el 2009 y el 2018 fueron las enfermedades no transmisibles, que aportaron el 65,4% de las atenciones en salud, de acuerdo con la información reportada en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), seguido de condiciones transmisibles y nutricionales con el 13,8%, lesiones cancerígenas con el 5,4% y las condiciones maternas y perinatales con un 2 % de las atenciones en este periodo de tiempo (14).

En Colombia, el perfil de morbimortalidad evidencia un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus, ligadas principalmente al consumo de alcohol, una alimentación poco saludable y al sedentarismo (30).

La hipertensión arterial (HTA) aporta a la morbilidad por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, pero también, a la mortalidad y discapacidad prematuras, esta enfermedad rara vez produce síntomas tempranos lo que hace difícil su diagnóstico precoz. Para el 2018, en Colombia había un total de 3.713.846 personas afiliadas al SGSSS captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, prevaleciendo más en los departamentos de Bolívar con 10 %, Atlántico con 9,5% y Antioquia con 9,4% (14).

Por su parte, la diabetes mellitus (DM) ocupó el puesto 6 como causa de muerte más frecuente en el 2017 en todo el mundo, originando 34,16 muertes por cada cien mil habitantes. En Colombia para el año 2018 se registraron 1.304.372 personas afiliadas al SGSSS, con diagnóstico de diabetes entre los 18 y 69 años con un porcentaje de captación del 74,2% (14).

Ambas enfermedades afectan mayoritariamente a las mujeres y son las principales precursoras de la enfermedad renal crónica, catalogada como enfermedad de alto costo. En el 2018 en nuestro país se registraron 2.306.742 personas afiliadas al SGSSS con dicha enfermedad, de las cuales el 73,7% se encontraba en estadio menor o igual a 2. Los departamentos con mayor número de casos de enfermedad renal crónica fueron: Antioquia con 428.459, Bogotá con 414.424 y Valle del Cauca con 172.439 (14).

La proporción de casos entre condiciones transmisibles y nutricionales y las enfermedades no transmisibles ha demostrado que en general, en todos los departamentos, las enfermedades no transmisibles son mucho más frecuentes (14). La mortalidad a causa de estas enfermedades en el país, está por encima de la mortalidad causada por homicidios y accidentes (31)(15).

#### 4.1.3. Caracterización poblacional

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 para 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 (9).

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 (12). 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 (32).

Las aseguradoras, según la resolución 1536 de 2015, deben realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tenga afiliados y enviar la información al Ministerio de Salud, además, deben diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica

y detección temprana, y la atención de las enfermedades de interés en salud pública como las enfermedades crónicas, ajustadas a las prioridades y características territoriales (33).

En el ámbito territorial anualmente se realizan caracterizaciones a nivel nacional, departamental y municipal en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSF), el cual busca la reducción de la inequidad, avanzar en la garantía del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida, disminuir la carga de la enfermedad y contrarrestar la morbilidad y mortalidad evitable (34). Esta caracterización se realiza mediante un Análisis de Situación en Salud (ASIS) que mide y explica el perfil de salud-enfermedad y sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y priorizar intervenciones en salud (35).

El plazo máximo para reportar el ASIS es el 31 de diciembre de cada año y se realiza con base en el informe del año inmediatamente anterior, las entidades territoriales y municipales del país tienen el deber de hacer esta actualización cada año, pues la información distrital ayuda a consolidar el informe departamental y éste a su vez aporta al ASIS Nacional (35).

Caracterizar a la población ayuda en el análisis de riesgos y definición de prioridades de intervención, fortaleciendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ayudando en la garantía del derecho a la salud y efectivizado la promoción de la salud (13). La caracterización se puede hacer de forma cuantitativa o cualitativa donde se analicen variables que definen el tamaño, crecimiento, estructura, distribución y el proceso salud- enfermedad de la población, información que es útil en los procesos de planeación y gestión de programas de desarrollo (36).

Caracterizar una población trae, además, los siguientes beneficios (9):

- Amplia el conocimiento que la entidad tiene de sus usuarios.
- Mejora la comunicación entre la entidad y sus usuarios.
- Determina eficientemente las necesidades de los usuarios.

- Permite enfocar los servicios hacia las necesidades de los usuarios.
- Fortalece la confianza de los usuarios hacia la entidad.
- Identifica la creación de nuevos servicios para la población que no está siendo atendida.
- En salud, permite la planeación e implementación de estrategias orientadas al mejoramiento de la salud de los usuarios.

#### 4.1.4. Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprenden las condiciones en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas, incluidas las condiciones del sistema sanitario. Estos determinantes aportan la mayor parte de morbilidad, inequidades y desigualdades sociales evitables en el mundo (10).

Marc Lalonde, en 1974, reconoce cuatro factores determinantes de la salud: el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud, siendo los dos primeros determinantes para la morbilidad, es decir, para la presencia de enfermedades en la población en un tiempo y lugar determinado (37)(38).

Por otro lado, Dahlgren y Whitehead, en 1992, crean una serie de categorías jerárquicas de situaciones que determinan la salud de las poblaciones, conformadas por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales dentro de las que se desarrolla la población, las redes de apoyo por las cuales son influenciados y los estilos de vida de cada individuo (37).

Más tarde, 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 (39) (40).

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 (40).

Por un lado, el nivel educativo está directamente relacionado con las oportunidades de empleo y por ende el nivel de ingresos, pero además, con el acceso a la seguridad social y los servicios sanitarios, lo cual desencadena en un favorecimiento del estado de salud, pues el tipo de ocupación que se adquiriera según el nivel educativo no solo determina la exposición a riesgos laborales específicos, sino que también, otorga una posición en la jerarquía social que da acceso a beneficios diferenciales (40).

El empleo en el sector informal suele limitar el acceso a beneficios de protección social y de aseguramiento en salud y de la vejez, generando una vulnerabilidad a la pobreza y al acceso limitado a los servicios de salud, además de generar exposiciones laborales perjudiciales para estos trabajadores (40).

Por otro lado, el género incide en la división del trabajo, la asignación de tareas y la distribución de beneficios y recursos que se traducen en desigualdades en la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social, pues las mujeres suelen tener una participación más baja en el mercado laboral, tienden a recibir salarios más bajos que los hombres y a tener poca autonomía económica (40).

Con respecto al grupo étnico, la discriminación y la exclusión afectan todas las esferas de la vida, incluida la de la salud. En Latinoamérica, según la Cepal, hay un retraso generalizado en la escolaridad de los niños indígenas y afrodescendientes en comparación con la población en general, pero además, en países como Estados Unidos la esperanza de vida de estas poblaciones es menor a la de la población blanca (40).

Los determinantes intermedios, por su parte, tiene 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 (40).

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 (41).

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 Organización Panamericana de la Salud (OPS) (37).

#### 4.1.5. Atención primaria en salud

Desde la Declaración de Alma Ata, en 1978, la OMS ha identificado una desigualdad histórica en el estado de salud de las poblaciones a causa de factores políticos, sociales y económicos dentro y fuera de los países, que afectan el proceso de salud-enfermedad y dificultan mantener y mejorar el estado de salud de sus habitantes, es por ello que a partir de esta declaración se ha resaltado la importancia de implementar estrategias de Atención Primaria, como elemento clave para incrementar y alcanzar un nivel aceptable de salud en las poblaciones, permitir la participación individual y colectiva en la planificación y prestación de servicios de salud, adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas, y orientar los servicios de salud hacia la promoción, prevención,

protección y como última instancia a la recuperación de la salud, ya que, lograr la salud de todos los habitantes de un país beneficia directamente a otros (42).

Este lineamiento de Atención Primaria en Salud (APS), se fortalece con la primera conferencia sobre promoción de la salud realizada en Ottawa en 1986 cuyo objetivo es darle a los pueblos los medios necesarios para controlar y mejorar su salud en ámbitos como el familiar, escolar, laboral, sanitario y comunitario (43), mediante el fortalecimiento de paz, educación, vivienda, alimentación, renta, medio ambiente saludable, justicia social y equidad para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social adecuado que le permita a las poblaciones desarrollarse adecuadamente y prolongar su expectativa de vida, pues dependiendo de cómo se den estos factores pueden incidir a favor o en contra de la salud, además, establece la importancia de crear estrategias que permitan la reducción de los factores de riesgo de enfermedades específicas (44).

A partir de esta primera conferencia, se han realizado periódicamente otras asambleas mundiales, en diferentes países, en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con el fin de evaluar y fortalecer las estrategias que permitan lograr una mejor salud para las comunidades, pero además, para establecer los conceptos, principios y áreas de acción. Durante estas conferencias se ha hecho hincapié en la importancia de elaborar políticas públicas saludables, crear ambientes favorables para la salud, disminuir los factores de riesgo de enfermedades, incorporar nuevos actores como el sector privado, para enfrentar los nuevos retos de la salud en un mundo globalizado, poner la promoción de la salud en la agenda política a nivel mundial, articular la promoción de la salud con los ODS, subsanar las deficiencias en la aplicación de la promoción de la salud, crear un enfoque en salud en la elaboración de todas las políticas y establecer acciones concretas para los países independientemente del nivel de desarrollo en el que se encuentren (45).

En el 2005, la OPS decidió adelantar una revisión sobre el desarrollo de la Atención Primaria en Salud en la región, solicitando a sus Estados miembros realizar un proceso de consulta sobre APS, cada país envió sus resultados entre mayo y julio para una revisión y discusión por parte de ministerios, academias, organizaciones, asociaciones, consumidores, autoridades en salud y otros sectores sociales, encontrando nuevos

factores que determinan la salud de las poblaciones como la industrialización, la urbanización, las enfermedades crónicas, los riesgos medioambientales, la disminución de los nacimientos, el aumento en la calidad y expectativa de vida, nuevos eventos epidemiológicos, el desarrollo de nuevos conocimientos para lograr una mayor efectividad en las intervenciones de salud, e incluso la necesidad de corregir debilidades e inconsistencias en los enfoques formulados por el primer postulado de APS, haciendo necesaria una renovación articulada de forma coordinada, efectiva y sostenible que permita a los países enfrentar los nuevos retos en salud mediante el ajuste de sus capacidades (46)(47).

Por esto, en la reunión celebrada en Montevideo, Uruguay, se aprobó una declaración sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria en Salud, en septiembre de 2005, mediante la cual todos los gobiernos de las Américas se comprometen a renovar la APS y a convertirla en la base de los sistemas de salud de la Región (47).

Esta declaración tiene como orientaciones fundamentales: el compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud, el reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud, la orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, el fomento del trabajo intersectorial, la orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente, El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud, el establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud, la garantía de la sostenibilidad financiera, la investigación, el desarrollo y la tecnología apropiada y el fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de salud (47).

En cuanto a la orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada, la OPS establece que los sistemas de salud deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población teniendo en cuenta las consideraciones de

género, las particularidades culturales y el ciclo de vida orientados a la familia y la comunidad (47).

Estas directrices internacionales llegan a Colombia con la constitución de 1991, por medio de la cual, la salud se convierte en un derecho y un servicio público que debe proporcionar el Estado, garantizando a todas las personas el acceso a servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud con la participación de la comunidad para procurar el cuidado integral de su salud (48).

Esta idea se retoma con la creación del SGSSS mediante la ley 100 de 1993, que transformó el sistema de salud con el aseguramiento y separó la atención en salud en dos grandes categorías: la primera conocida como Plan de Atención Básica, ahora conocido como Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que abarca los servicios de salud pública, es decir, acciones de promoción, prevención, vigilancia y control en salud dirigidas a la colectividad, que deben estar ajustadas a las características de cada territorio y están a cargo del Estado, por lo tanto, deben ser gratuitas, obligatorias y de cobertura universal. Por otro lado, quedaron los servicios de beneficio individual que se obtienen a través de la afiliación al SGSSS, mediante un Plan de Beneficios (PB) y que son más de tipo asistencial (49).

Desde la creación de la Ley 100, el sistema de salud ha sufrido varias reformas en las cuales se ha tenido en cuenta el fortalecimiento de la APS en el país. En el caso de la primera reforma, reglamentada por Ley 1122 de 2007, presenta al gobierno nacional como responsable de la política de salud pública y de ejecutar las acciones de promoción y prevención para lo cual debe dar prioridad a los recursos que estén destinados a este fin (40).

La segunda reforma efectuada por la Ley 1438 de 2011 propone un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia APS permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, además, da inicio en el país a la renovación de la APS mediante una estrategia que involucra a los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial de la salud y la participación social y comunitaria (47)(50).

En el 2015, mediante la Ley 1753 de 2015 se aprobó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) con cuatro enfoques fundamentales: la APS, la salud familiar y comunitaria, la articulación de las acciones individuales y colectivas y un enfoque poblacional y diferencial, buscando que las personas reciban un continuo servicio de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación mediante los diferentes niveles del sistema de salud de acuerdo con las necesidades del paciente a lo largo del ciclo de vida (47).

Esta política se materializó con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) que propone, dentro de sus componentes, la creación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud de manera oportuna, continua e integral, mediante la organización de las instituciones de salud en dos niveles: uno primario y otro complementario (22).

El nivel primario, correspondiente a instituciones de baja complejidad, es el encargado de acciones individuales y colectivas relacionadas con el autocuidado, la protección específica, la detección temprana, la salud familiar y el tratamiento y rehabilitación básica, permitiendo incrementar los niveles de salud de la población, evitando que se enferme, reduciendo costos en salud y realizando acciones de vigilancia y control de los determinantes que puedan afectar la salud. Por otro lado, el nivel complementario, a cargo de instituciones de mediana y alta complejidad, debe encargarse del tratamiento y rehabilitación especializada de personas enfermas con riesgos que demandan mayor complejidad en la atención y que sean remitidas desde el nivel primario para evitar el colapso innecesario de los servicios de salud especializados, este nivel tiene un enfoque curativo y su finalidad es la recuperación de la salud y no a la prevención (21)(22).

La tercera reforma realizada mediante la Ley 1751 de 2017, regula el derecho fundamental a la salud que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la

igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación (51).

Para el 2019, mediante la resolución 2626, se crea el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) que modifica a PAIS y reemplaza al MIAS, sin embargo, los desarrollos, obligaciones de orden contractual, compromisos y demás acciones que se hayan adelantado en materia del MIAS, continuarán en gestión y serán complementarios al nuevo modelo (52).

El objetivo del MAITE es articular las acciones de los agentes del sistema de salud, de otros sistemas y de la comunidad, con el fin de mejorar las condiciones de salud de las poblaciones a través del liderazgo de las entidades territoriales y distritales que identifican prioridades y lineamientos por medio del Ministerio de Salud (52).

Cuenta con 8 líneas de acción: aseguramiento, salud pública, gobernanza, prestación de servicios, financiamiento y talento humano para lograr la sostenibilidad del sistema, el mejoramiento del estado de salud de la población y la respuesta efectiva a sus expectativas. Estas líneas de acción se llevan a cabo mediante tres fases: planeación, ejecución y monitoreo (32).

Este modelo establece que tanto las Entidades Territoriales, como las EAPB y las IPS de cualquier naturaleza, son las responsables de realizar acciones relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

Actualmente, en el marco de la APS también se desarrolla el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que busca la reducción de la inequidad, avanzar en la garantía del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida, disminuir la carga de la enfermedad y contrarrestar la morbilidad y mortalidad evitable (34).

Las estrategias de promoción y prevención deben estar direccionadas a intervenir los factores que determinan la salud de las poblaciones para evitar la generación de inequidades en salud e injusticias sociales que aumentan la mortalidad y los riesgos en salud y disminuyen la esperanza de vida, sobre todo de las poblaciones más vulnerables (10)(11). Además, estas intervenciones son cada vez más necesarias, debido a la

transición epidemiológica a enfermedades crónicas en el mundo y simultáneamente la prevalencia de enfermedades infecciosas en los países en vía de desarrollo como Colombia, enfermedades que están ligadas de manera importante a hábitos inadecuados que favorecen su aparición (20).

#### 4.1.6. Empresas sociales del Estado

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, además, están reglamentadas bajo el régimen de contratación pública y todo funcionario que trabaje dentro de estas instituciones será considerado servidor público (53).

Los objetivos de las ESE son (54):

- Producir servicios de salud eficientes, efectivos y de calidad
- Prestar los servicios de salud que la comunidad requiera y la ESE puede ofrecer
- Garantizar la rentabilidad social y financiera
- Ofrecer servicios y paquetes competitivos en el mercado
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando constantemente sus servicios y funcionamiento

- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana establecidos por la ley.

En Colombia las ESE también son denominadas IPS públicas y se encuentran clasificadas de acuerdo con su nivel de complejidad en la atención, el primer nivel está conformado por hospitales locales y centros de salud, y el segundo y tercer nivel están compuestos por hospitales regionales, universitarios y especializados. La ley 1760 de 1990 establece que los hospitales de primer nivel prestaran servicios de salud técnico y auxiliar, tecnología de baja complejidad y cobertura de la población del municipio y los aledaños a este que no cuenten con un centro de salud, las entidades de segundo nivel prestaran el servicio de salud con personal especializado, tecnología de mediana complejidad y las entidades de tercer nivel prestaran servicios con personal especializado y sub especializado, tecnología de alta complejidad, y cobertura de segundo y tercer nivel de atención (55).

La Resolución 5261 de 1994 (56) establece las siguientes precisiones sobre los niveles de complejidad así:

- El Nivel I – Baja complejidad: prestara servicios de médico general, personal auxiliar, paramédico u otros profesionales de la salud no especializados, con atención quirúrgica de los grupos quirúrgicos 01,02,03.
- El Nivel II- Mediana complejidad: se encargará de la prestación de servicios con médico general, profesional paramédico con interconsulta, remisión, asesoría de personal o recursos especializados, además de la atención de grupos quirúrgicos 04, 05, 06, 07, 08.
- EL Nivel III y IV – Alta complejidad: prestará servicios con médico especialista, con participación del médico general y profesional paramédico, con responsabilidad de grupos quirúrgicos del nivel 09 en adelante y del nivel IV serán establecidos de acuerdo con los procedimientos necesario para las patologías catastróficas.

Las ESE cumplen un rol fundamental en el sistema de salud, pues son las encargadas de atender principalmente a la población más vulnerable del país conformada por la población pobre no asegurada y por las personas del régimen subsidiado; estas poblaciones son las que más presentan una alta carga de la enfermedad y riesgos de salud (57).

#### 4.1.7. Enfermedades crónicas no transmisibles en la pandemia actual

Los coronavirus son una amplia familia de virus, que llevan este nombre porque en su superficie poseen unas salientes o radios que semejan a una corona, causan infecciones respiratorias agudas y la mayoría se han encontrado sobre todo en aves y mamíferos, especialmente en los murciélagos, sin embargo, en la última década se han encontrado tres clases de coronavirus que han afectado gravemente la salud de las poblaciones (58).

El primero en aparecer fue el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) que causó una pandemia en el año 2002, dejando 8000 infectados y aproximadamente 800 muertos, sin embargo, después de la pandemia no se tiene registro de nuevos brotes. En el 2012, aparece el Síndrome Respiratorio Agudo Severo de Oriente Medio (MERS-CoV) detectado en Arabia Saudita y relacionado principalmente con los camellos, aproximadamente el 35% de las personas que se contagia con este virus se muere y desde su aparición se han detectado brotes en varios países, pero los más importantes se han producido en Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos y la República de Corea (58)(59).

El tercero y más reciente coronavirus detectado es el SARS CoV-2, llamado así porque tiene una secuencia genética similar al SRAS. Este virus causa la enfermedad del COVID-19 y fue detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China), a raíz de un brote de infección respiratoria que en la actualidad se ha convertido en una pandemia que ha afectado a gran parte de los países del mundo (7).

Las personas que se contagian con este virus pueden sufrir síntomas comunes como fiebre, tos seca y cansancio, pero también podrían sufrir dolores, molestias, congestión nasal, dolor de cabeza, conjuntivitis, dolor de garganta, diarrea e incluso pérdida del gusto o el olfato y, en algunas ocasiones, erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las extremidades (7). El virus comienza a desarrollarse principalmente en la garganta, pero en los casos más severos puede causar un gran daño a los pulmones generando neumonía y dificultad respiratoria aguda (58).

El COVID-19, es altamente contagioso pero poco letal, la mayor parte de las personas (80%) que padecen esta enfermedad se curan sin necesidad de ningún tratamiento médico, el 14% presenta síntomas más graves y entre un 4 o 5% pueden presentar un cuadro crónico de la enfermedad, sobre todo, las personas mayores y las que padecen enfermedades no transmisibles previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer, ya que, el virus también puede infectar células y vasos sanguíneos causando una respuesta inflamatoria en órganos como el corazón, el hígado, los riñones, el páncreas y el cerebro. La mayoría de las muertes se presentan en personas mayores de 65 años con alguna afección crónica subyacente (7)(58).

La transmisión de este nuevo coronavirus se da principalmente de persona a persona al inhalar las gotículas de saliva que expulsa al hablar, toser o estornudar una persona contagiada. Este virus es relativamente pesado y no dura mucho tiempo en el aire, por lo tanto cae rápidamente a las superficies, de modo que también puede transmitirse al tocar objetos contaminados y posteriormente tocarse los ojos, nariz o boca. El periodo de incubación de esta enfermedad varía entre dos y catorce días entre la infección y la aparición de los síntomas (7).

El total de casos confirmados en el mundo ya supera los cien millones y las muertes son más de dos millones. Hasta la fecha no hay ningún tipo de medicamento específico o vacuna para el tratamiento de la enfermedad, sin embargo, la OMS ha establecido algunas medidas a manera de recomendación para la prevención del contagio (17)(60), estas medidas son:

- Lavarse las manos frecuentemente durante el día.
- Usar tapabocas si tiene tos, fiebre u otros síntomas de resfriado.
- Si está con personas con gripa que no tienen tapabocas, úselo usted.
- Estornudar en el antebrazo o cubriéndose con pañuelos desechables.
- Evitar asistir a sitios de alta afluencia de personas.
- Ventilar los espacios de casa y oficina.
- Consultar al médico si presenta alguno de los siguientes síntomas: respiración más rápida de lo normal, fiebre de difícil control por más de dos días, si el pecho le suena o le duele al respirar, somnolencia o dificultad para despertar, ataques o convulsiones, decaimiento o deterioro del estado general en forma rápida (60).

En Colombia, el primer caso se confirmó el 6 de marzo de 2020 y la cifra de contagios ya supera los dos millones personas y cuenta con más de 57 mil muertos a causa de este virus. Para el mes de mayo de este mismo año, el 71,3% de los fallecidos presentaron por lo menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes la hipertensión 42,8%, la diabetes 23,1%, EPOC 17,9%, la enfermedad cardiovascular 15,2% y la enfermedad renal 12,3% (61).

#### **4.2. Marco Contextual**

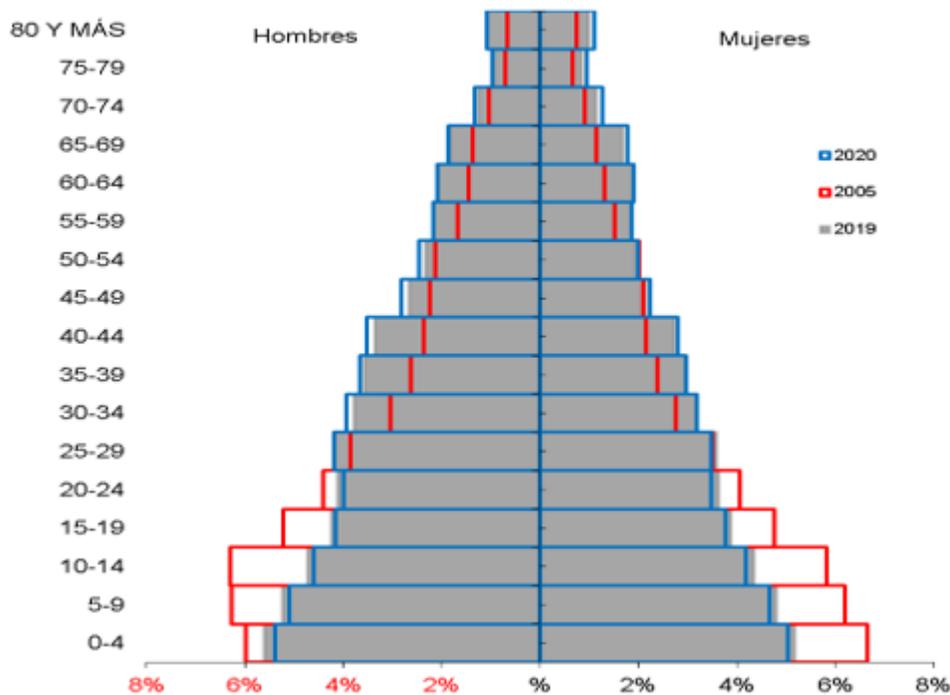
Toledo es un municipio ubicado en el norte de Antioquia y es uno de los municipios más pequeños de este departamento, con 156 km<sup>2</sup>, limita al norte con el municipio de Ituango y Briceño, al oriente con Yarumal, al sur con San Andrés de Cuerquia y al occidente con Sabanalarga. Su clima es variado y a lo largo de sus veredas y corregimientos se pueden encontrar climas cálidos, templados y fríos. Está conformado por su cabecera municipal, por dos corregimientos y 18 veredas (19).

El municipio de Toledo tiene una población total aproximada de 6842 habitantes, de acuerdo con la información suministrada por el SISBEN en el 2019, de esta población el 84,80% vive en la zona rural y el 53,3% son hombres. Su pirámide poblacional es

regresiva, cómo se muestra a continuación, pues se observa una clara disminución en las edades de la base (de 0 a 24 años), y un aumento de las demás edades, evidenciando un claro control en la natalidad, resultado de los programas de planificación familiar y de que las familias actuales desean conformar las familias con pocos integrantes.

La pirámide poblacional muestra también que el municipio goza de una amplia población joven y económicamente activa comprendida en las edades de 25 a 59 años, pero también de adultos mayores entre los 60 y más años, razón por la cual el municipio debe de tener establecida la política del adulto mayor y brindarles cobertura y calidad en los servicios de salud (19).

Pirámide poblacional. Municipio de Toledo, Antioquia, 2005, 2019, 2020.



**Fuente:** DANE-SISPRO-MSPS

La economía del municipio es de tipo agropecuario en las áreas rurales, basada en variedad de cultivos, principalmente de café, caña panelera, frijol, maíz, aguacate,

pastos y frutales; así como la producción pecuaria, y para el área urbana la economía depende del sector de servicios y del comercio. Por otro lado, el turismo está enfocado en la pesca deportiva (62)

El conflicto armado, los cultivos ilícitos y la minería hacen presencia en la zona, lo cual dificulta el orden público y provoca desplazamientos forzados de los habitantes de las zonas rurales hacia la cabecera municipal u otros municipios, deteriorando las condiciones de vida y de salud de la población (62)

Según el ASIS del municipio, realizado en el 2019, la principal causa de mortalidad en la región entre el 2005 y el 2017 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, siendo las más frecuentes las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y las hipertensivas. De acuerdo con la semaforización de mortalidad establecida por el PDSP, se observa que los indicadores de mortalidad por diabetes mellitus, trastornos mentales y del comportamiento y las agresiones (homicidios) se encuentran en peor situación para Toledo que para Antioquia (19).

Toledo cuenta con un ESE de primer nivel llamada Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes, fundada en 1981 por el Comité Departamental de Cafeteros de Antioquia, es la única IPS que existe en el municipio y presta servicios de consulta externa de médico general y pediátrica, obstetricia, odontología general, enfermería, urgencias, laboratorio clínico, transporte asistencial básico y protección temprana y específica de enfermedades relacionadas con los ciclos vitales, el embarazo el cáncer, la agudeza visual, vacunación, salud bucal y planificación familiar. Su principal objetivo es brindar una adecuada atención sanitaria a la comunidad Toledana con criterios de calidad, eficiencia y humanidad para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes bajo los principios de equidad y dignidad humana (63).

### **4.3. Marco Referencial**

En el 2007 en la ciudades de Tampico-Cd y Tamaulipas - México, se determinó el grado de correlación entre los niveles de fortaleza para la salud y ansiedad-rasgo, en una

muestra de 200 pacientes adultos de ambos géneros diagnosticados con enfermedad crónica y sus resultados muestran una descripción básica de las características sociodemográficas de estos pacientes. Este estudio pretendía demostrar que las enfermedades crónicas repercuten en la autopercepción del paciente, afectando el autoconcepto, por tanto, también actúan como un estímulo estresor que afecta física y emocionalmente a las personas; siendo la ansiedad la alteración de mayor incidencia (64).

En el año 2011 se realizó la “Caracterización sociodemográfica y evaluación de la satisfacción de los usuarios mayores de 15 años en el servicio de hospitalización de La E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes de Toledo (Antioquia)”, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo donde se estudiaron 36 usuarios mayores de 15 años hospitalizados en la entidad con el fin de conocer su grado de satisfacción para lo cual se tuvieron en cuenta variables como edad, género, aseguradora, accesibilidad, frecuencia del servicio, oportunidad en la atención, calidad, entre otras (65).

En la Universidad San Buenaventura, sede Bogotá, Colombia, se realizó en el 2012, un estudio sobre “Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos” donde se identificaron las diferencias y relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas en 121 pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas en la ciudad de Medellín, Colombia (66).

En el 2016, en el estudio “Factores sociodemográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal” realizado en Brasil, se verificó la asociación entre resiliencia y variables sociodemográficas y de salud de personas con diagnóstico de enfermedad crónica” (67).

La E.S.E Red de Salud del Oriente del Municipio de Santiago de Cali publicó para el año 2017 la “Caracterización clientes ESE Oriente”, abarcando aspectos sociodemográficos, tales como distribución geográfica de su población, composición racial, vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), morbilidad atendida, condiciones epidemiológicas, entre otras. Además, se incluyó en esta caracterización al cliente interno, determinando su tipo de vinculación, servicios y beneficios, accidentalidad y enfermedad laboral, entre otros aspectos (68).

#### 4.4. Marco Normativo

Para efectos de la realización de una caracterización poblacional en Colombia se debe tener en cuenta la siguiente normatividad vigente:

- El Decreto único reglamentario del sector de función pública, creado por el Decreto 1083 de 2015 y modificado por el Decreto 1499 de 2017, propone fortalecer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual, en su primera dimensión estratégica y de planeación acoge la caracterización como requisito básico para un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación de las entidades públicas (69).
- La Resolución 1536 de 2015, por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, ratifica la importancia de la caracterización poblacional como contenido esencial del ASIS para la elaboración y ejecución de los planes territoriales en salud pública, y determina como responsables de realizarla a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las EAPB y Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) (33).
- La Política de Atención Integral en Salud, reglamentada por la Resolución 429 de 2016, que procura la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales y que mediante su modelo estratégico MIAS define la caracterización de la población como instrumento para que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades (70).

En términos de manejo de información confidencial por medio de bases de datos se tiene en cuenta las siguientes disposiciones legales:

- Ley 1266 de 2008, por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales. En esta, se dispone la confidencialidad o reserva de ciertos datos o información registrada en bancos de datos de naturaleza pública, para fines estadísticos, de investigación o sanción de delitos. Además, establece que la información contenida en dichos bancos de información podrá ser accedida por los usuarios cuando se requiera como elemento de análisis para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas (71).
- El Manual de Política de Tratamiento de Información y Protección de Datos Personales de la Universidad de Antioquia, adoptado por la Resolución Rectoral 38017 de 2013, donde se prescriben los lineamientos para el tratamiento de datos personales indispensables de estudiantes, de docentes, de empleados públicos, de trabajadores oficiales, de egresados, de jubilados y de contratistas de la Universidad de Antioquia que serán necesarios para el cumplimiento de la misión institucional de docencia, de investigación y de extensión (72).
- Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones. Con esta se crea la garantía para el derecho al acceso a la información pública, dicha información será manejada y custodiada por los sujetos obligados, es decir, por las entidades públicas, organismos del estado o personas naturales o jurídicas que cumplan alguna función pública bajo los principios de transparencia, buena fe, gratuidad, celeridad, eficacia, calidad de la información y divulgación proactiva de la información. (73).

A nivel mundial, regional y nacional se han impartido una serie de conferencias, políticas y normas de gran importancia que han marcado lineamientos que siguen vigentes para la prevención y el control de las ECNT, entre ellas se encuentran:

- La Declaración Política de la reunión de alto nivel de la asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas realizada en el 2011, sobre la prevención y

el control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, dónde los Jefes de Estado y de Gobierno examinaron los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean estas enfermedades en el mundo, y sus repercusiones sociales y económicas especialmente para los países en desarrollo (74).

- El Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 promulgado por la OPS, cuya meta es reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad (75).
- Los ODS establecidos por la ONU en el año 2015, en su Objetivo número tres llamado Salud y Bienestar establece la meta de reducir, para el año 2030, en un tercio la mortalidad prematura por ECNT mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (6).
- La Ley 1438 de 2011 que tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud según la estrategia de APS. Se definen metas e indicadores de resultados en salud que incluye la incidencia de ECNT y en general las precursoras de eventos de alto costo (50).
- El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 que busca la reducción de la inequidad en salud en Colombia y construir, promover e implementar políticas para la reducción de ECNT a través de la promoción en salud. En la Dimensión prioritaria vida saludable y condiciones no transmisibles se despliega un componente llamado Condiciones crónicas prevalentes donde se plantean objetivos, metas y estrategias orientadas al abordaje de las ECNT a través de la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud (34).

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de estudio**

Esta es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal, tomando registros de pacientes crónicos atendidos en la E.S.E Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo durante los años 2015 - 2019, 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 toman 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 última encuesta del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) realizada en el municipio, con el fin de identificar los pacientes con morbilidades relacionadas a enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, atendidos en la ESE del municipio de Toledo- Antioquia y así, dar una información fiable y estructurada que aporte a los procesos de planificación en salud y control del uso de recursos en los servicios de urgencias, consulta externa y farmacia de la institución.

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. Este paradigma positivista ha favorecido a los métodos cuantitativos en el abordaje de la investigación, donde su

alcance y objetivos están situados en las ciencias sociales y pretende lograr explicaciones causales o alcanzar un conocimiento (76).

### **5.3. Población participante**

La población objetivo está compuesta por el censo de pacientes atendidos con diagnósticos de enfermedades crónicas en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes durante el periodo 2015 - 2019.

### **5.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### Criterios de inclusión:

Pacientes de cualquier sexo en todos los grupos de edad con diagnóstico de enfermedades crónicas atendidos en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre en el periodo 2015-2019.

#### Criterios de exclusión:

- Datos duplicados.
- Pacientes fallecidos.
- Pacientes que ya no residan en el municipio de Toledo.

## 5.5. Fuentes de información

La información de los pacientes atendidos por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre del municipio de Toledo- Antioquia, se toma de los RIPS de la institución correspondientes a los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019. 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 (77).

Por otro lado, se utiliza la base de datos del último censo realizado por el SISBEN en el municipio, correspondiente al año 2019, el cual busca la identificación de manera rápida y objetiva de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan, clasificando a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas (78).

También, se verifica 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 que estén reportados en el sistema.

## 5.6. Matriz de variables

**Tabla 1.** Matriz de Variables

Objetivo	Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorización
Describir las características sociales y demográficas de los pacientes atendidos por enfermedad	Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
	Edad	Cuantitativa continua	Razón	Edad numérica en años cumplidos
	Zona de residencia	Cualitativa Politómica	Nominal	1. Cabecera 2. Centro poblado 3. Rural disperso

<b>Objetivo</b>	<b>Nombre de la variable</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Categorización</b>
crónica en la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes durante el periodo 2015 – 2019	Lugar de residencia	Cualitativa politómica	Nominal	Nombre de vereda o barrio donde reside
	Estrato socioeconómico	Cuantitativa politómica	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6
	Actividad económica	Cualitativa	Nominal politómica	0. Sin actividad 1. Trabajando 2. Buscando trabajo 3. Estudiando 4. Oficios del hogar 5. Rentista 6. Jubilado-Pensionado 7. Inválido
	Nivel educativo alcanzado	Cualitativa	Nominal politómica	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica o tecnológica 4. Universidad 5. Postgrado 0. Ninguno
Describir la morbilidad por enfermedades crónicas de los usuarios atendidos en la E.S.E Pedro Claver Aguirre Yepes durante el periodo 2015 - 2019, según variables clínicas disponibles.	Tipo de usuario	Cualitativa politómica	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Particular 5. Otro 6. Víctima con afiliación al Régimen Contributivo 7. Víctima con afiliación al Régimen subsidiado 8. Víctima no asegurado (Vinculado)
	Número de consultas realizadas	Cuantitativa	Razón	Número de consultas realizadas en los años de estudio
	Código del diagnóstico principal	Cualitativa	Nominal	CIE-10

## 5.7. Análisis y procesamiento de la información

Para el análisis y procesamiento de la información se consolidan inicialmente los RIPS institucionales de los cinco años objeto de estudio, mediante el aplicativo denominado SIMBUAS- RIPS creado en el sistema de gestión de bases de datos Microsoft Access, este aplicativo arroja una base de datos general en Microsoft Excel con las variables necesarias para la investigación. Posteriormente y con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se generan bases de datos por enfermedad crónica de acuerdo con los códigos establecidos por la CIE10 así:

- Cáncer: C00 a C097
- Enfermedades cardiovasculares: Cerebrovasculares (I60 a I69), Hipertensivas (I10 a I15), Insuficiencia cardíaca (I50) e Isquémicas del corazón (I20 a I25)
- Enfermedades crónicas respiratorias: J40 a J47
- Diabetes: E10 a E14X.

Se realiza control de duplicados y fallecidos y se eliminan los datos de los pacientes que no aparezcan en la última encuesta del SISBEN, pues se infiere que ya no viven en el municipio.

Durante el procesamiento e interpretación de los datos se utiliza el software estadístico IBM SPSS 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 (79); también se hace uso de Microsoft Excel que cuenta con cálculo, herramientas gráficas, tablas calculares y un lenguaje de programación macro, todo esto con el fin de utilizar técnicas estadísticas del orden descriptivo (80).

La presentación de la información se realiza mediante una distribución de frecuencias de análisis univariados y bivariados que permitan describir, resumir y analizar la información obtenida en tablas y gráficos que contienen la siguiente información:

- Categoría de la variable
- Frecuencia absoluta: Número de casos por categoría.
- Frecuencia relativa: Porcentajes de casos por categoría.

## 6. 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 E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre (81).

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 (82), el uso de la información obtenida de las bases de datos institucionales y de los RIPS se realiza con previa autorización de la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre, 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 la investigadora principal. 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 (71).

Con el fin de no incurrir en plagio y violación de la propiedad intelectual de los autores y de las distintas fuentes bibliográficas consultadas, la autora cumple cabalmente con lo estipulado en la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor (83) y en la Resolución Rectoral 21231 de 2005 que establece el estatuto de propiedad intelectual en la Universidad de Antioquia (84). Adicionalmente, garantiza total exhaustividad en el cumplimiento de las normas Vancouver de 2010 para lo pertinente a las citas y las referencias bibliográficas (85).

## 7. Consideraciones administrativas

### 7.1. Viabilidad y Factibilidad

El proyecto reúne las características técnicas y metodológicas necesarias para su ejecución y cuenta con aval institucional de la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes (Anexo 1), el cual permite el cumplimiento de los objetivos propuestos. Por otro lado, el proyecto no requiere mayor financiación, ya que, se dispone del recurso humano y materiales para realizarlo y no es necesario el desplazamiento hasta la institución. Los gastos en los que incurra la investigación serán de financiamiento propio del investigador.

### 7.2. Presupuesto

El presupuesto total para llevar a cabo el proyecto es de \$ 12.390.000 distribuidos así:

CONCEPTO	CANTIDAD	FRECUENCIA- UNIDADES	VALOR UNITARIO	RECURSO UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	RECURSO INVESTIGADORA
<b>Recurso Humano</b>					
Investigadora principal	1	1500 h	5.000	-	7.500.000
Asesor	1	40 h	60.000	2.400.000	-
Total recurso humano					9.900.000
<b>Materiales e insumos</b>					
Papelería	1	-	100.000	-	100.000
Equipo de computo	1	-	1.400.000	-	1.400.000
Internet	11	Meses	40.000	-	440.000
Servicios públicos	11	Meses	50.000	-	550.000
Total materiales e insumos					2.490.000
<b>Total</b>					<b>12.390.000</b>



## 8. Resultados

Los resultados presentados a continuación expresan el análisis de las características sociodemográficas, de morbilidad y de ubicación geográfica de 847 pacientes que fueron atendidos por diagnósticos de enfermedades crónicas como Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares (cerebrovasculares, hipertensivas, insuficiencia cardiaca e isquémicas del corazón), Enfermedades Crónicas Respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis, enfisema, entre otras) y Diabetes, en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante el periodo 2015 – 2019.

### 8.1. Características sociodemográficas

#### 8.1.1. Distribución por sexo

**Tabla 2.** Distribución según sexo de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Sexo	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	531	62,7	32	3,8	423	49,9	47	5,5	29	3,4
Masculino	316	37,3	27	3,2	236	27,9	38	4,5	15	1,8
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>659</b>	<b>77,8</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>5,2</b>

La población atendida por enfermedades crónicas en la ESE Hospital Pedro Claver Aguirre, durante los años 2015-2019, está representada principalmente por mujeres con un 62,7%, de las cuales, el 49,9% consultaron por enfermedad cardiovascular, el 5,5% por enfermedad crónica respiratoria, el 3,8% por cáncer y el 3,4% por diabetes. En el

sexo masculino las consultas por enfermedades crónicas ocupan el 37,3% así: 27,9% por enfermedad cardiovascular, el 4,5% por enfermedad crónica respiratoria, el 3,2% por cáncer y tan sólo el 1,8% por diabetes.

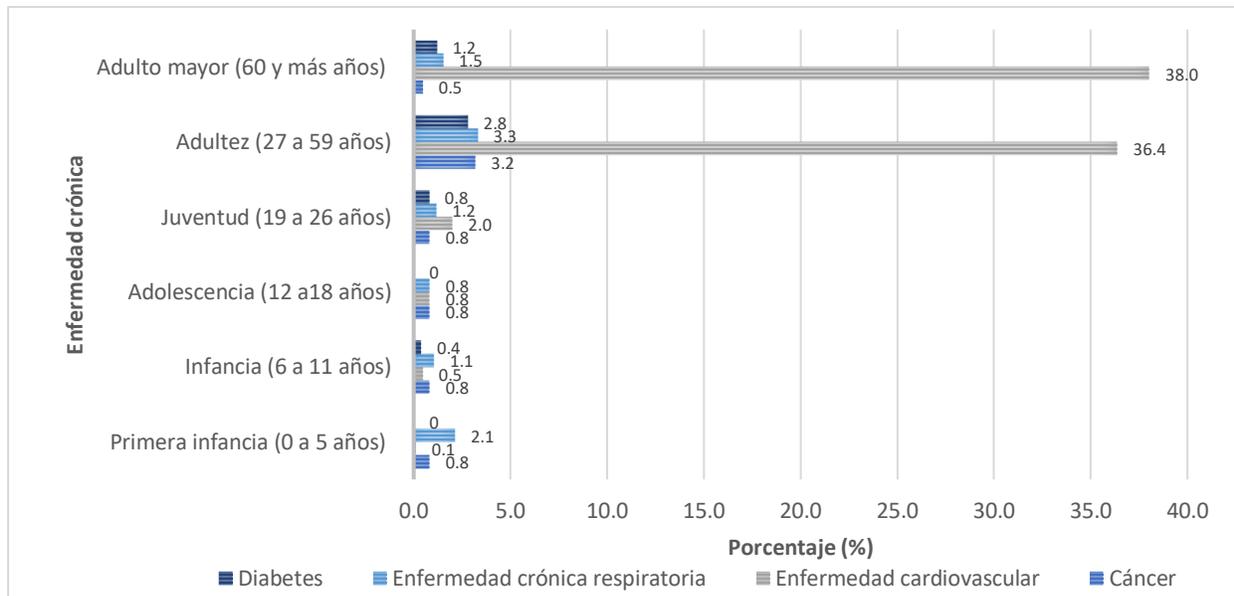
En general, las mujeres consultaron más que los hombres en los cuatro tipos de enfermedades crónicas durante el periodo de estudio, pues por cada hombre atendido, se atendieron 1,68 mujeres aproximadamente, teniendo en cuenta que la población del municipio de Toledo es predominantemente masculina (53,3%).

### 8.1.2. Grupos de edad

**Tabla 3.** Distribución según grupo de edad de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Grupos de edad	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
Primera infancia (0 a 5 años)	26	3,1	7	0,8	1	0,1	18	2,1	0	0
Infancia (6 a 11 años)	23	2,7	7	0,8	4	0,5	9	1,1	3	0,3
Adolescencia (12 a 18 años)	21	2,4	7	0,8	7	0,8	7	0,8	0	0
Juventud (19 a 26 años)	41	4,8	7	0,8	17	2,0	10	1,2	7	0,8
Adulthood (27 a 59 años)	387	45,7	27	3,2	308	36,4	28	3,3	24	2,8
Adulto mayor (60 y más años)	349	41,2	4	0,5	322	38,0	13	1,5	10	1,2
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>7,0</b>	<b>659</b>	<b>77,8</b>	<b>85</b>	<b>10,0</b>	<b>44</b>	<b>5</b>

**Gráfico 1.** Distribución porcentual por grupo de edad de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



En el municipio de Toledo durante el periodo 2015-2019, la población adulta mayor (60 años y más) consultó en mayor medida por enfermedades cardiovasculares que otros grupos poblacionales con el 38% de las consultas, seguido de la población adulta (27 a 59 años) con un 36,4%, sin embargo, en este grupo de edad (adultos), se presentaron un mayor número de consultas relacionadas con Cáncer (3.2%), con enfermedades crónicas respiratorias (3,3%) y Diabetes mellitus (2.8%), en comparación con los adultos mayores donde el número de estas consultas fue menor.

En la primera infancia (0 a 5 años) e infancia (6 a 11 años) se atendieron consultas principalmente por enfermedades crónicas respiratorias, con un 2,1% y 1,1% respectivamente, seguramente representadas por patologías de tipo alérgico de las vías respiratorias como el asma, cuadros de bronquitis y neumonía. La población adolescente (12 a 18 años), como era de esperarse, presentó un reducido número de consultas por las patologías objeto de estudio con un porcentaje aproximado del 0.8, en este grupo de edad no se presentaron consultas por diabetes y en la juventud (19 a 26 años) se presentaron atenciones principalmente por enfermedades cardiovasculares (2,2%),

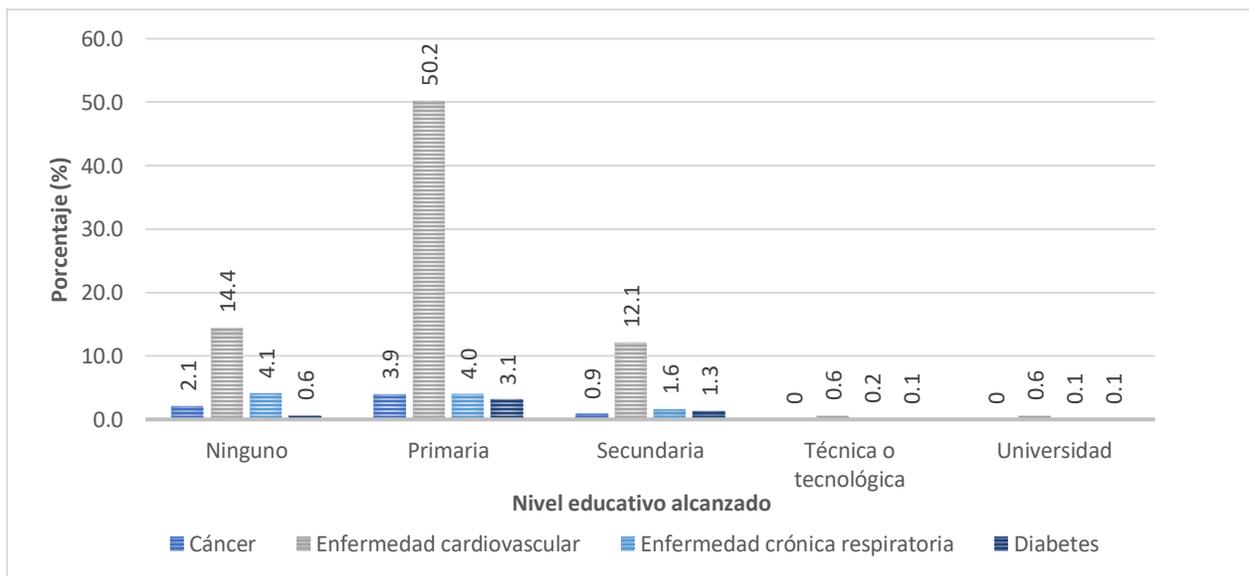
seguimiento de enfermedades crónicas respiratorias (1,2%) y algunas consultas por cáncer y diabetes que no superaron el 0,8% cada una.

8.1.3. Nivel educativo alcanzado

**Tabla 4.** Distribución según nivel educativo alcanzado de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Nivel educativo alcanzado	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	180	21,3	18	2,1	122	14,4	35	4,1	5	0,6
Primaria	518	61,2	33	3,9	425	50,2	34	4,0	26	3,1
Secundaria	134	15,8	8	0,9	102	12,1	13	1,6	11	1,3
Técnica o tecnológica	8	0,9	0	0	5	0,6	2	0,2	1	0,1
Universidad	7	0,8	0	0	5	0,6	1	0,1	1	0,1
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>6,9</b>	<b>659</b>	<b>77,9</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>5,2</b>

**Gráfico 2.** Distribución porcentual según nivel educativo alcanzado de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



Respecto al nivel educativo, se puede observar que durante el periodo de estudio se generaron más atenciones por enfermedades crónicas en personas que alcanzaron la primaria (61,2%) y en personas que no alcanzaron ningún tipo de nivel educativo (21,2%), que en personas que alcanzaron la secundaria (15,9%) y el nivel de educación superior como carreras técnicas o tecnológicas (0,9%) y la universidad (0,8%).

La enfermedad con mayor prevalencia según el nivel educativo es la enfermedad cardiovascular, siendo más frecuente en personas que alcanzaron la primaria con un 50,2%, seguido de personas que no alcanzaron ningún tipo de nivel educativo con el 14,4%, en tercer lugar las personas que alcanzaron la secundaria con un 12,1% y por último, las personas que alcanzaron una carrera técnica o tecnológica y la universidad con el 1,2%.

La enfermedad crónica respiratoria se presenta principalmente en personas que no alcanzaron ningún nivel educativo (4,1%), seguido de personas que alcanzaron sólo la primaria (4%) y en menor porcentaje, en personas que alcanzaron la secundaria (1,6%). La prevalencia de esta enfermedad fue muy baja en personas que alcanzaron niveles de educación superior, pues no superó el 1%.

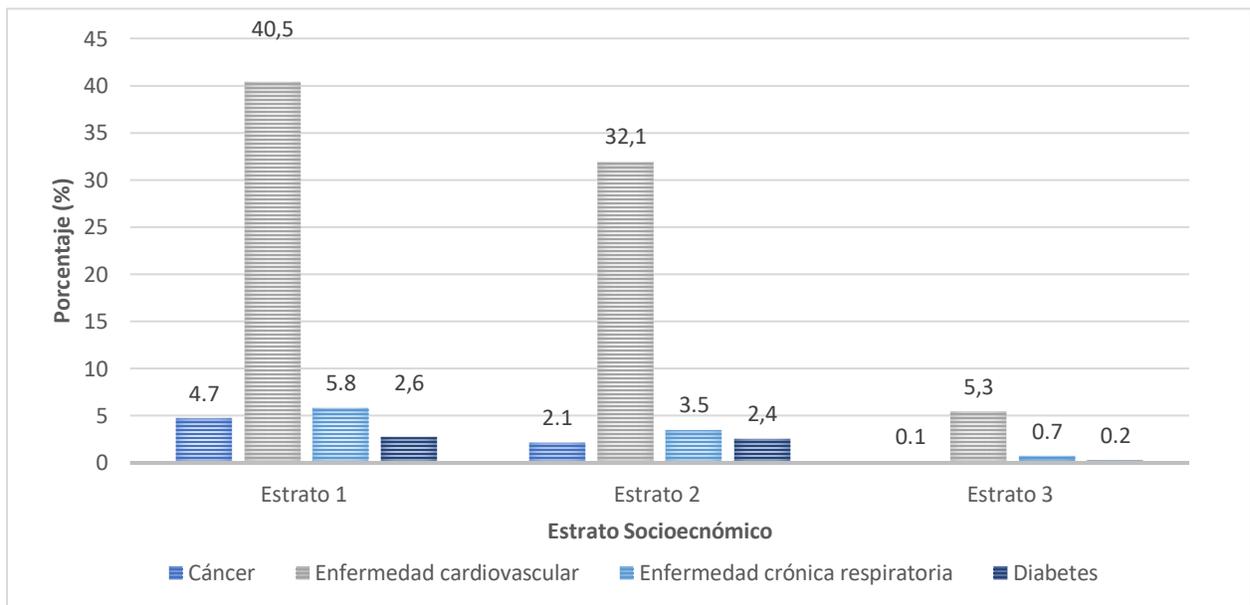
La diabetes generó consultas en personas que alcanzaron la primaria y la secundaria con el 3,1% y 1,3% respectivamente, seguido de personas que no alcanzaron ningún nivel educativo (0,6%) y de personas que alcanzaron carreras técnicas o tecnológicas (0,1%) y la Universidad (0,1%). Por último, el cáncer se presentó en personas que alcanzaron la primaria (3,9%) y la secundaria (0,9%) y en personas que no alcanzaron ningún tipo nivel educativo (2,1%), y no generó consultas en personas que alcanzaron niveles de educación superior.

#### 8.1.4. Estrato socioeconómico

**Tabla 5.** Distribución según estrato socioeconómico de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Estrato socioeconómico	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Estrato 1	454	53,6	40	4,7	343	40,5	49	5,8	22	2,6
Estrato 2	339	40,0	18	2,1	271	32,1	30	3,5	20	2,4
Estrato 3	54	6,4	1,0	0,1	45,0	5,3	6,0	0,7	2	0,2
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>6,9</b>	<b>659,0</b>	<b>77,9</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>5,2</b>

**Gráfico 3.** Distribución porcentual según estrato socioeconómico de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



El 93,7% de las personas que consultaron por enfermedades crónicas en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre, durante el periodo de estudio, pertenecen a los estratos 1 y 2 siendo el estrato 1 el de mayor prevalencia (53,6%).

La enfermedad cardiovascular es la enfermedad con mayor presencia en los tres estratos socioeconómicos, siendo más frecuente en las personas pertenecientes al estrato 1 con el 40,5%, seguido del estrato 2 con el 32,1% y el estrato 3 con el 5,3%.

Las enfermedades crónicas respiratorias tienen mayor prevalencia en el estrato 1 con el 5,8%, seguido del estrato 2 con 3,5% y el estrato 3 con el 0,7% de las consultas respectivamente. En tercer lugar se observa en el estrato 1 el cáncer con el 4,7% del total de consultas por ECNT, pero para los estratos 2 y 3 este tercer lugar lo ocupa la diabetes con el 2,4% y 0,2% respectivamente.

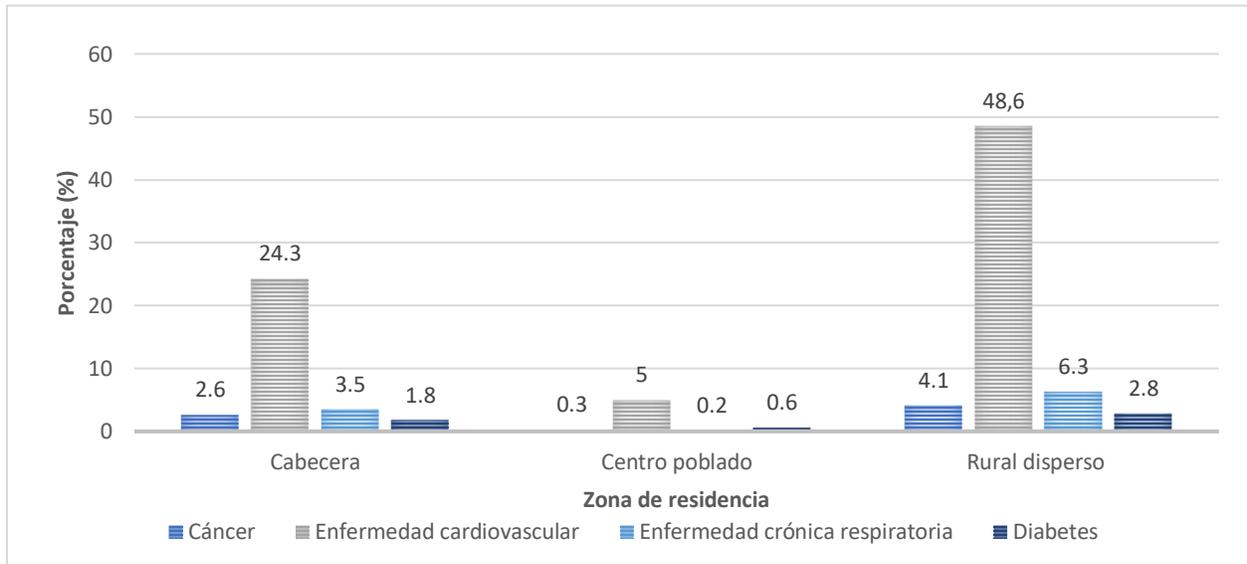
En cuarto y último lugar se observa la diabetes para el estrato 1, con el 2,6%, y para los estratos 2 y 3 se encuentra el cáncer con el 2,1% y 0,1% de las consultas respectivamente.

#### 8.1.5. Zona y lugar de residencia

**Tabla 6.** Distribución según zona y lugar de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Zona de residencia	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cabecera	273	32,2	22	2,6	206	24,3	30	3,5	15	1,8
Centro poblado	52	6,1	3	0,3	42	5	2	0,2	5	0,6
Rural disperso	522	61,6	34	4,1	411	48,6	53	6,3	24	2,8
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>659</b>	<b>77,9</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>5,2</b>

**Gráfico 4.** Distribución porcentual según zona de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



Del total de personas (847) que consultaron por enfermedades crónicas en la E.S.E Pedro Claver Aguirre, durante el periodo de estudio, el 67,8% viven en la zona rural dispersa y centros poblados del municipio y el 32,2% viven en la zona urbana o cabecera municipal.

En la zona rural dispersa se evidencia una alta prevalencia de personas que consultaron por enfermedad cardiovascular (48,6%) y un alto porcentaje de consultas por enfermedades crónicas respiratorias (6,3%), cáncer (4,1%) y diabetes (2,8%) respecto a las personas que viven en otras zonas como la cabecera municipal y centros poblados.

Las personas con enfermedades crónicas que viven en la cabecera municipal consultaron principalmente por enfermedad cardiovascular en un 24,3% del total de atenciones, seguido de consultas por enfermedad crónica respiratoria con 3,5%, cáncer con 2,6% y en menor medida por diabetes con el 1,8%.

Sólo el 6,1% del total de personas atendidas por enfermedad crónica, vive en centros poblados, del cual, el 5% consultó por enfermedad cardiovascular, el 0,6% por diabetes, el 0,3% por cáncer y el 0,2% por algún tipo de enfermedad crónica respiratoria.

**Tabla 7.** Distribución según lugar de residencia de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Vereda/ Corregimiento	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zona Urbana	273	32,2	22	37,3	206	31,3	30	35,3	15	34,1
Barrancas	72	8,5	3	5,1	55	8,3	9	10,6	5	11,4
Helechales	68	8,0	2	3,4	59	9,0	6	7,1	1	2,3
Miraflores	49	5,8	2	3,4	41	6,2	5	5,9	1	2,3
Taque	40	4,7	5	8,5	31	4,7	2	2,4	2	4,5
Biogui	38	4,5	3	5,1	25	3,8	6	7,1	4	9,1
Las margaritas	37	4,4	3	5,1	28	4,2	6	7,1	0	0,0
El naranjo	35	4,1	7	11,9	26	3,9	1	1,2	1	2,3
Paloblanco	33	3,9	1	1,7	29	4,4	1	1,2	2	4,5
La florida	29	3,4	1	1,7	22	3,3	4	4,7	2	4,5
La linda	27	3,2	2	3,4	22	3,3	2	2,4	1	2,3
Santo domingo	16	1,9	0	0,0	14	2,1	2	2,4	0	0
Brugo	16	1,9	1	1,7	12	1,8	2	2,4	1	2,3
Moral-el toro	15	1,8	3	5,1	11	1,7	0	0	1	2,3
Guayabal	14	1,7	1	1,7	9	1,4	3	3,5	1	2,3
Santa María	11	1,3	0	0	10	1,5	1	1,2	0	0
El cántaro	11	1,3	0	0	10	1,5	0	0,0	1	2,3
La Cascarela	7	0,8	0	0	4	0,6	2	2,4	1	2,3
Mena	3	0,4	0	0	2	0,3	1	1,2	0	0
El valle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buenavista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin vereda	53	6,3	3	5,1	43	6,5	2	2,4	5	11,4
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>659</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

El 67,8% (574) de personas que consultaron por enfermedades crónicas en la ESE Hospital Pedro Claver Aguirre, residen en zona rural dispersa o centros poblados y están distribuidas a lo largo de las 18 veredas que conforman el municipio.

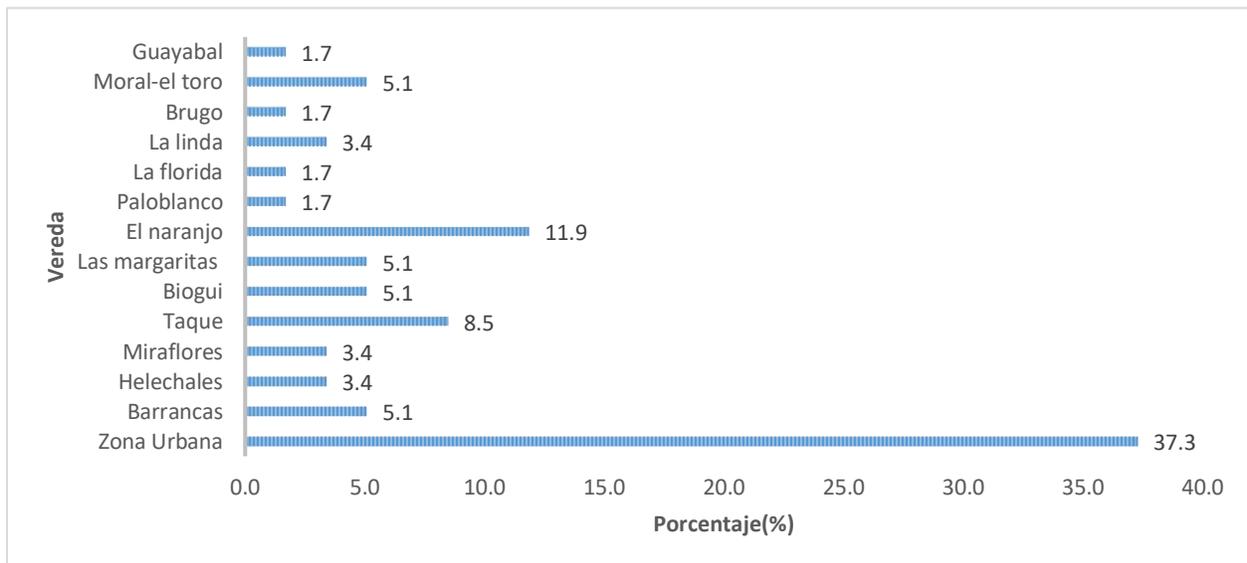
Las cinco veredas con mayor presencia de personas que consultaron por enfermedades crónicas fueron Barrancas con el 8,5% (72), Helechales con el 8% (68), Miraflores con 5,8% (49), Taque con 4,7% (40) y Biogui con el 4,5% (38) del total de

consultas. Las veredas que presentaron menor número de consultas fueron La cascarella y Mena con el 0,8% (7) y 0,4% (3) respectivamente.

El 6,3% (53) del total de personas atendidas por ECNT que viven en la zona rural dispersa o centros poblados del municipio no registran la vereda a la cual pertenecen.

8.1.5.1. Lugar de residencia de las personas atendidas por cáncer

**Gráfico 5.** Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por cáncer en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

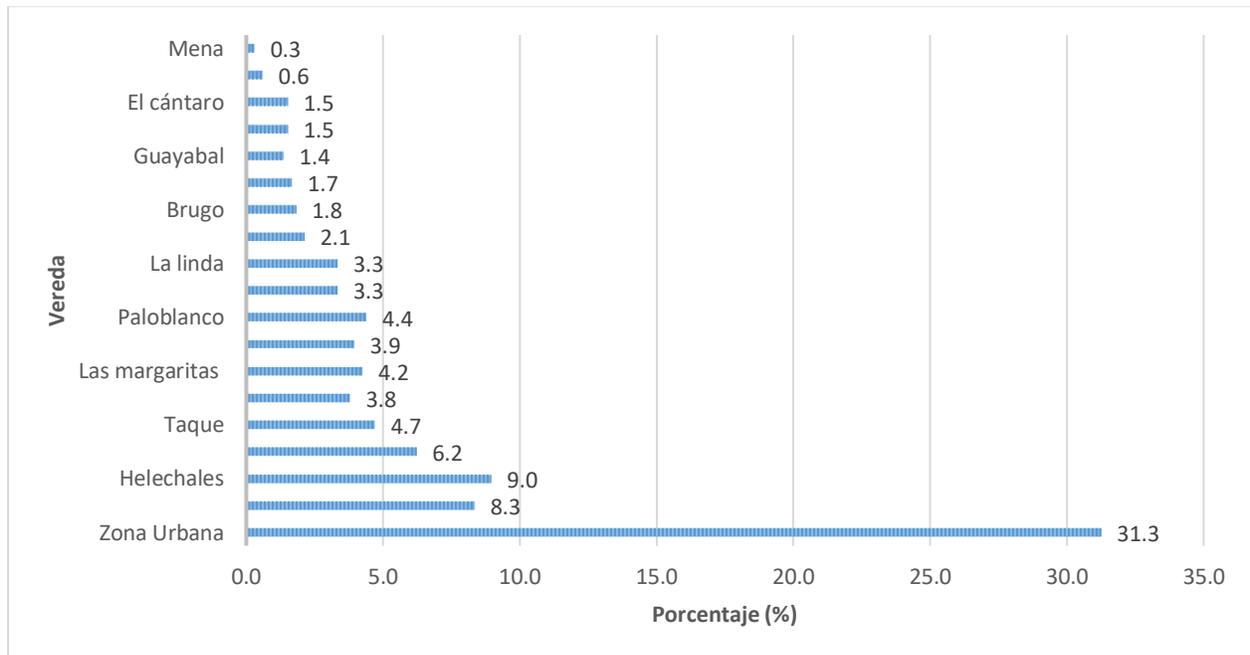


De las 59 personas que consultaron por cáncer durante el periodo 2015-2019, el 37,3% (22) viven en la zona urbana y el 62,7% (37) viven en la zona rural dispersa y centros poblados del municipio así: en la vereda El Naranjo residen el 11,9% (7) de las personas con cáncer, seguido de Taque con el 8,5% (5), las veredas Barrancas, Biogui, las Margaritas y Moral-El toro con 5,1% (3) cada una, Helechales, Miraflores y La linda con 3,4% (2) cada una, y Paloblanco, La florida, Brugo y Guayabal con el 1,7% (1) cada una.

En las veredas Santa María, El cántaro, La cascarella y Mena no se presentaron consultas por cáncer y el 5,1% (3) de las personas que poseen este diagnóstico no registraron la vereda a la que pertenecen.

8.1.5.2. Lugar de residencia de las personas atendidas por enfermedad cardiovascular

**Gráfico 6.** Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por enfermedades cardiovasculares en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



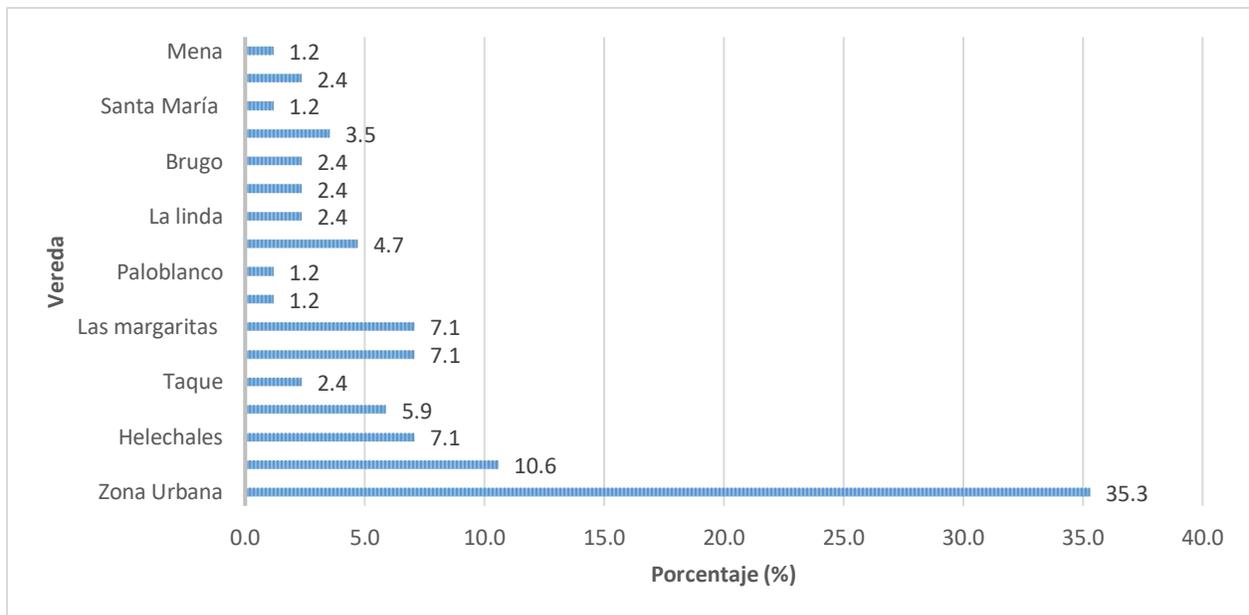
De las 659 personas que consultaron por enfermedad cardiovascular en la E.S.E Pedro Claver Aguirre, durante el periodo de estudio, el 31,3% (206) viven en la zona urbana o cabecera municipal y el 68,7% (453) viven en la zona rural dispersa y centros poblados del municipio.

Las principales veredas dónde residen las personas que consultaron por enfermedad cardiovascular son Helechales con el 9% (59), seguido de Barrancas con 8,3% (55), Miraflores con el 6,2% (41), Taque con 4,7% (31), Paloblanco con 4,4% (29) y Las margaritas con 4,2% (28). El resto de las veredas presentaron porcentajes de consulta por debajo del 4%.

El 6,5% (43) de las personas que consultaron por enfermedad cardiovascular no registran la vereda donde residen.

8.1.5.3. Lugar de residencia de las personas atendidas por enfermedades crónicas respiratorias

**Gráfico 7.** Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por enfermedades crónicas respiratorias en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



En la E.S.E Pedro Claver Aguirre durante el periodo 2015-2019, 85 personas consultaron por algún tipo de enfermedad crónica respiratoria, de las cuales, el 35,3%

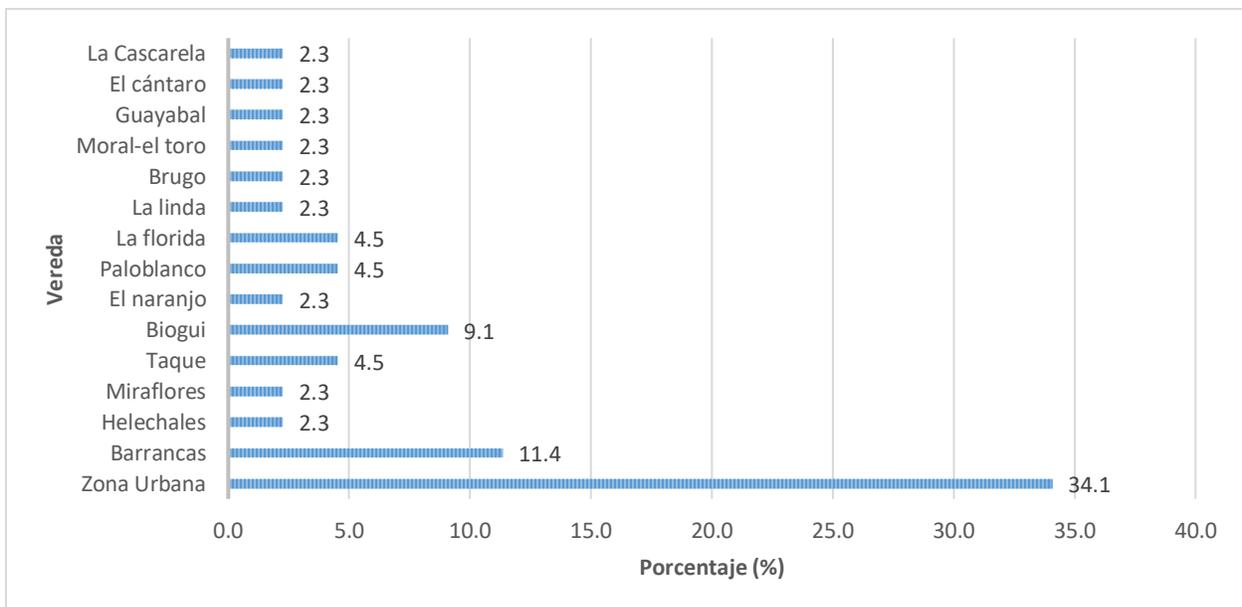
(30) viven en la zona urbana del municipio de Toledo y el 64,7% (55) en la zona rural dispersa o centros poblados, distribuidos de la siguiente manera:

La vereda con mayor prevalencia de personas con esta enfermedad fue Barrancas con 10,6% (9), seguido de las veredas Helechales, Las margaritas y Biogui con el 7,1% (6) cada una, Miraflores con el 5,9% (5), La florida con el 4,7% (4), Guayabal con el 3,5% (3), Taque, La linda, Santo Domingo, Brugo y La cascarela con el 2,4% (2) cada una y por último El naranjo, Paloblanco, Santa María y Mena con el 1,2% (1) cada una. En las veredas Moral-el toro y El cántaro no se presentaron consultas por enfermedades crónicas respiratorias.

El 2.5% de las personas con enfermedades crónicas respiratorias no registran la vereda a la cual pertenecen.

8.1.5.4. Lugar de residencia de las personas atendidas por diabetes

**Gráfico 8.** Distribución porcentual según lugar de residencia de las personas que consultaron por diabetes en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.



De las 44 personas que consultaron por diabetes en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre, el 34,1% (15) viven en la zona urbana o cabecera municipal y el 65,9% (29) viven en la zona rural dispersa o centros poblados del municipio así:

En Barrancas reside el 11,4% (5) de las personas con diabetes, seguido de Biogui con el 9,1% (4), La florida, Paloblanco y Taque con el 4,5% (2) cada una y las veredas Helechales, Miraflores, El naranjo, La linda, Brugo, Moral-el toro, Guayabal, El cántaro y La cascarela con el 2,3% (1) cada una. En las veredas Las margaritas, Santo Domingo, Santa María y Mena no se presentaron consultas por diagnóstico de diabetes.

El 11,4% de las personas con diabetes que residen en la zona rural dispersa o centros poblados del municipio no registraron la vereda a la cual pertenece.

#### 8.1.6. Actividad económica y aseguramiento en salud

**Tabla 8.** Distribución según actividad económica y tipo de usuario de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Actividad económica	Tipo de usuario									
	Población Total		Contributivo		Subsidiado		Vinculado		Otro	
	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%
Sin actividad	103	12,2	12	1,4	89	10,5	0	0	2	0,2
Trabajando	264	31,2	57	6,7	193	22,8	1	0,1	13	1,5
Buscando trabajo	16	1,89	8	0,9	8	0,9	0	0	0	0
Estudiando	40	4,7	7	0,8	33	3,9	0	0	0	0
Oficios del hogar	423	49,9	39	4,6	381	45	1	0,1	2	0,2
Jubilado-Pensionado	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>14,6</b>	<b>704</b>	<b>83,1</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>17</b>	<b>2</b>

El 83,1% del total de personas atendidas por enfermedad crónica en la E.S.E Pedro Claver Aguirre entre los años 2015 y 2019, pertenecen al régimen subsidiado, el 14.6%

al régimen contributivo, el 2% tienen otro tipo de afiliación y el 0,2% no se encuentran afiliados al SGSSS.

El 49,9% de la población atendida por enfermedades crónicas en el municipio se dedica principalmente a oficios del hogar, del cual, el 45% pertenece al régimen subsidiado, el 4,6% al régimen contributivo, el 0,2% fue atendido con otra forma de pago y el 0,1% es vinculado.

Las personas con enfermedades crónicas que se encuentran trabajando ocupan el segundo lugar con un 31,2%, del cual, el 22,8% corresponde al régimen subsidiado, el 6,7% al régimen contributivo, el 1,5% fueron atendidos con otra forma de pago y el 0,1% no tiene ningún tipo de afiliación al SGSSS.

En tercer lugar están las personas que no realizan ninguna actividad económica, conformando el 12,2% del total de personas atendidas por ECNT, de las cuales, el 10,5% pertenece al régimen subsidiado, el 1,4% al régimen contributivo, el 0,2% acceden al sistema de salud con otra forma de pago y ninguno hace parte de la población vinculada.

Las personas que se encuentran estudiando ocupan el 4,7%, el 3,9% se encuentran en el régimen subsidiado y el 0,8% en el régimen contributivo.

Las personas que se encuentran buscando trabajo y tienen algún tipo de enfermedad crónica representan el 1,8%, del cual el 0,9% pertenecen al régimen subsidiado y el otro 0,9% al régimen contributivo.

Del total (847) de personas que consultaron por enfermedades crónicas sólo una es jubilada o pensionada y pertenece al régimen contributivo.

## **8.2. Características de morbilidad**

### **8.2.1. Descripción de la enfermedad**

**Tabla 9.** Distribución según tipo de afiliación al SGSSS de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Tipo de usuario	Enfermedad crónica									
	Población Total		Cáncer		Cardiovascular		Respiratoria		Diabetes	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Contributivo	124	14,6	11	1,3	81	9,6	23	2,7	9	1,1
Subsidiado	704	83,1	48	5,7	565	66,7	58	6,8	33	3,9
Vinculado	2	0,2	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1
Otro	17	2	-	-	12	1,4	4	0,5	1	0,1
<b>Total</b>	<b>847</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>659</b>	<b>77,8</b>	<b>85</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>5,2</b>

La enfermedad con mayor prevalencia entre la población atendida es la enfermedad cardiovascular, la cual representa el 77,8% del total de personas atendidas por ECNT, donde el 66,7% corresponde al régimen subsidiado, el 9,6% al régimen contributivo, el 1,4% acceden al SGSSS con otras formas de pago y el 0,1% no tiene ningún tipo de afiliación.

En el caso de las enfermedades crónicas respiratorias que ocupan el 10% de las personas atendidas por ECNT, el 6,8% pertenece al régimen subsidiado, el 2,7% al régimen contributivo y el 0,5% acceden al SGSSS con otra forma de pago.

En tercer lugar se encuentra el cáncer con el 7% del total de personas que consultaron por enfermedades crónicas, del cual, el 5,7% pertenece al régimen subsidiado y el 1,3% al régimen contributivo.

La diabetes por su parte representa el 5,2% del total de personas con ECNT, donde 3,9% corresponden al régimen subsidiado, el 1,1% al régimen contributivo, el 0,1% tienen otro tipo de afiliación y el 0,1% se encuentra vinculado.

**Tabla 10.** Distribución según tipo de cáncer de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

<b>Tipo de cáncer</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Lesión en sitios contiguos de la piel	17	28,8
Lesión de sitios contiguos del ojo y sus anexos	12	20,3
Lesión de sitios contiguos de la boca	4	6,8
Lesión en sitios contiguos del labio	2	3,4
Lesión de sitios contiguos de la mama	2	3,4
Tumor maligno del endocérvix	2	3,4
Tumor maligno de la glándula tiroides	2	3,4
Melanoma maligno de piel	1	1,7
Tumor maligno de piel	1	1,7
Lesión de sitios contiguos de la lengua	1	1,7
Lesión de sitios contiguos de la orofaringe	1	1,7
Tumor maligno de la piel del labio	1	1,7
Tumor maligno de lengua	1	1,7
Tumor maligno de la mama	1	1,7
Tumor maligno del exocérvix	1	1,7
Lesión de sitios contiguos del cuello del útero	1	1,7
Tumor maligno en cuello del útero	1	1,7
Lesión de sitios contiguos del cuerpo del útero	1	1,7
Tumor maligno de estomago	1	1,7
Tumor maligno de apéndice	1	1,7
Tumor maligno de colon	1	1,7
Mesotelioma	1	1,7
Lesión de sitios contiguos del pene	1	1,7
Linfoma de Hodking	1	1,7
Lesión de sitios contiguos al hueso	1	1,7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Entre las 59 personas que consultaron por cáncer en la E.S.E Pedro Claver Aguirre, durante el periodo 2015-2019, se encontraron 25 diferentes tipos de cáncer, los más comunes fueron la lesión en sitios contiguos de la piel con un 28,8% de las consultas, la lesión en sitios contiguos del ojo y sus anexos con un 20,3%, y la lesión en sitios contiguos de la boca y del labio con un 10,2%, seguido de las lesiones en sitios contiguos de la mama (3,4%) y tumores malignos en endocérvix (3,4%) y en tiroides (3,4%).

El resto de los diagnósticos oncológicos representaron el 1,7% respectivamente, sin embargo, se puede observar que dentro de los diferentes tipos de cáncer presentados

en la población, algunos están relacionados con los mismos sistemas u órganos del cuerpo así:

Los diagnósticos de cáncer relacionados con la piel representan el 32,2% de las consultas por esta enfermedad, dentro de estos se encuentran la lesión en sitios contiguos de la piel (28,8%), melanoma maligno de piel (1,7%) y tumor maligno de piel (1,7%).

Los casos de cáncer relacionados con el sistema digestivo ocuparon el 22,1% de las consultas, en estos se encuentran lesiones en sitios contiguos de la boca (6,8%), del labio (3,4%), de la lengua (1,7%) y de la orofaringe (1,7%), pero también, se encuentran el tumor maligno de la piel del labio (1,7%), de la lengua (1,7%), del estómago (1,7%), del colon (1,7%) y del apéndice (1,7%).

Por último, se pueden observar varios diagnósticos de cáncer relacionados con el sistema reproductor femenino y las mamas, los cuales ocupan el 15,3% de la siguiente manera: lesión de sitios contiguos de la mama el 3,4%, tumor maligno de endocérvix el 3,4%, tumor maligno de la mama, del exocérvix y del cuello de útero el 1,7% cada uno, y las lesiones en sitios contiguos del cuello del útero y del cuerpo del útero el 1,7% cada uno.

**Tabla 11.** Distribución según tipo de enfermedad cardiovascular de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

<b>Tipo de enfermedad cardiovascular</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión esencial (primaria)	635	96,3
Enfermedad cerebrovascular	5	0,7
Infarto agudo de miocardio	3	0,4
Insuficiencia cardiaca congestiva	3	0,4
Secuelas de la enfermedad cerebrovascular	3	0,4
Angina Inestable	2	0,3
Angina de pecho, no especificada	2	0,3
Hipertensión secundaria	1	0,2
Cardiomiopatía isquémica	1	0,2
Insuficiencia cardiaca no especificada	1	0,2
Oclusión y estenosis de arterial vertebral	1	0,2
Aneurisma cerebral	1	0,2
Encefalopatía hipertensiva	1	0,2
<b>Total</b>	<b>659</b>	<b>100</b>

El 96,3% (635) de las personas que consultaron por enfermedades cardiovasculares en la E.S.E Pedro Claver Aguirre, durante el periodo de estudio, lo hicieron por Hipertensión esencial (primaria) y el 3,7% restante, consultaron por otros tipos de enfermedades cardiovasculares como la enfermedad cerebrovascular en un 0,7% (5), el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca congestiva y las secuelas de la enfermedad cerebrovascular en un 0,4% (3) cada una, por angina inestable y angina de pecho en un 0,3% (2) cada una, y por hipertensión secundaria, cardiomiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, oclusión y estenosis arterial, aneurisma cerebral y encefalopatía hipertensiva las personas consultaron en un 0,2% (1) respectivamente.

**Tabla 12.** Distribución según tipo de enfermedad crónica respiratoria de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

<b>Tipo de enfermedad crónica respiratoria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Asma, no especificada	37	43,5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15	17,6
Asma predominantemente alérgica	9	10,6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores	5	5,9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda	5	5,9
Asma no alérgica	5	5,9
Estado asmático	2	2,3
Bronquitis crónica simple	2	2,3
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas	2	2,3
Bronquitis, no especificada como aguda o crónica	1	1,2
Bronquitis crónica mixta simple y mucopurulenta	1	1,2
Enfisema, no especificado	1	1,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

De las 85 personas que consultaron por enfermedades crónicas respiratorias durante el periodo 2015-2019, el 62,3% (53) consultaron por diagnósticos relacionados al Asma, el 31,7% (27) lo hizo por diagnósticos relacionados a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 4,7% (4) consultó por diagnósticos relacionados a la bronquitis y el 1,2% (1) por enfisema no especificado.

**Tabla 13.** Distribución según tipo de diabetes de la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

<b>Tipo de diabetes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes mellitus no insulino dependiente	20	45,5
Diabetes mellitus, no especificada	15	34
Diabetes mellitus insulino dependiente	7	15,9
Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones	1	2,3
Diabetes mellitus no especificada con coma	1	2,3
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

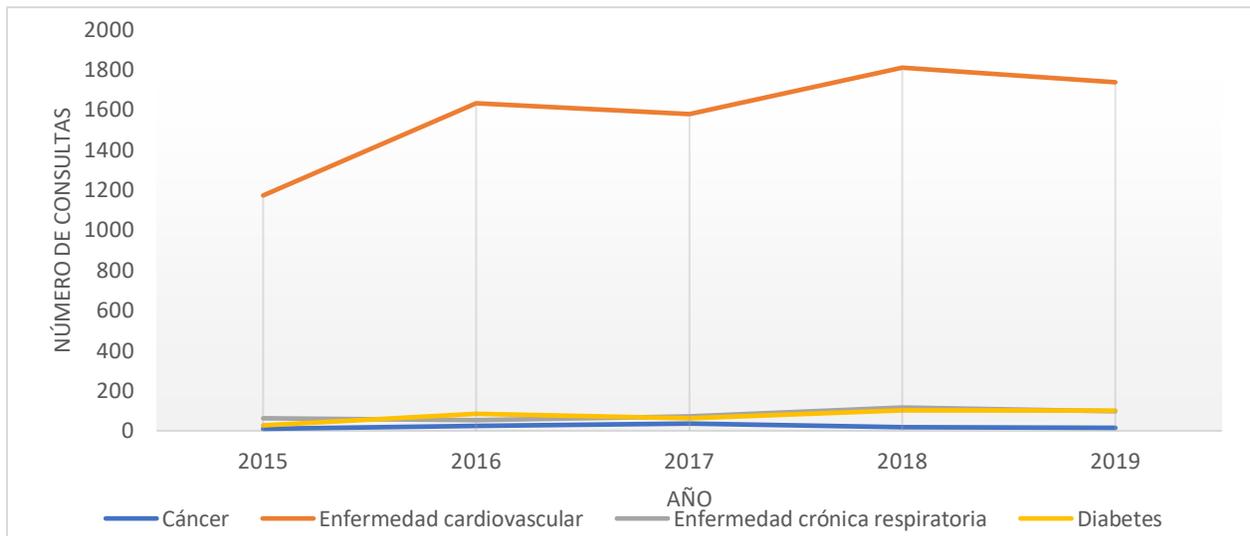
El tipo de diabetes más común presentado en la población atendida por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre, entre los años 2015-2019, fue la diabetes mellitus no insulino dependiente con el 45,5% de las consultas, seguida de la diabetes mellitus no especificada con el 34%, la diabetes mellitus insulino dependiente con el 15,9%, y la diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones y diabetes mellitus no especificada con coma con el 2,3% de las consultas cada una.

### 8.2.2. Número de consultas por año

**Tabla 14.** Número de consultas anuales por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019.

Enfermedad crónica	Número de consultas por año												
	Población total		2015		2016		2017		2018		2019		
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	
Cáncer	103	1,2	10	0,1	23	0,3	36	0,4	19	0,2	15	0,2	
Cardiovascular	Hipertensión	7819	88,8	1163	13,2	1610	18,3	1564	17,8	1775	20,1	1707	19,4
	Otros	111	1,3	10	0,1	21	0,2	14	0,2	35	0,4	31	0,4
Respiratoria	400	4,5	62	0,7	53	0,6	72	0,8	116	1,3	97	1,1	
Diabetes	376	4,3	27	0,3	85	1,0	62	0,7	102	1,2	100	1,1	
<b>Total</b>	<b>8809</b>	<b>100</b>	<b>1272</b>	<b>14,4</b>	<b>1792</b>	<b>20,3</b>	<b>1748</b>	<b>19,8</b>	<b>2047</b>	<b>23,2</b>	<b>1950</b>	<b>22,1</b>	

**Gráfico 9.** Número de consultas anuales por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre durante los años 2015-2019



Las 847 personas atendidas por enfermedad crónica en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre entre los años 2015 y 2019, generaron en la institución 8809 consultas, es decir, que cada persona consultó 10,4 veces en cinco años aproximadamente.

El año en que más se presentaron consultas por enfermedades crónicas fue en el 2018 con un total de 2047 consultas por ECNT.

La enfermedad que ocupó el mayor número de consultas durante el periodo de estudio fue la hipertensión, perteneciente a las enfermedades cardiovasculares, con un 88,8% correspondiente a 7819 consultas, seguido de las enfermedades crónicas respiratorias con un 4,5% (400), la diabetes con 4,3% (376), otros tipos de enfermedades cardiovasculares con el 1,3% (111), y el menor número de consultas lo generó el cáncer con el 1,2% (103).

## 9. Discusión

El presente estudio, se elaboró con el objetivo de caracterizar a la población atendida por enfermedades crónicas no transmisibles en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes del municipio de Toledo- Antioquia, en el periodo 2015-2019, de acuerdo con sus características sociodemográficas y de morbilidad.

Los resultados evidenciados dan cuenta de que las enfermedades crónicas en el municipio de Toledo afectan más a la población femenina, se presentan en todos los grupos de edad con mayor presencia en personas adultas (27 a 59 años) pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, que viven en zonas rurales dispersas, que tienen bajos niveles de educación y que se dedican principalmente a los oficios del hogar, comúnmente no remunerados. Por otro lado, la mayoría (83,1%) de las personas consultantes por enfermedad crónica en el municipio pertenecen al régimen subsidiado, a pesar de que una buena parte (22,8%) de esta población se encuentra trabajando.

Según la OMS, las enfermedades crónicas no trasmisibles afectan más a la población socialmente desfavorecida, es decir, aquella que tiene menos educación, menos ingresos y menos apoyo social, esto coincide con el estudio al evidenciar que las ECNT, en el municipio de Toledo, fueron más predominantes en personas de estratos 1 y 2, que solo alcanzaron el nivel primario de educación y que viven en zonas rurales del municipio (86). Así mismo, la OMS refiere que las ECNT se asocian predominantemente a los grupos de edad más avanzados, en esto difiere el estudio pues el grupo que más consultó por este tipo de enfermedades fueron los adultos de 27 a 59 años, con un 45,5% del total de consultas (2).

En el municipio de Toledo, para el año 2011, se realizó una caracterización sociodemográfica de los usuarios mayores de 15 años de la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes, este estudio reveló que la mayoría de los usuarios de la E.S.E eran del género femenino, vivían en la zona rural del municipio y pertenecían al régimen subsidiado, estas características coinciden con las encontradas en el presente estudio,

pues en esta institución las mujeres consultaron un 25% más que los hombres por enfermedad crónica, el 83,1% de la población atendida pertenecen al régimen subsidiado y el 67,8% vive en zona rural del municipio, este último dato concuerda, a su vez, con el último Análisis de Situación en Salud realizado en Toledo en el año 2019, dónde se muestra que el municipio está conformado por una población concentrada principalmente en la zona rural dispersa del municipio, pues allí residen el 84,8% de sus habitantes (19)(65).

El Análisis de Situación en Salud de Toledo también refleja que la mayoría de la población tiene entre 27 y 59 años, lo que explicaría porque el número de consultas por enfermedades crónicas en el municipio se concentra en este grupo de edad, por otro lado, el ASIS también describe que la población está conformada principalmente por hombres con una razón de 114 hombres por cada 100 mujeres, sin embargo, al momento de las consultas por enfermedad crónica, se atendieron 168 mujeres aproximadamente por cada 100 hombres atendidos, lo que cual indica que así la población sea predominantemente masculina, estas enfermedades afectan más a las mujeres (19).

Las principales causas de morbilidad en el municipio de Toledo entre los años 2009-2018 fueron las enfermedades no transmisibles en ambos sexos, lo cual explica las miles de consultas al año en la E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre por este tipo de enfermedades (19).

Por otro lado, en un estudio realizado en la Universidad San Buenaventura, sede Bogotá, se identificaron las diferencias y relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, en la ciudad de Medellín, sus resultados revelan un predominio de la enfermedad en el género femenino, en personas con estrato socioeconómico entre bajo y medio-bajo (1 y 2) y en personas que se dedican a los oficios del hogar, estos resultados son similares a los del presente estudio, pues por cada hombre atendido se atendieron 1,68 mujeres aproximadamente, el 93,6% de las personas consultantes pertenecen a los estratos 1 y 2 y en cuanto a ocupación, la mayoría (49,9%) se dedican a oficios del hogar teniendo una fuerte coincidencia con el estudio mencionado, sin embargo, en el estudio realizado en la ciudad de Medellín, se observa que la mayoría de los participantes alcanzaron la

secundaria, mientras que en Toledo la mayoría (61,2%) de los pacientes sólo alcanzaron a cursar la primaria y algo similar pasa con la población jubilada, pues en el estudio de la Universidad San Buenaventura la población es predominantemente jubilada o pensionada, mientras que en el municipio de Toledo esta población sólo representa el 0,1% (66).

En el 2007 se realizó una investigación sobre la fortaleza de los pacientes con enfermedades crónicas, con el fin de determinar el grado de correlación entre los niveles de fortaleza para la salud y de ansiedad- riesgo, en esta investigación se reflejan las características sociodemográficas de sexo y nivel educativo de esta población, dando cuenta de que estas enfermedades crónicas predominan en la población femenina y en personas que sólo alcanzaron la primaria, coincidiendo a la perfección con el presente estudio (64).

En el año 2015, en la Universidad Federal de Santa Catarina, en Brasil, se realizó un estudio que determinó los factores sociodemográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas, en este estudio se observa que el 81,8% de los participantes fueron mujeres, la mayoría (58,7%) de personas eran mayores de 60 años, el 51,7% alcanzó sólo a cursar la primaria y el 58,8% eran jubilados. Estos resultados concuerdan con las variables de sexo y nivel educativo, pues como se ha mencionado antes, la mayoría de personas consultantes fueron mujeres y alcanzaron sólo el nivel primario de educación, pero difiere con las variables de edad y ocupación, pues en el estudio realizado en el municipio de Toledo, el grupo de edad predominante para esta enfermedades oscila entre 27 y 59 años y la ocupación más común entre la población son los oficios del hogar (67).

En términos generales, la mayor parte de los estudios colombianos sobre enfermedades crónicas se han efectuado en pacientes adultos, con un gran vacío en lo referente a estudios con niños y adolescentes (87), por lo que este estudio genera un gran aporte a la identificación de riesgos en estos grupos de edad y refleja que este tipo de enfermedades se comporta totalmente diferente en ellos, pues las enfermedades más predominantes fueron las enfermedades crónicas respiratorias que tuvieron poca prevalencia en edades adultas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en el territorio por grupo de enfermedad son: el cáncer relacionado con la piel, la hipertensión esencial primaria, el asma y la diabetes mellitus no insulino dependiente, generando miles de consultas al año que desbordan la cápita de la E.S.E de primer nivel de atención.

A nivel mundial, según la Cancer Journal for Clinicians, los tipos de cáncer más comunes en el año 2020 fueron el cáncer de mama, el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal, el cáncer de próstata y el cáncer de estómago, lo cual se diferencia de los tipos de cáncer más diagnosticados en el municipio de Toledo, pues si bien se presentaron algunos casos, el principal cáncer encontrado está relacionado con lesiones de piel, seguido de lesiones en ojo, boca y labio (88).

Para Colombia, según la Cuenta de Alto Costo en el año 2018, el tipo de cáncer más frecuente entre la población atendida en el sistema de salud fue el relacionado con la piel, concordando con el resultado del presente estudio, pero también, refiere que la mayor parte (67%) de los casos de cáncer reportados se encuentran afiliados al régimen contributivo, diferenciándose del municipio de Toledo dónde el 81,3% de la población atendida por esta enfermedad pertenece al régimen subsidiado (89).

Por otro lado, en este mismo informe se evidenció que en Colombia, el cáncer afectó más a mujeres con una edad media de 59 años y a hombres con una edad media de 63 años, esto tiene cierta similitud con la presente investigación, pues los grupos de edad donde más se presentaron casos de esta enfermedad fueron en la adultez (27 a 59 años) y en los adultos mayores (60 años y más) (89).

Respecto a la hipertensión arterial, la cual fue la enfermedad crónica más común dentro de la población atendida, la Cuenta de Alto Costo en su libro *“Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia 2019”*, evidencia que esta patología afecta más a las mujeres (58,9%) y al grupo de edad comprendido entre los 50 y 75 años, coincidiendo con la información obtenida para el municipio de Toledo, pues la población más afectada fue la femenina con un 49,9% y el grupo de edad dónde más se presentó esta enfermedad fue en la adultez (27 a 59 años) y en adultos mayores (60 años y más). Así mismo, este libro refleja que el 77,8% de los casos reportados pertenecen al régimen contributivo, en lo cual difiere del municipio de

Toledo pues el 86% de la población que consultó por esta patología pertenece al régimen subsidiado (90).

Para la diabetes mellitus, este mismo libro reporta que las mujeres se vieron afectadas en un 56,6% por esta enfermedad y que el 80,4% de los diagnosticados tenían entre 50 y 75 años, sin embargo fue más prevalente en personas de 60 a 64 años. Estos datos concuerdan con los encontrados en el municipio de Toledo para la variable sexo, pues el 65,9% de la población que consultó por diabetes eran mujeres, pero se diferencia en la variable de edad pues las personas que más consultaron por esta patología se encuentran entre 27 y 59 años. El 80,4% de la población que se encuentra diagnosticada con diabetes mellitus en el país pertenecen al régimen contributivo, mientras que en el municipio de Toledo el 75% de personas que padecen esta enfermedad pertenecen al régimen subsidiado (90).

En cuanto a las enfermedades crónicas respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la principal causa de consultas en el país, seguida del asma con 1 de cada 8 colombianos diagnosticados, sin embargo, para el municipio de Toledo es al contrario, el principal motivo de consulta por esta enfermedad fue el asma con el 43,5% de las consultas, seguido del EPOC con el 17.6% (91).

Tener identificados los pacientes crónicos en el municipio de Toledo por diagnóstico, características propias y lugar de residencia, permitirá que la administración municipal y el Hospital Pedro Claver Aguirre, generen acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como respuesta clave a estos trastornos crónicos, con el fin de reducir los factores de riesgo asociados e impulsar la generación de políticas de interés en salud pública.

Los hallazgos encontrados en esta investigación reflejan, además, la necesidad de un abordaje integral de las enfermedades crónicas que hace imprescindible la inversión en una mejor gestión de las ECNT, que más allá de la detección, cuidado y tratamiento, implica inversión en acciones esenciales desde la atención primaria que refuerce la detección temprana y el tratamiento a tiempo, pero también que promueva y garantice el

fomento y adopción de hábitos saludables, esto con el aporte conjunto de profesionales, instituciones estatales y sociosanitarias, pacientes y su entorno familiar.

Por último, es importante reconocer que esta investigación tuvo algunos limitantes, uno de ellos fue la identificación de pacientes fallecidos al momento de consolidar la base de datos, pues si bien se hizo una verificación en bases de datos oficiales como ADRES Y SISBEN, la información pudo ser más confiable con la base de datos de defunciones del municipio, la cual no se pudo obtener. Por otro lado, la información recopilada data hasta el año 2019, por lo cual al momento de entrega de este estudio la información obtenida se podría considerar desactualizada para la implementación de estrategias de promoción y prevención en el territorio.

## 10. Conclusiones

- Las enfermedades crónicas afectan más a la población socialmente desfavorecida, es decir, aquella que tiene menos educación, menos ingresos y menos apoyo social.
- El grupo de edad más afectado por las ECNT en el municipio de Toledo fue el comprendido entre los 27 a 59 años.
- Las mujeres fueron la población más afectada por las enfermedades crónicas en el municipio de Toledo, Antioquia.
- La enfermedad crónica no trasmisible que generó más consultas durante el periodo de estudio fue la enfermedad cardiovascular, principalmente la hipertensión esencial primaria.
- Las ECNT en el municipio de Toledo se presentan principalmente en personas de estratos 1 y 2.
- La mayoría de los pacientes que consultaron por ECNT en el municipio de Toledo, viven en la zona rural dispersa y centros poblados del municipio.
- Las ECNT afectan principalmente a pacientes que tienen que alcanzaron niveles básicos de educación.
- Es necesario aplicar un enfoque integral a las enfermedades crónicas y focalizar políticas de promoción y prevención a nivel municipal y departamental que permitan que todos los sectores colaboren para reducir los riesgos asociados a este tipo de enfermedades.

## Referencias

1. OPS. Condiciones crónicas y enfermedades debidas a causas externas [Internet]. [cited 2021 Jan 12]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=316&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=316&lang=es)
2. OMS. Enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Ardila E. Las enfermedades crónicas. Biomedica [Internet]. 2018 May [cited 2020 Mar 12];38:5–6. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016>
4. Vinaccia S, Orozco LM. La calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspect en Psicol [Internet]. 2005 [cited 2020 Dec 3];1(2):125–37. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v1n2/v1n2a02.pdf>
5. Castiglione MS. Las enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Direito Sanitário [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 3];15(2):66. Disponible en: [https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:V1fbvOTY4UAJ:scholar.google.com/+enfermedades+cronicas&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:V1fbvOTY4UAJ:scholar.google.com/+enfermedades+cronicas&hl=es&as_sdt=0,5)
6. ONU. ODS 3. Salud y bienestar [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 21]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. OMS. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cited 2020 Jun 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
8. Los pulmones, el corazón, el cerebro y más: cómo el coronavirus ataca el cuerpo [Internet]. [cited 2020 Jun 20]. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2020/como->

- afecta-el-coronavirus-al-cuerpo.html
9. Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Guía Para La Caracterización De Usuarios De Las Entidades Públicas [Internet]. Bogotá, Colombia; 2011 [cited 2020 May 3]. Disponible en: [https://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/articles-8536\\_recurso\\_1.pdf](https://estrategia.gobiernoenlinea.gov.co/623/articles-8536_recurso_1.pdf)
  10. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
  11. Organización Mundial de la Salud. Las inequidades provocan una enorme mortandad, según el informe de una Comisión de la OMS [Internet]. 2008 [cited 2020 Mar 5]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/es/>
  12. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1499 de 2017 [Internet]. Función Pública Colombia; 2017 p. 1–8. Disponible en: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=83433](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=83433)
  13. Ministerio de Salud y Protección Social. Caracterización poblacional [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 3]. p. 30. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/04-caracterizacion-poblacional.pdf>
  14. Bogotá DC, De D. Análisis de Situación de Salud ( ASIS ) Dirección de Epidemiología y Demografía. 2019; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
  15. Defunciones no fetales 2019 [Internet]. [cited 2020 Jun 28]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>
  16. Páginas - Enfermedades cardiovasculares [Internet]. [cited 2020 Jul 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

17. Coronavirus Colombia [Internet]. [cited 2020 Jun 28]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
18. Coronavirus en Colombia: Las claves de Antioquia en el manejo de la pandemia [Internet]. [cited 2020 Jun 28]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/coronavirus-en-colombia-las-claves-de-antioquia-en-el-manejo-de-la-pandemia/673450>
19. ASIS\_Toledo\_2019\_FINAL.
20. Barrientos-Gómez JG, Ángel-Jiménez G, López-Herrera FE. Caracterización de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuatro instituciones de salud del municipio de Medellín, 2015. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2017 [cited 2020 May 3];16(33):60–77. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n33/1657-7027-rgps-16-33-00060.pdf>
21. Crochemore M, Rytter W. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Theor Comput Sci [Internet]. 1991 [cited 2020 Jun 3];88(1):59–82. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
22. Ministerio de Salud de Colombi. Redes Integrales de Salud. Minist Salud [Internet]. 2016 [cited 2020 May 3];91. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf%0Ahttps://prestadores.minsalud.gov.co/directorio/consultaIPS.aspx>
23. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 12]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
24. OMS. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas. 2015 [cited 2020 Mar 13]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/)
25. OMS. Diabetes [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas. 2018 [cited 2020 Mar 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

26. OMS. Enfermedades respiratorias crónicas. Cent prensa Notas Descr [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 13]; Disponible en: [https://www.who.int/respiratory/about\\_topic/es/](https://www.who.int/respiratory/about_topic/es/)
27. OMS. Cáncer [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas. 2018 [cited 2020 Mar 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
28. Definición de morbilidad - Diccionario de cáncer - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/morbilidad>
29. OMS | Carga mundial de morbilidad [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/es/](https://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/)
30. Beatriz D, Soto L, Ana D, Nogueira C, Ospina ML, Guibovich G, et al. DIRECTIVOS DELEGADOS COMITÉ TÉCNICO DEL CONVENIO LINEA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.
31. Las enfermedades crónicas | Biomédica [Internet]. [cited 2020 Jun 30]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019 [Internet]. 2019. p. 17. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_2626_de_2019.pdf)
33. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015 [Internet]. Bogotá: el Ministerio; Bogotá, Colombia, Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
35. Gaviria Uribe Alejandro, Davila Carmen Eugenia, Correa Luis Fernando, Burgos

- Bernal Gerardo GVSL, Lorena. Análisis de Situación de Salud (ASIS) . [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia; 2016 [cited 2020 Mar 9]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
36. González A. Conceptos y técnicas básica de análisis demográfico [Internet]. 2nd ed. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigación en Filosofía y Derecho; 2007 [cited 2020 Nov 3]. 123 p. Disponible en: <https://econpapers.repec.org/bookchap/exthistor/34.htm>
37. Pauliac-Vaujour S, Wacquez R, Vizioz C, Chevolleau T, Pierre M, Previtali B, et al. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. *Jpn J Appl Phys* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 3];50(6 PART 2):24–34. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a4.pdf>
38. Instituto Nacional del cáncer de EE.UU. Definición de morbilidad - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. 13 de septiembre de 2018. 2018 [cited 2020 Mar 11]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/morbilidad>
39. Restrepo-Palacio S, Amaya-Guio J. Aprendiendo sobre determinantes sociales de la salud a través de crónicas, mediante un ambiente virtual de aprendizaje Learning about social determinants of health through chronicles, using a virtual learning environment. *Rev salud pública* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 30];18(5):756–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.59311>
40. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 [Internet]. Colombia; 2007. Disponible en: [http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan\\_desarrollo/ley\\_1122\\_de\\_2007.pdf](http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/ley_1122_de_2007.pdf)
41. Jesus Emanuel Arriaga Caballero. Demografia, Vairiables [Internet]. 2009 [cited 2020 Mar 11]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jesusarriagac/demografia-vairiables>
42. Organización Panamericana de la Salud. Declaracion De Alma-Ata. In: Conferencia

- Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 5]. p. 8–10. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
43. Belintxon M, López-Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 3];37(3):401–9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n3/revision2.pdf>
  44. World Health Organization. Carta de Ottawa para Promoción de la Salud. In: Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. 1986 [cited 2020 May 3]. p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
  45. World Health Organization. OMS | Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2020 Mar 5]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/es/>
  46. Renovación de la APS - CONSULTORSALUD [Internet]. [cited 2020 Jun 30]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/renovacion-de-la-aps/>
  47. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Macinko J, Montenegro H, De Citar F. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 1 Informe especial / Special report. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007;2121(2323):73–84. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/rea de trabajo colaborativo/Atención primaria en salud - APS/la renovacion de la APS en las americas.pdf](https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/la%20renovacion%20de%20la%20APS%20en%20las%20americas.pdf)
  48. Congreso de la Republica de Colombia. Constitución política de Colombia 1991 preambulo el pueblo de Colombia [Internet]. Colombia; 1991 p. 108. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
  49. Eslava C. JC. Promoción y prevención en el sistema de salud colombiano. *Rev salud pública* [Internet]. 2002 [cited 2020 May 3];4(1):1–12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a01.pdf>
  50. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Colombia;

2011. Disponible en: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col132763.pdf>
51. El congreso e Colombia. Ley\_1755\_2015 [Internet]. Colombia; 2015. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1755\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1755_2015.html)
52. Llegó el reglamento del MAITE – Resolución 2626 de 2019 [Internet]. [cited 2020 Jul 2]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/llego-el-reglamento-del-maite-resolucion-2626-de-2019/>
53. Centro de Documentación de Información Municipal [CEDIM]. Empresas sociales del Estado Régimen de funcionamiento. 2005 [cited 2019 Sep 2];14. Disponible en: [http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos PDF/empresas sociales del estado - san luis de palenque \(14 pag - 37 kb\).pdf](http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos PDF/empresas sociales del estado - san luis de palenque (14 pag - 37 kb).pdf)
54. El presidente de la republica de Colombia. Decreto 1876 de 1994 [Internet]. Colombia; 1994. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1876-1994.pdf>
55. Prada-Ríos SI, Pérez-Castaño AM, Rivera-Triviño AF. Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: El caso de Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2017 [cited 2011 Sep 8];16(32):51–65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00051.pdf>
56. Comisión de Regulación en Salud. Comentarios a Niveles De Complejidad Y Actividades De Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad. 2009 [cited 2019 Aug 9];12. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad CRES/Acuerdo 08 de 2009 - Anexo 3 - Comentarios complejidad y promocion de la salud y prevencion enfermedad.pdf>
57. Gómez L. La crisis hospitalaria: análisis de la producción y el pago por servicios individuales de salud en un hospital de primer nivel de atención de la red pública de Bogotá, Colombia. Rev Salud Bosque [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 3];2(2):61. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/64/0>

- 
58. Coronavirus - ISGLOBAL [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/coronavirus>
  59. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
  60. Preguntas Frecuentes acerca del Covid-19 [Internet]. [cited 2020 Jul 1]. Disponible en: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/preguntas-frecuentes.html>
  61. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal Situación. Sem Epidemiol 21 [Internet]. 2020; Disponible en: [http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_21.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_21.pdf)
  62. Alcaldía de Toledo. ASIS Toledo 2017. Toledo - Antioquia; 2017.
  63. Ministerio de salud y protección social. REPS - Registro especial de prestadores de servicios de salud [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 12]. Disponible en: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes\\_reps.aspx?tbhabi\\_codigo\\_habilitacion=0581906123](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes_reps.aspx?tbhabi_codigo_habilitacion=0581906123)
  64. Martha V. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. Aquichan [Internet]. 2007;7(2):174–88. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n2/v7n2a06.pdf>
  65. Uscátegui Mantilla DF. Caracterización sociodemográfica y evaluación de la satisfacción de los usuarios mayores de 15 años en el servicio de hospitalización de La E.S.E Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes de Toledo del 01 de mayo al 31 de julio de 2011. [Trabajo de grado especi [Internet]. Medellín: Facultad de medicina, Universidad CES; 2011 [cited 2020 Oct 3]. Disponible en: [http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2409/2/Caraterizacion\\_sociodemografica.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2409/2/Caraterizacion_sociodemografica.pdf)
  66. Quiceno JM, Alpi SV. RESILIENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ENFERMOS CRÓNICOS Resilience and sociodemographic characteristics in the chronic ill. Psicol desde el Caribe [Internet]. 2012;29(1):87–104. Disponible en:

- <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a06.pdf>
67. Böell JEW, da Silva DMGV, Hegadoren KM. Factores sociodemográficos e condicionantes de saúde asociados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: Um estudo transversal. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016;24. Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02786.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02786.pdf)
  68. Empresa Social del Estado Red de Salud del Oriente. Caracterización de usuarios 2017 [Internet]. Cali: E.S.E Red Oriente; 2017 [cited 2020 Oct 3]. Disponible en: <https://www.redoriente.net/new/phocadownload/Caracterizacion-usuarios/CARACTERIZACION USUARIOS ESE ORIENTE.pdf>
  69. Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio. Decreto 1077 de 2015 [Internet]. Acta Medica Scandinavica Colombia; 2009 p. 22–70. Disponible en: <http://www.minvivienda.gov.co/NormativaInstitucional/1077 - 2015.pdf>
  70. Ministerio de salud y protección social. Resolución 429 de 2016 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia; 2016 p. 2014–8. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_0429\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf)
  71. Colombia. Congreso de la República. Ley 1266 de 2008 [Internet]. SUIN – JURISCOL Sistema Único de Información Normativa del Estado colombiano Colombia; 2008 p. 1–17. Disponible en: [http://www.sic.gov.co/drupal/sites/default/files/files/ley1266\\_31\\_12\\_2008\(1\).pdf%5Cnhttp://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1676616](http://www.sic.gov.co/drupal/sites/default/files/files/ley1266_31_12_2008(1).pdf%5Cnhttp://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1676616)
  72. Colombia. Universidad de Antioquia. Resolución rectoral 38017 [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; Medellín; 2013. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/328fd736-37e3-46b0-b43c-beb24cb8c6e3/rr-39994.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IZbell4>
  73. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1712 de 2014 [Internet]. Bogotá: el Congreso; 1712 Colombia; 2014. Disponible en: <http://www.anticorrupcion.gov.co/SiteAssets/Paginas/Publicaciones/ley-1712.pdf>
  74. ONU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet].

- 2011 [cited 2020 Nov 21]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/66/L.1>
75. WHO. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. WHO. Washington, D.C; 2013.
  76. Meza L. Paradigma positivista. Rev Virtual, Matemática Educ e Internet [Internet]. 2003 [cited 2020 Mar 13];1. Disponible en: <http://funes.uniandes.edu.co/8120/1/pag1.html>
  77. Ministerio de salud y protección social. Sistema de Información de Prestaciones de Salud [Internet]. [cited 2020 Dec 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/rips.aspx>
  78. Departamento Nacional de Planeación. ¿Qué es el Sisben? [Internet]. Sisben. 2018 [cited 2020 Oct 19]. p. 1. Disponible en: <https://www.sisben.gov.co/sisben/paginas/que-es.aspx>
  79. Qué es SPSS y cómo utilizarlo [Internet]. [cited 2020 Jul 3]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/es/que-es-spss.html>
  80. Wikipedia. Microsoft Excel - Wikipedia [Internet]. [cited 2020 Oct 19]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Microsoft\\_Excel](https://es.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Excel)
  81. Miniterio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 DE 1993 [Internet]. Colombia; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  82. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016 [cited 2020 Dec 3]. 136 p. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
  83. Congreso de la República. Ley 23 de 28 1982 [Internet]. Colombia; 1982 p. 123. Disponible en: <https://propiedadintelectual.unal.edu.co/fileadmin/recursos/innovacion/docs/norma>

tividad\_pi/ley23\_1982.pdf

84. Universidad de Antioquia. Resolución rectoral 21231 del 5 de agosto de 2005 [Internet]. 2005 p. 1–28. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03dd8bdb-126d-4370-afad-39a12f24f0cb/024+Resolucion+rectoral+21231+Propiedad+intelectual.pdf?MOD=AJPERES&CVID=ljx2ajx>
85. C. FM, Z. NM, S. LAR. Normas de Vancouver [Internet]. Cómo escribir textos académicos según normas internacionales. 2019 [cited 2019 Nov 18]. p. 154–60. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>
86. OMS/OPS. CONDICIONES CRÓNICAS Y ENFERMEDADES DEBIDAS A CAUSAS EXTERNAS [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 16]. p. 1. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=316&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=316&lang=es)
87. Alpi Stefano V, SierraJapcy Margarita Q. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en enfermos crónicos colombianos. Rev Latinoam Psiquiatr Vol [Internet]. 2012;11(4):156–63. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/psiquiatria/rp-2012/rp124e.pdf>
88. Día contra el Cáncer 2021: ¿Cuáles son los tipos de cáncer más comunes y los más mortales? [Internet]. [cited 2021 Feb 21]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/02/04/dia-mundial-cancer-tipos-de-cancer-mas-comunes-y-mas-mortales-del-mundo/>
89. Día mundial contra el cáncer 2020 | Cuenta de Alto Costo [Internet]. [cited 2021 Feb 21]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/dia-mundial-contra-el-cancer-2020/>
90. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia. Cuenta Deal Costo [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 21]; Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp->

content/uploads/2020/06/CAC.Co\_2020\_06\_24\_Libro\_Sit\_ERC\_2019V7.pdf

91. Asma en Colombia: ¿Cómo está la carga de la enfermedad? [Internet]. [cited 2021 Feb 21]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/asma-en-colombia-como-esta-la-carga-de-la-enfermedad/>