

# Factores asociados al reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar en Valle del Cauca, Colombia

## Factors related with hospital readmission in patients with bipolar disorder in Valle del Cauca, Colombia

Andrea C. Casas-López, María A. Rangel-Quintero, Diana M. Mora, Mauricio Hernández-Carrillo y Carlos A. Miranda-Bastidas

Recibido 23 junio 2021 / Enviado para modificación 11 de abril 2022 / Aceptado 29 abril 2022

### RESUMEN

**Objetivo** Identificar factores asociados con el reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar (TB) en un hospital psiquiátrico y desarrollar un modelo explicativo del riesgo de reingreso.

**Método** Estudio observacional longitudinal retrospectivo a partir de base de datos secundaria aportada por el Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle. Estadística: análisis de supervivencia utilizando un modelo de regresión Cox. Se definió como variable dependiente el riesgo de reingreso y como variables independientes algunas sociodemográficas y clínicas.

**Resultados** Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre el riesgo de reingreso y las variables: falta de red de apoyo al no tener acudiente HR=1,33 [IC 95% 1,02-1,72; (p=0,034)] y falta de adherencia al tratamiento HR=2,33 [IC 95% 1,87-2,90; (p=0,000)].

**Conclusión** Para disminuir el reingreso hospitalario por TB, se deben priorizar las intervenciones en los casos de pacientes que no tengan acudiente y haya inadecuada adherencia al tratamiento; esta última, a partir de la percepción por parte del médico especialista. Enfocarse sobre estos dos factores puede incidir sobre los reingresos.

**Palabras Clave:** Salud mental; trastorno bipolar; readmisión del paciente; trastornos mentales; análisis multivariante (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To identify the factors associated with hospital readmission in patients with bipolar disorder between 2011 and 2017 in a psychiatric hospital in order to develop an explanatory model of the risk of rehospitalization.

**Method** Retrospective longitudinal observational study based on a secondary database provided by the Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle. Statistics: Survival analysis using a Cox regression model. The risk of readmission was defined as a dependent variable and some sociodemographic and clinical variables were defined as independent variables.

**Results** From the multivariate model of Cox Regression, a statistically significant association was obtained between the risk of readmission and the variables: lack of support network due to lack of retentive HR=1.33 [95% CI 1.02-1.72; (p=0.034)] and not having adherence to the treatment HR=2.33 [95% CI 1.87-2.90; (p=0.000)].

**Conclusion** In order to reduce hospital readmission due to bipolar disorder, interventions should be prioritized in cases where patients do not have a guardian and there is inadequate adherence to the treatment; the latter perceived by the specialist doctor. Focusing on these two factors can influence readmissions.

**Key Words:** Mental health; bipolar disorder; patient readmission; mental disorders; multivariate analysis (*source: MeSH, NLM*).

AC: MD. Esp. Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.  
andrea\_cl90@hotmail.com  
MR: MD. Esp. Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.  
mariang2873@hotmail.com  
DM: MD. Esp. Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.  
dimer19@hotmail.com  
MH: Estadístico. M. Sc. Epidemiología. Ph. D. Salud. Docente, Universidad del Valle. Cali, Colombia.  
mauriciohc@gmail.com  
CM: MD. Esp. Psiquiatría. Ph.D. Educación. Docente, Universidad del Valle. Hospital Psiquiátrico, Universitario del Valle. Cali, Colombia.  
cmirandabastidas@gmail.com

Los reingresos hospitalarios son un indicador indirecto de la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios en salud (1), pues estos generan un impacto negativo que abarca las perspectivas personal, familiar, social y laboral. Significan, entonces, un riesgo para los pacientes mentales, surgiendo la necesidad de ser controlados. En los pacientes psiquiátricos, los reingresos siguen un patrón multifactorial y pueden asociarse con diversas características clínicas y antecedentes personales, así como distintos factores sociodemográficos que han sido objeto de investigación desde hace varios años (2). Por lo tanto, algunas variables clínicas y sociodemográficas como el incumplimiento de las consultas de control, la poca o no adherencia al tratamiento farmacológico, un mayor número de hospitalizaciones previas, la duración de la hospitalización, el consumo patológico de alcohol y sustancias adictivas, la evolución de la enfermedad, la presencia de trastornos de personalidad y el no tener una relación de pareja, influyen en las rehospitalizaciones (3-6).

El trastorno bipolar (TB) se define como un trastorno del estado del ánimo, con un inicio en la juventud —la edad media es 20 años— y se caracteriza por periodos de crisis y remisión (7,8). Se diagnostica al encontrar al menos un episodio de manía o hipomanía que intercala con episodios depresivos (9). A su vez, ocasiona un deterioro en la calidad de vida del paciente, la familia y la sociedad, limita la funcionalidad del paciente y produce discapacidad, por lo que requiere un abordaje integral —farmacológico, psicoterapéutico y del entorno social— (10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado el TB como la sexta causa de discapacidad en todo el mundo para el grupo de edad de 15 a 44 años y como la novena causa cuando se incluyen todas las edades (11,12). Asociándose directa e indirecta, con costos elevados para el sistema de salud.

Según la OMS, aproximadamente 60 millones de personas en el mundo padecen de TB. La prevalencia se ha estimado entre 1% y 4% (12), según los criterios utilizados para el diagnóstico, teniendo tasas mayores si se incluyen los trastornos del espectro bipolar. El estudio de *The Cross National Collaboration Group*, en el que se incluyeron siete países —Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, Alemania, Taiwán, Corea del Sur y Nueva Zelanda—, mostró datos consistentes con los descritos mundialmente (13). La Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 con información del año 2003 reportó una prevalencia de 2% para Colombia (14).

Por esto se realizó una búsqueda en diferentes portales (PubMed, PlusOne, Google Académico) respecto a los reingresos y específicamente por TB en Colombia, sin encontrarse estudios con igual metodología a la propuesta. Los estudios realizados, al ser prospectivos univariados,

han mostrado asociación significativa de los reingresos en psiquiatría con variables como la duración de la estancia mayor a 15 días, el estado civil y el número de episodios previos (15-17). Se plantea, entonces, la necesidad de investigar este fenómeno en nuestra región, a través de la identificación de factores asociados con los reingresos hospitalarios a partir de datos de la región suroccidente de Colombia. Se desarrolló un modelo explicativo del reingreso hospitalario por TB a partir de variables sociodemográficas y clínicas, el cual permitirá favorecer el seguimiento, la planificación y, posteriormente, una intervención más efectiva en relación con la disminución de hospitalizaciones por esta patología.

## MÉTODO

Estudio observacional analítico, a partir de datos retrospectivos de registros clínicos. Se utilizó una base de datos secundaria aportada por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, ubicada en la ciudad de Cali, Colombia. El hospital es de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente colombiano; se caracteriza por ser una institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental, con una antigüedad alrededor de 70 años (18).

Se tuvieron en cuenta todos los registros clínicos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de TB con historia clínica de más de un ingreso hospitalario en el periodo de estudio, el cual estuvo comprendido entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2017.

La información del periodo transcurrido de siete años de registros clínicos con códigos F31 del CIE-10 (9) fue empleada para la investigación. Se tuvo el tiempo del primer reingreso como variable dependiente y, como independientes, variables sociodemográficas y clínicas.

El análisis estadístico incluyó la descripción de cada una de las variables. Para las sociodemográficas y clínicas, se realizó un análisis univariado considerando el tipo y la escala, y se incluyó una descripción de cada una de ellas a través de estadísticos de frecuencia (número de casos y porcentaje) y estadísticos descriptivos para el tiempo hasta el primer reingreso (media, desviación estándar, mediana y cuartiles). Además, para identificar los casos de reingresos, se tomó la diferencia entre la fecha de egreso del paciente y la fecha de reingreso. Para la elaboración de cuadros y gráficos se utilizó Excel y para el procesamiento de datos, el programa estadístico SPSS versión 25.

Dadas las características de la variable respuesta reingreso hospitalario (tiempo hasta el primer reingreso), se utilizó la regresión de riesgos proporcionales de Cox como técnica estadística para el análisis de supervivencia. Se identificó el riesgo de reingreso hospitalario a

partir del cálculo de la medida de asociación HR (Hazard Ratio), obtenida por el exponencial del coeficiente beta que acompaña cada una de las variables explicativas del modelo, lo que permitió establecer el aporte de cada variable en relación con el reingreso hospitalario a través de un análisis multivariado.

La investigación se rigió según lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 —“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”— del Ministerio de Salud de Colombia (19). Así, según el artículo 1, se clasificó como una investigación riesgo mínimo, porque se desarrolló mediante una base de datos secundaria. Se contó con el aval del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Departamental Universitario del Valle.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2017, se presentaron 4041 hospitalizaciones; 2868 correspondieron a los 758 pacientes que reingresaron durante el periodo en estudio, con diagnóstico de TB. 442 individuos pertenecían al sexo femenino (58,3%) y 316, al masculino (41,7%). La mediana de edad fue de 46 años con un rango intercuartílico RIC: 33-57 y un promedio de edad de 45,7 años (D.E 14,8). El 61,9% de los pacientes pertenecían al régimen subsidiado. La mayoría no contaba con una pareja y 434 no tenían ningún acudiente al

momento de la hospitalización. El 73,4% vivían en Cali, perteneciendo en su mayoría a los estratos 1 y 2. De igual manera, se encontró que la comorbilidad con consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se dio en un 4,9% del total de los estudiados y la no adherencia al tratamiento fue lo más frecuente. En promedio los individuos tuvieron 3,8 hospitalizaciones durante el periodo estudiado, oscilando entre 2 y 20 ingresos, para una mediana de 3 (D.E 2,8), con una estancia media de 18.6 días (Tabla 1).

De acuerdo con el número de hospitalizaciones con trastorno bipolar según año de ingreso, el año con menor número de reingresos fue el 2011. Seguido por el tercer año (2013) y continuando con el año 2017; luego, los otros años presentaron un número de reingresos por encima de 100. Es de anotar que hubo tres pacientes que presentaron 20 hospitalizaciones durante el periodo de estudio (Tabla 2).

Al realizar el modelo múltiple a través del modelo de regresión Cox, incluyendo variables sociodemográficas y clínicas, se identificaron dos de ellas como factores de riesgo asociadas con el reingreso hospitalario: no tener ningún acudiente HR=1,33 [IC95% 1,02-1,72; (p=0,034)] y no tener adherencia al tratamiento HR=2,33 [IC95% 1,87-2,90; (p=0,000)]. Por lo tanto, el mayor riesgo de reingreso hospitalario por TB, al ajustar las otras variables de estudio, es para los pacientes la falta de adherencia y no contar con una adecuada red de apoyo —ningún acudiente— (Tabla 3 y Figura 1).

**Tabla 1.** Descripción de las variables sociodemográficas y relacionadas con la atención en las pacientes con trastorno bipolar que presentaron reingreso hospitalario. Años 2011 a 2017, Valle del Cauca-Colombia

Variable categórica	Categoría	n=758	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	442	58.3
	Masculino	316	41.7
Afilación a salud	Subsidiado	504	66.5
	Contributivo	254	33.5
Municipio de residencia	Cali	556	73.4
	Otro municipio del Valle	169	22.3
	Otro departamento	33	4.4
Acudientes	Ninguno	434	57.3
	1 acudiente	76	10.0
	2 acudientes	248	32.7
Estado civil	Sin pareja	600	79.2
	Con pareja	158	20.8
Consumo de SPA	No consume SPA	721	95.1
	Consumo SPA	37	4.9
Estrato	1 y 2	520	68.6
	3 y 4	208	27.4
	5 y 6	30	4.0
Adherencia	Si	628	82.8
	No	130	17.2
Variable cuantitativa	Media ± DE	Mediana (RIC)	
Edad	45.7 ± 14.81	46 (33 - 57)	
Número de hospitalizaciones	3.8 ± 2.82	3 (2 - 4)	
Estancia en días	18.6 ± 15.0	17 (9 - 25)	

**Tabla 2.** Distribución del número de rehospitalizaciones y el número de pacientes con trastornobipolar según año de reingreso. Años 2011 a 2017, Valle del Cauca-Colombia

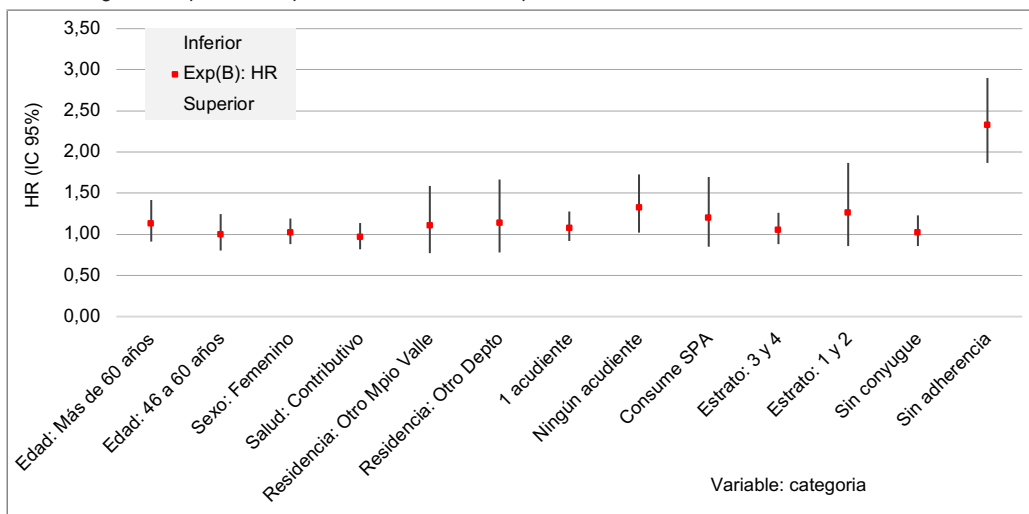
Número de hospitalizaciones	Número de pacientes según año de ingreso a hospitalización							Total
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
2	13	37	40	42	53	61	84	330
3	12	25	15	21	30	30	18	151
4	10	19	8	10	30	13	6	96
5	7	11	9	16	11	10	1	65
6	7	6	8	7	4	5	1	38
7	2	4	2	4	3	2	0	17
8	5	5	2	6	2	0	0	20
9	1	1	0	1	0	0	0	3
10	1	2	2	0	1	1	0	7
11	0	3	2	3	1	0	0	9
12	2	1	0	1	0	0	0	4
13	0	2	1	1	0	0	0	4
14	1	0	0	0	0	0	0	1
15	1	2	0	0	0	0	0	3
16	1	0	0	0	0	0	0	1
17	0	1	0	0	1	0	0	2
18	1	1	0	0	0	0	0	2
19	1	1	0	0	0	0	0	2
20	2	0	0	1	0	0	0	3
Total	67	121	89	113	136	122	110	758

**Tabla 3.** Modelo\* de Regresión de Cox para explicar el reingreso hospitalario a partir de variables contenidas en la historia clínica de pacientes con trastorno bipolar. Años 2011 a 2017, Valle del Cauca-Colombia

Variable	Categoría	HR	IC 95.0% HR	Valor p
Rangos de edad	Más de 60	1.13	(0.91 - 1.41)	0.268
	46 a 60	1.00	(0.81 - 1.25)	0.979
Sexo	Femenino	1.03	(0.88 - 1.19)	0.741
Afiliación a salud	Contributivo	0.97	(0.82 - 1.14)	0.691
Municipio de residencia	Otro municipio del Valle	1.11	(0.77 - 1.59)	0.587
	Otro departamento	1.14	(0.78 - 1.67)	0.508
Acudientes	1 acudiente	1.08	(0.92 - 1.27)	0.358
	Ninguno	1.33	(1.02 - 1.72)	0.034
Consumo de SPA		1.20	(0.85 - 1.69)	0.295
Estrato	3 y 4	1.05	(0.88 - 1.26)	0.570
	1 y 2	1.27	(0.86 - 1.87)	0.235
Estado civil	Sin conyugue	1.03	(0.86 - 1.23)	0.784
Adherencia	Sin adherencia	2.33	(1.87 - 2.90)	0.000

\*Ajustado por: edad, sexo, afiliación a salud, municipio de residencia, acudientes, consumo de SPA, estrato, estado civil, adherencia.

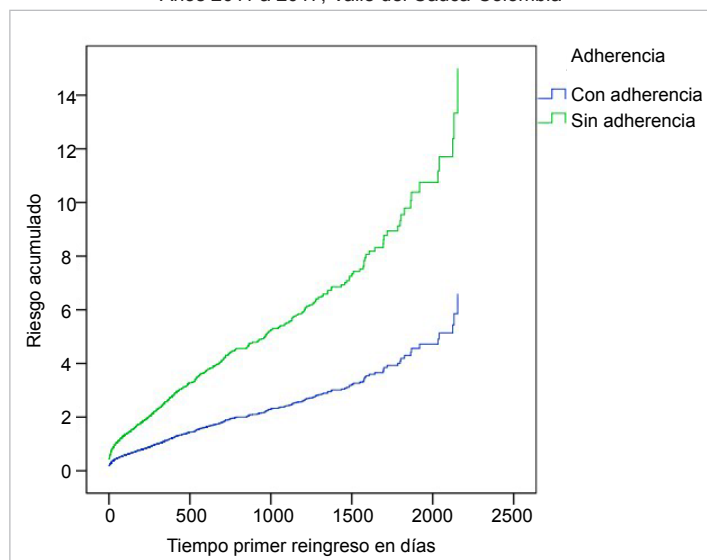
**Figura 1.** Comparación de HR para cada variable incluida en el modelo\* de Regrsión de Cox en la explicación del reingreso hospitalario en pacientes con trastorno bipolar. Años 2011 a 2017, Valle del Cauca-Colombia.



Al comparar el riesgo acumulado de reingreso hospitalario por TB según la adherencia y al ajustar por otras variables, se observa claramente una diferencia importante; es decir, el riesgo de reingreso es mayor en los pacientes sin adherencia en comparación con los adherentes. Para

el primer año se evidencia aproximadamente el doble de riesgo de reingreso en los no adherentes y al finalizar el seguimiento de siete años se obtuvo un riesgo máximo de casi 15 veces en los no adherentes frente a un riesgo de seis veces para los adherentes (Figura 2).

**Figura 2.** Comparativo del riesgo acumulado según adherencia. Modelo\* de Regresión de Cox. Reingreso hospitalario. Pacientes con trastorno bipolar. Años 2011 a 2017, Valle del Cauca-Colombia



\*Ajustado por: edad, sexo, afiliación a salud, municipio de residencia, acudientes, consumo de SPA, estrato, estado civil, adherencia.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de pacientes con reingreso por TB corresponden a adultos con un promedio de edad de 45 años, provenientes de zona urbana, principalmente de la ciudad de Cali, de sexo femenino sin red de apoyo, con un bajo nivel socioeconómico y pobre adherencia al tratamiento farmacológico. A su vez, presentan una estancia media de 18 días por cada hospitalización y aproximadamente 3 hospitalizaciones en el periodo evaluado. De acuerdo con la distribución del número de hospitalizaciones y el número de pacientes con trastorno bipolar según año de ingreso, el que tuvo menor número de reingresos fue 2011, pero podría ser debido a que fue el primer año de seguimiento y el tiempo es determinante en la presencia del evento.

En el modelo de regresión Cox se identificaron como variables asociadas al reingreso hospitalario por TB: la falta de red de apoyo al no tener acudiente y la no adherencia al tratamiento, lo cual reafirma lo encontrado en el análisis univariado. Además, estas variables están asociadas en otros estudios, bajo otras metodologías, a reingresos. Por eso las intervenciones para incidir sobre los reingresos deberían enfocarse sobre todo en estos

dos factores, buscando estrategias para promover la adherencia al tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y el fortalecimiento de la red de apoyo (entorno social) a fin de disminuir el riesgo de reingreso por TB.

Se deben tener en cuenta las limitaciones del estudio, como el sesgo de la información, puesto que por la naturaleza de la fuente de los datos podría encontrarse información poco precisa y vacíos en algunas celdas. Por ejemplo, se revisó la variable ocupación y se identificó un alto subregistro de esta en la base de datos. Es decir, no se pudo obtener información sobre algunas variables sociodemográficas y clínicas que pudieran influir en los reingresos hospitalarios. Aunque se tuvieron en cuenta variables sobre procedencia del paciente, estas no presentaron relaciones importantes con el desenlace de interés, el reingreso, en este caso. Por eso estudios enfocados en la georreferenciación podrían aportar información más precisa sobre las zonas donde se evidencien mayores necesidades en atención a la salud mental y una probable asociación entre la dificultad para acceder al servicio por barreras de acceso, administrativas y/o sociogeopolíticas que puedan influir en las rehospitalizaciones por TB ♦

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Caballero A, Carrillo P, Suárez IC, Ibañez M, Acevedo JR, Bautista OP. Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes a liados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008. *Rev Médica Sanitas* [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 12]; 14(2):12-26. <https://bit.ly/3dtzHSj>.
2. Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública Méx* [Internet]. 1993 [cited 2021 Aug 12]; 35(3):326-31. <https://bit.ly/3QmZMB6>.
3. de Castro SA, Ferreira-Furegato AR, Ferreira Santos JL. Características sociodemográficas e clínicas em reinternações psiquiátricas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 12]; 18(4):800-8. <https://bit.ly/3dmbnSh>.
4. Moss J, Li A, Tobin J, Weinstein IS, Harimoto T, Lancôt K. Predictors of Readmission to a Psychiatry Inpatient Unit. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(3):426-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.019>.
5. Ordóñez Betancourt IS, Peña DA. Frecuencia y características de pacientes con reingreso temprano en el Hospital Mental Universitario de Risaralda en los años 2011 a 2013 [tesis doctoral]. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2015. <https://bit.ly/3QZEjOG>.
6. Linares Vallejo I. Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2002.
7. Vieta E, Berk M, Schulz TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar Disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4:18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>.
8. Kendall T, Morriss R, Mayo-Wilson E, Marcus E. Assessment and Management of Bipolar Disorder: Summary of Updated NICE Guidance. *BMJ*. 2014; 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5673>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Actualizaciones de la CIE-10 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 [cited 2020 Sep 10]. <https://bit.ly/3AlcWcl>.
10. Harrison PJ, Cipriani A, Harmer CJ, Nobre AC, Saunders K, Goodwin GM, et al. Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 19]; 1366(1):76-89. <https://doi.org/10.1111/nyas.13048>.
11. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 19]; 388(10053):1545-602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
12. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 [cited 2020 Sep 10]. <https://bit.ly/2QzQfZr>.
13. Fountoulakis K, Young AH, Yatham L, Grunze H, Vieta E, Blier P, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 19]; 20(2):98-120. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw091>.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de Salud Mental 2015 - Tomo 1 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2015 [cited 2021 Aug 19]. <https://bit.ly/3PCjyak>.
15. Jaramillo LE, Sánchez R, Herazo MI. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 12]; 40(3):409-19. <https://bit.ly/3CiulUh>.
16. Díaz-Soto CM, Orozco-Moreno AJ, Villán-Ramírez NC. Factores asociados con la readmisión de pacientes psiquiátricos en el oriente antioqueño en 2016. *Medicina UPB*. 2016; 35(1):17-23. <https://doi.org/10.18566/medupb.v35n1.a03>.
17. Pardo Cely EE, Fierro M, Ibañez Pinilla M. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 12]; 40(1):85-98. <https://bit.ly/3Atqy4b>.
18. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Acerca de Nosotros [Internet]. Cali: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle; 2021 [cited 2021 Aug 12]. <https://bit.ly/3pdhpaH>.
19. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Diario Oficial 42247; octubre 4 de 1993 [cited 2021 Aug 19]. <https://bit.ly/3c2owQk>.