

SALUD

EPS | **sura** 

La salud de **nuestros afiliados**
al POS de EPS SURA

2008



INTRODUCCIÓN

Apreciados Profesionales de la Salud,
Administradores y Afiliados a EPS SURA,

Nos es muy grato presentar el informe anual en el que describimos los principales resultados en salud de nuestra población afiliada y la gestión realizada durante el año 2008. Este informe no sólo representa un balance de nuestras actividades en salud sino que también constituye una rendición de cuentas a la comunidad en aras de una gestión abierta y transparente apuntando en primera instancia siempre a mejorar y mantener la salud de quienes han confiado en nosotros como su entidad prestadora de servicios de salud.

Esta recapitulación refleja el esfuerzo realizado por nuestra empresa de constituirse en el aliado experto de quienes han confiado el cuidado de su bienestar físico y mental en nuestras manos. A diferencia de otros informes que reflejan el desempeño económico de nuestra Compañía, el presente documento nos presenta información detallada sobre la situación de salud de los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS de EPS SURA y se constituye en un indicador efectivo para medir nuestra gestión y hacer un balance social de los aportes de nuestra empresa a la salud de los colombianos en el año 2008.

En el año 2008 avanzamos en el cumplimiento de nuestra visión: Ser los aliados expertos de nuestros afiliados y clientes en la orientación y el cuidado de su salud. Nuestra diferenciación estratégica ha consistido una vez más en brindar protección financiera a nuestros afiliados y sus empleadores, en impactar positivamente la salud de nuestros afiliados y en dar respuesta acertada a las expectativas de nuestros clientes. Para lograr esto partimos del gran compromiso, calidad humana y técnica de nuestros profesionales para desarrollar las diferentes actividades, procedimientos, programas de Promoción y Prevención, Atención y Rehabilitación fundamentados en la ciencia, la tecnología y el talento humano.

Desde el punto de vista del trabajo realizado para mejorar el estado de salud de los afiliados al POS de EPS SURA, vale la pena resaltar dos esfuerzos realizados por la Compañía en 2008: 1. La implementación del Sistema de Administración de Riesgos en Salud, SARS y 2. El énfasis en desarrollar el modelo de atención primaria en salud a través de nuestro modelo Salud en su Familia.

El desarrollo del SARS establece un plan de trabajo que busca un mejoramiento sistemático en la salud de nuestros afiliados impactando las enfermedades de interés en salud pública y desarrollando planes integrales de abordaje desde los diferentes niveles de atención a las patologías de alto riesgo, frecuencia y posibilidad de complicación, entre otras, las enfermedades vasculares, insuficiencia renal, cáncer femenino, neumonía, influenza, etc.

El liderazgo ejercido por el médico de familia ha sido fundamental en la progresiva transformación en el enfoque de nuestro modelo de atención, de un modelo netamente curativo hacia uno preventivo que entienda al paciente íntegramente como un ser humano dentro de su entorno familiar y social. La Organización Panamericana de la Salud sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación hacia la Atención Primaria en Salud, alcanzan mejores y mayores resultados, al ser más eficientes, eficaces y efectivos y logrando además una mayor satisfacción de sus usuarios.

La orientación de nuestros servicios de salud hacia la gestión del riesgo nos permitió lograr resultados en salud muy positivos para nuestros 1.107.923 afiliados (5% más que en 2007), reflejados en los siguientes hechos:

- En el año 2008 en EPS SURA la pérdida en APVP (Años Potenciales de Vida Perdidos) por afiliado expuesto fue menor que en 2007, lo que hizo que en 2008 nuestros afiliados ganaran 1.727 años en total.
- Mortalidad Materna de 0,28 casos por cada 1000 nacidos vivos para el 2008. (0,73 en Colombia para el 2007).
- El 84% de los casos de cáncer de mama en el año 2008 fueron diagnosticados en estadios tempranos (Ca In Situ a estadio IIB); comparado con Colombia donde sólo el 32% se diagnosticaron tempranamente.
- Estancia y proporción de egreso por especialidad POS de EPS SURA por enfermedad cardiovascular 4% en 2008 comparado con 5,3% en 2007 (Disminución de 25% en egresos por enfermedad cardiovascular).
- Entre 1999 y 2006 las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio se encontraban entre las primeras 6 causas de consulta externa. Para el 2008 este grupo de patologías no se encuentra entre las primeras 6 causas.

EPS SURA es una empresa en crecimiento, llena de optimismo y orgullosa de contribuir cada día a la construcción de la paz y de una mejor Colombia incluyente y pluralista donde nuestros hijos y nietos encuentren oportunidades de desarrollarse plenamente como individuos y miembros de una sociedad justa y equitativa. Continuaremos trabajando cada día por nuestros afiliados y por Colombia.

Esperamos este informe sea de utilidad para usted y agradecemos de antemano la posibilidad de recibir retroalimentación con sus comentarios al correo electrónico garamburo@sura.com.co. En caso de que sea de su interés, los informes similares de los años anteriores y de 2008 están disponibles en la página www.epssura.com en la viñeta prestadores de servicios de salud, sección informe de salud afiliados.

GABRIEL MESA NICHOLLS
Gerente General
EPS SURA

PABLO F. OTERO RAMÓN
Gerente de Salud
EPS SURA

Nota: Nos permitimos en este informe compartir con cada uno de los afiliados, profesionales, proveedores y clientes nuestra nueva imagen renovada en 2009 que busca ofrecer valores agregados a los colombianos a través de una gestión integrada del riesgo con las otras compañías pertenecientes a Suramericana.

CONTENIDO

Capítulo 1

pag 7

Características demográficas

Afiliados al POS EPS SURA

Capítulo 2

pag 35

Morbilidad

Afiliados al POS EPS SURA

Capítulo 3

pag 89

Mortalidad

Afiliados al POS EPS SURA

Capítulo 4

pag 103

Enfermedades de interés

en Salud Pública y Vacunación

Capítulo 5

pag 129

Conclusiones

pag 135

Anexos



Capítulo 1

Características demográficas

Afiliados al POS EPS SURA



1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Aspectos generales

EPS SURA desde sus inicios se ha guiado por los principios propios de la atención primaria en salud, implementando un modelo enfocado a la Salud Familiar que busca el bienestar de sus afiliados; motivándolos a llevar estilos de vida saludables como son: una alimentación sana, actividad física, control del estrés, entre otros.

Nuestros servicios están orientados a dar respuesta a las necesidades de salud de la población con calidad, transparencia y responsabilidad. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar eficiencia, eficacia y efectividad. Desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para obtener una atención integrada e integral¹.

Para implementar servicios basados en la atención primaria en salud y buscando permanentemente la satisfacción y el bienestar de nuestros afiliados y sus familias, EPS SURA ha estructurado el Modelo de Atención en Salud Familiar.

EPS SURA ofrece el Plan Obligatorio de Salud (POS) Contributivo, Planes Complementarios y Medicina Prepagada y nuestra matriz, SURAMERICANA, ofrece Pólizas de Seguros de Salud. En diciembre de 2008, EPS SURA contaba con 1.107.923 afiliados y SURAMERICANA con 185.970, ofreciendo en el mercado un portafolio completo para planes de salud².

El presente diagnóstico del Estado de Salud de Nuestros Afiliados al POS contributivo; corresponde al año 2008. Para construir los indicadores se tuvieron en cuenta 1.107.923 afiliados expuestos promedio³ durante ese año y sus utilidades, información que se encuentra disponible en los sistemas de operación, prestación del servicio y de almacenamiento.

Este trabajo se realizó desde la perspectiva de salud, con seguimiento a eventos de gran trascendencia para nuestra población afiliada y los cambios producidos en ellos a lo largo del tiempo. Sin embargo, en 2008, en algunos de los servicios, se informará sobre algunos aspectos de costos pero sin entrar en un análisis minucioso.

1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) regula la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los lineamientos de la Ley 100 de 1993 y la ley 1122 del 2007, que tienen por objetivo es crear condiciones de acceso a toda la población en los diferentes niveles de atención.

1.3 Derechos de los afiliados a una EPS contributiva

El estar afiliado al Régimen Contributivo otorga cuatro grandes beneficios:

- 1. Acceder a una gama de servicios incluidos en el POS que comprenden: protección integral para la salud en caso de enfermedad general o de maternidad, incluyendo actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.
- 2. Afiliar a los miembros de un grupo familiar.
- 3. Recibir un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- 4. Recibir un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

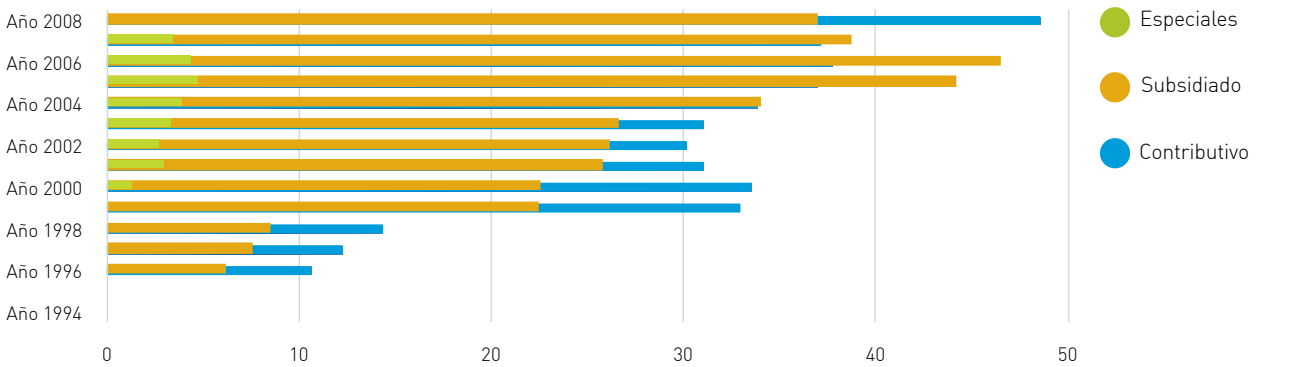
La población colombiana proyectada por el DANE⁴ para 2008, con base en el Censo Poblacional del año 2005, fue de 44.450.260 habitantes. En ese año el 37,5% de los habitantes estuvo afiliado al régimen contributivo⁵ (Gráfica 1) y de éstos, el 6,7% se afilió al POS EPS SURA, cifra que genera una responsabilidad y compromiso social con la atención en salud de esta porción de la población colombiana. La meta definida, tanto en la Ley 1122 de 2007, como en el Plan de Desarrollo y el Plan Colombia 2019 es la del aseguramiento universal⁶.

4. DANE. Colombia Proyecciones de Población Municipales por área 2005 - 2008 a junio 30. [acceso 2 marzo 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

5. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006. p.1-2.

6. Ministerio de la Protección Social, Proyecciones de población ajustadas, DANE. Así vamos indicadores de aseguramiento.

Gráfica 1 Cobertura de Seguridad social en salud 1994-2008



Fuente: Los datos de afiliados y de población son tomados de los Informes Anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República. Los datos del año 2004 están a 31 de diciembre y son tomados de la página www.presidencia.gov.co, Sistema de metas presidenciales. Cumplimiento de metas para 2004. Los datos del año 2005 fueron tomados del Informe asegurados POS -POSS-09-2006. El dato de regímenes especiales del año 2000 es tomado del Minprotección Social y no incluye a los afiliados de las Fuerzas Militares. El dato de regímenes especiales del año 2001 es tomado de CEDETRABAJO, Medellín. Los datos de afiliados a regímenes especiales del año 2002 y 2003 son tomados del Minprotección Social. **Fuente:** Los datos de afiliados y de población del 2008 fueron tomados del DANE ECV2003-ECV2008 datos expandidos con proyecciones de población con base del resultado del censo 2005. Para la afiliación a régimen contributivo se han tomado los afiliados compensados SD: Sin dato SI: Sin información

1. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas 2005. [acceso 18 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/APS-documento_posicion19-07-05.pdf

2. Datos a diciembre de 2008. Fuentes: Inteligencia de Negocios y Globalweb.

3. Un afiliado expuesto equivale a una exposición de 365 días al servicio. Es decir, si se tienen 12 afiliados y cada uno sólo estuvo un mes, equivale a tener un afiliado expuesto. Si se tiene un afiliado que estuvo 200 días y otro 165, se tiene, también, un afiliado expuesto.

1.4 Condiciones de vida de los afiliados al POS

Sin lugar a duda al hablar del proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo y como una expresión general de la vida social de nuestros afiliados, no se puede dejar a un lado las características socio-demográficas de la población, pues son ellas quienes determinan sus condiciones de existencia y de las que dependen sus particularidades.

Analizar las condiciones de vida de la población afiliada al POS EPS SURA en el año 2008 para variables como: la educación, el empleo, el estado civil , entre otros, es importante porque son la base para el diseño de planes encaminados a mejorar el estado de salud de nuestros afiliados.

1.4.1 Distribución geográfica de los afiliados al POS EPS SURA

Durante 2008, el número promedio de afiliados expuestos al POS EPS SURA fue de 1.107.923 (5,0% más que en 2007). Ellos estuvieron distribuidos en el territorio nacional en cuatro regionales (Figura 1 y Tabla 1), de las cuales Antioquia – Eje Cafetero (EC) tiene la mayor participación con el 74,3% de los afiliados, proporción que descendió 1,2% comparado con el año inmediatamente anterior.

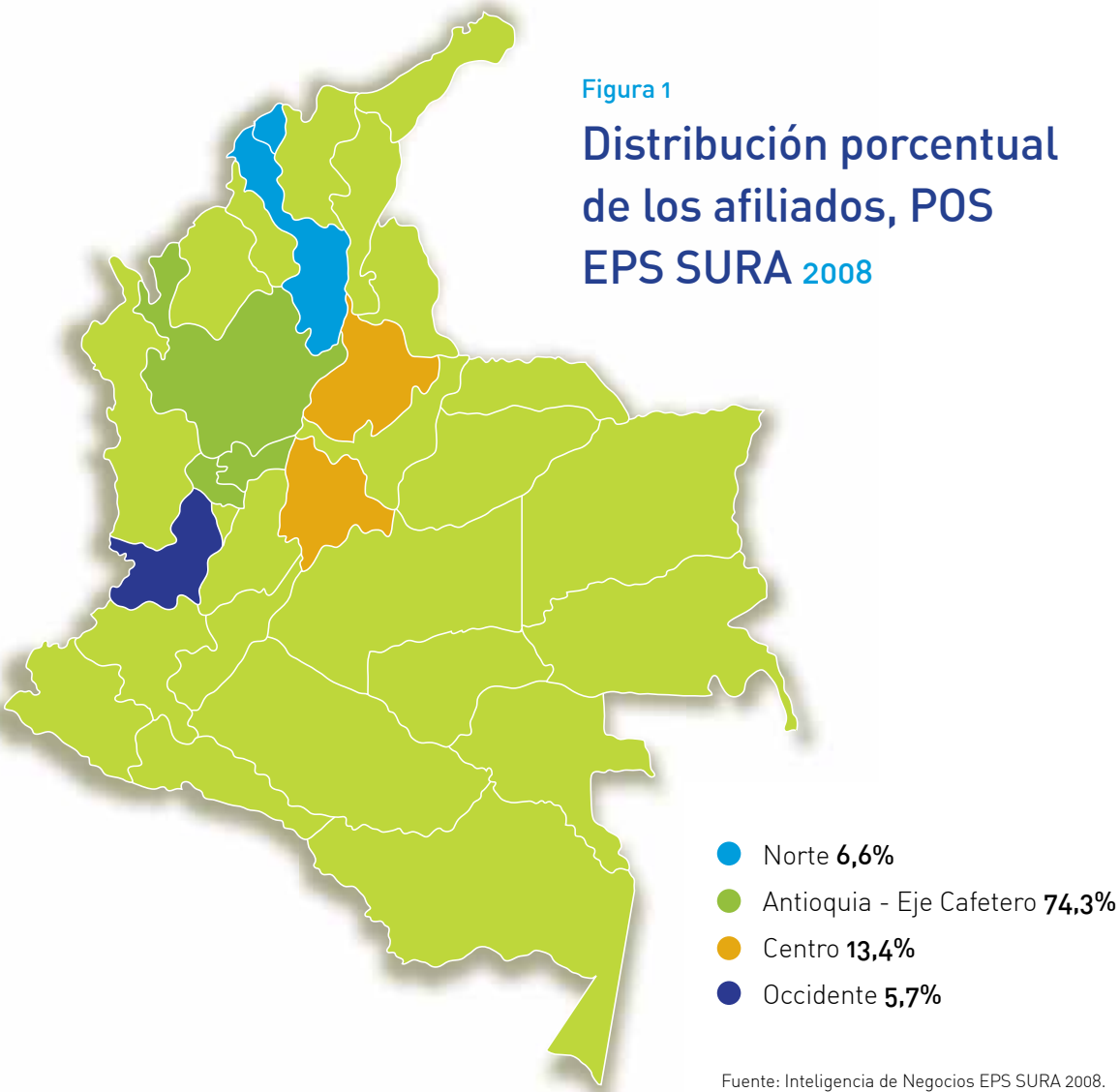


Tabla 1 Afiliados por sexo y regional, POS EPS SURA 2008

Regional	Mujeres	Hombres	Total	% de Total
Antioquia - EC	430.847	392.242	823.089	74,3%
Centro	75.661	73.290	148.951	13,4%
Norte	37.694	35.514	73.208	6,6%
Occidente	33.159	29.516	62.675	5,7%
Total general	577.390	530.583	1.107.923	100,0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2008.

La red de proveedores que prestan el servicio a sus afiliados tuvo un incremento para el 2008 del 4% en el número de proveedores al compararla con la red existente en 2007.

Para el 2008 se tuvieron 77 instituciones prestadoras de salud del nivel básico, 7% menos que en 2007, el porcentaje de clínicas y hospitales no presentó ningún cambio, los médicos Sucita (especialistas) se incrementaron en un 4% y las farmacias en un 14% (Tabla 2).

Tabla 2 Red de proveedores por ciudad POS EPS SURA 2008

Regional	Ips básicas	Clinicas y hospitales	Medicos SUCITA	Médicos evento	Centros Diagnóstico	Farmacias	Otros	Total
Medellín	44	45	98	34	35	33	48	337
Bogota	18	37	22	16	21	24	9	147
Cali	5	18	17	39	14	9	6	108
Barranquilla	4	22	24	26	30	8	14	128
Cartagena	2	11	0	2	4	5	4	28
Manizales	1	7	0	2	6	3	1	20
Pereira	1	12	0	1	10	3	3	30
Bucaramanga	1	6	0	3	5	4	3	22
Armenia	1	5	0	2	7	1	1	17
TOTAL 2008	77	163	161	125	132	90	89	837
TOTAL 2007	83	163	155	133	147	79	41	801
% Variacion	-7%	0%	4%	-6%	-10%	14%	117%	4%

Fuente: Coordinación Nacional de Contratación y Estudios Económicos EPS SURA 2008.

Del total de los afiliados expuestos, el 41,6% se encontraban en las IPS propias (41,3% en 2007), 30,7% en las IPS adscritas (30,1% en 2007), 27,6 % en las IPS de Comfama (28,3% en 2007).

Gráfica 2 Afiliados por clase de IPS, POS EPS SURA, 2008 2008

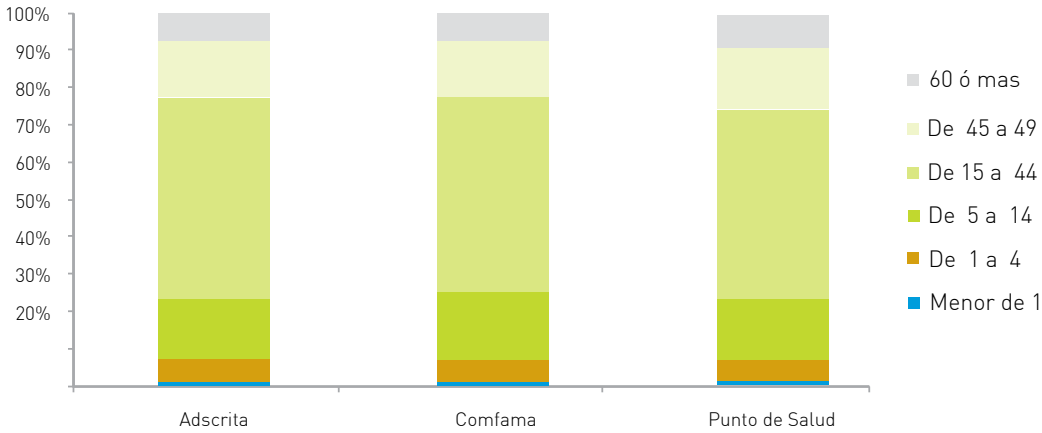


Tabla 3 Afiliados por clase de IPS, POS EPS SURA 2008

Grupo Edad	Adscrita	Comfama	Punto de Salud	Total
Menor de 1	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
De 1 a 4	5,9%	6,1%	5,9%	5,9%
De 5 a 14	16,3%	17,7%	16,4%	16,7%
De 15 a 44	53,7%	52,4%	50,6%	52,1%
De 45 a 49	15,1%	15,2%	16,8%	15,9%
60 ó mas	7,5%	7,3%	9,0%	8,1%
Total General	30,8%	27,6%	41,6%	100,0%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

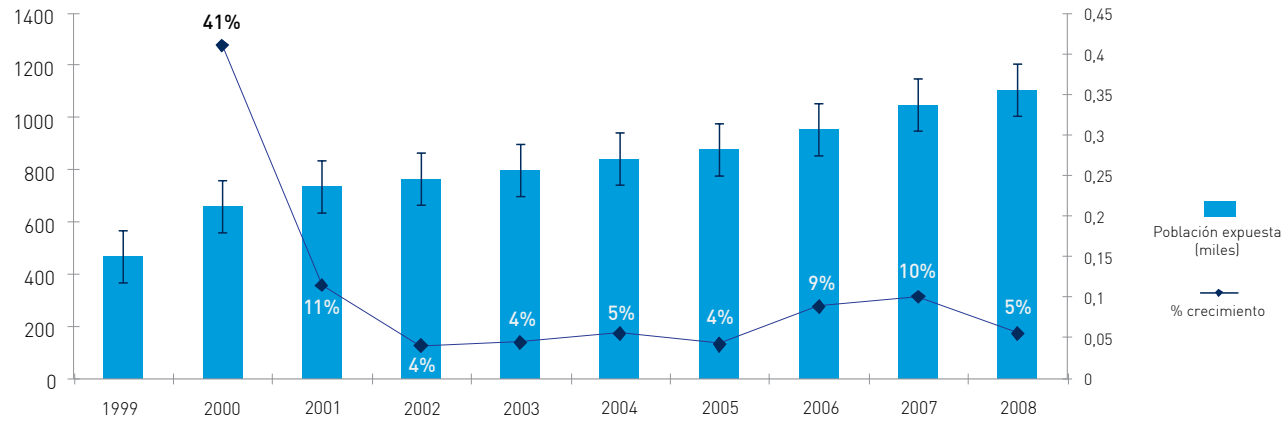
1.4.2 Evolución de los afiliados al POS EPS SURA

Durante los últimos 9 años, el crecimiento de la población afiliada al POS EPS SURA ha presentado una evolución positiva (Gráfica 3), con un crecimiento cercano al 7,5% en los últimos 2 años. Durante el año 2008 la población expuesta aumentó en un 5%, equivalente a 57.501 nuevos afiliados expuestos .

La distribución de los usuarios por regional fue: Antioquia – Eje Cafetero el 74,3% (75,2% en 2007), Centro el 13,4% (12,9% en 2007), Norte el 7,0% (6,2% en 2007), Occidente el 6,0% (6,2% en 2007), proporción que aumentó en las regionales Centro y Norte y disminuyó en Antioquia – Eje Cafetero y Occidente⁷.

7. Inteligencia de Negocios
EPS SURA 2008.

Gráfica 3 Crecimiento población expuesta, afiliados al POS EPS SURA 1999-2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 1999-2008.



En EPS SURA en 2008 (Tabla 4), el grupo de edad de 15 a 44 años (población económicamente activa¹¹), representó el 52,05% del total de los afiliados al POS (52,1% en 2007), el de los menores de 15 años el 23,2% (23,7% en 2007) y los de 60 o más años 8,4% del total de afiliados (8,3 % en 2007). En Colombia, el grupo de edad de 15 a 44 años representó el 46,7% del total de habitantes, los menores de 15 años fueron el 29,6% y los mayores de 65 años el 6,4% de los habitantes¹², porcentaje que la ubica como una sociedad madura.

Según la Organización de las Naciones Unidas (1956) las sociedades se clasifican en jóvenes o maduras así: sociedad joven: tiene menos de un 4% de personas de 60 o más años (adulto mayor); sociedad madura: entre 4 y 6% de adultos mayores; y sociedad envejecida: supera el 7% de adultos mayores.

Tabla 4 Afiliados por sexo y grupo de edad, POS EPS SURA 2008

Grupo de Edad	Mujeres	%	Hombre	%	Total general	%
Menor de 1 año	7.336	0,7%	7.678	0,7%	15.014	1,4%
1 a 4 año	26.726	2,4%	28.205	2,5%	54.931	5,0%
0 a 4	34.062	3,1%	35.883	3,2%	69.945	6,3%
5 a 9	43.632	3,9%	45.506	4,1%	89.138	8,0%
10 a 14	47.946	4,3%	50.035	4,5%	97.981	8,8%
5 a 14	91.578	8,3%	95.541	8,6%	187.119	16,9%
15 a 19	41.542	3,7%	41.753	3,8%	83.295	7,5%
20 a 24	47.234	4,3%	45.458	4,1%	92.692	8,4%
25 a 29	57.430	5,2%	52.922	4,8%	110.352	10,0%
30 a 34	53.775	4,9%	47.772	4,3%	101.547	9,2%
35 a 39	50.041	4,5%	45.178	4,1%	95.219	8,6%
40 a 44	49.066	4,4%	44.506	4,0%	93.572	8,4%
15 a 44	299.088	27,0%	277.589	25,1%	576.677	52,1%
45 a 49	42.278	3,8%	36.369	3,3%	78.647	7,1%
50 a 54	32.120	2,9%	25.877	2,3%	57.997	5,2%
55 a 59	24.328	2,2%	19.191	1,7%	43.519	3,9%
45 a 59	98.726	8,9%	81.437	7,4%	180.163	16,3%
60 a 64	17.622	1,6%	14.052	1,3%	31.674	2,9%
65 a 69	12.375	1,1%	10.284	0,9%	22.659	2,0%
70 a 74	9.186	0,8%	6.727	0,6%	15.913	1,4%
75 a 79	6.816	0,6%	4.468	0,4%	11.284	1,0%
80 y más	7.924	0,7%	4.565	0,4%	12.489	1,1%
60 y más	53.923	4,9%	40.096	3,6%	94.019	8,5%
TOTAL	577.377	52,1%	530.546	47,9%	1.107.923	100,0%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

La construcción de una pirámide de población se origina en la estructura por edad y sexo. Este tipo de representación permite hacer un análisis visual del comportamiento de los afiliados a lo largo del tiempo y revela patrones históricos de fecundidad y mortalidad. Las migraciones influyen en la pirámide de población porque no se reparten por igual entre las diferentes edades. Las grandes corrientes migratorias han tenido por protagonistas a jóvenes en busca de trabajo. Los efectos para los lugares de origen son la despoblación y la escasez de jóvenes, en cambio, los lugares de destino han visto rejuvenecer su estructura por edades⁸.

Referente a la migración de colombianos, el censo de 2005 permitió conocer que 3.331.107 colombianos viven en el exterior, 51% son mujeres y 49% hombres. La mayoría de ellos salieron de los departamentos de Risaralda, Valle del Cauca y Quindío, entre 1995 y 2005. Los destinos más frecuentes son Estados Unidos, España y Venezuela⁹.

La población de Latinoamérica se encuentra en la etapa intermedia de transición demográfica. Colombia para el año 2008 tenía proyectada una población de 44.450.260 habitantes, el tercer país con mayor población después de Brasil y México.

La esperanza de vida al nacer para la población colombiana, para el quinquenio 2005 - 2010, fue estimada en 74,0 años (70,67 años para los hombres y 77,51 para las mujeres)¹⁰, indicador que es igual a 76 años en los países desarrollados.

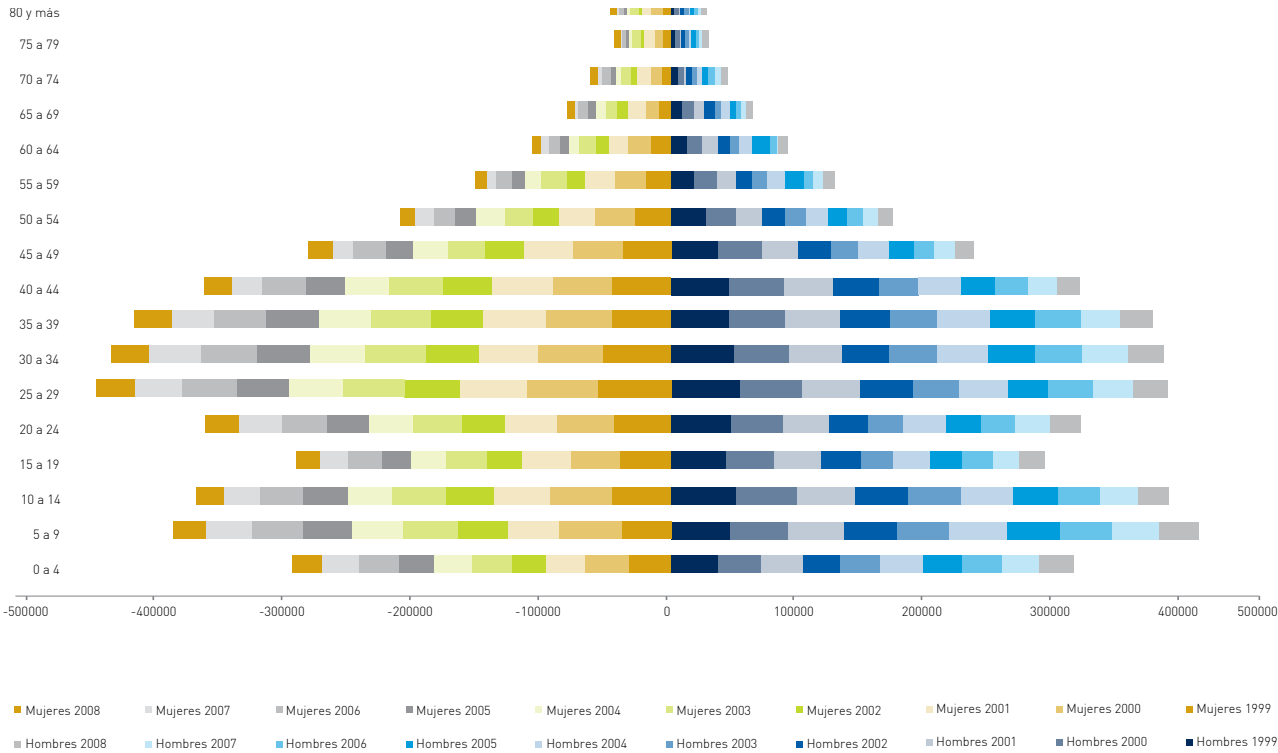
8. Pérez Díaz, Julio. Qué es y qué no es el envejecimiento poblacional. [acceso 10 marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/vejez.htm>.

9. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020. [acceso 2 de marzo de 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

10. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006. p.1.

Para analizar la pirámide poblacional de los afiliados al POS EPS SURA (Gráfica 4 y Anexo 1) según el DANE la población se puede dividir en tres grupos de edad: mayores de 65 años (población dependiente), adultos mayores de 16 años (en edad de laboral) y jóvenes (población menor de 16 años que no puede trabajar). La pirámide de EPS SURA mostró un modelo piramidal regresivo el cual se ensancha cada vez más en los grupos de edad intermedia y avanzada.

Gráfica 4 Pirámide poblacional, POS EPS SURA 1999-2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 1999 - 2008.

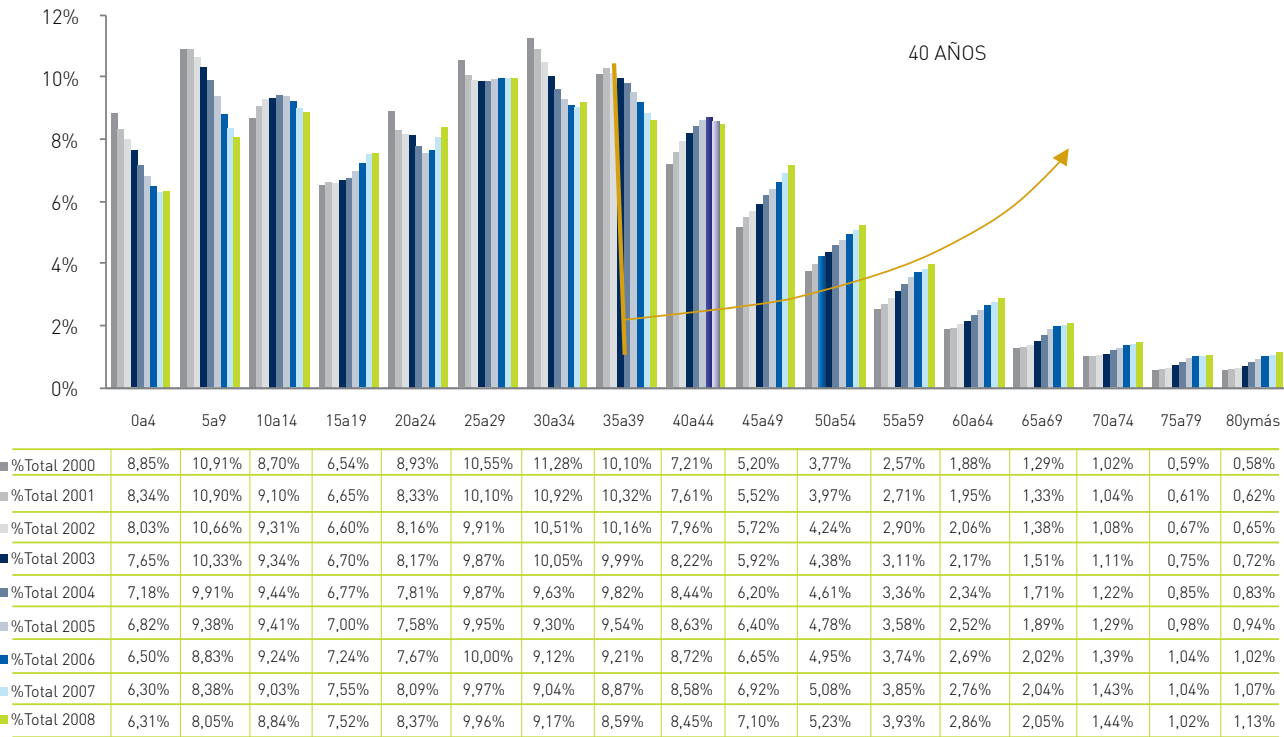


La Gráfica 5 permite apreciar cómo a través de los años se envejece progresivamente la población de afiliados al POS EPS SURA, pues la proporción de éstos entre 0 y 40 años viene disminuyendo, contrario a lo que ocurre con la población de los afiliados de 40 años o más. Así mismo, en la gráfica 6 se observa el incremento en el índice de vejez¹³ y en la proporción de afiliados de 65 y más años, contrario a lo que ocurre con el grupo de los menores de 15 años.

13. Población de 65 o más años/
población de 0 a 14 años x 100



Gráfica 5 Distribución de la población por grupo de edad, POS EPS SURA 2000-2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2000 - 2008.



La distribución de los afiliados por género, ha tenido un comportamiento constante a través del tiempo (Tabla 5). De los 1.107.923 afiliados expuestos (5% más que en 2007), el 52,1% fueron mujeres (52,5% en 2007) y el 47,8% hombres (47,8% en 2007), índice de masculinidad igual a 0,919 (92 hombres por cada 100 mujeres afiliadas). En Colombia este índice se estima en 0,975¹⁴.

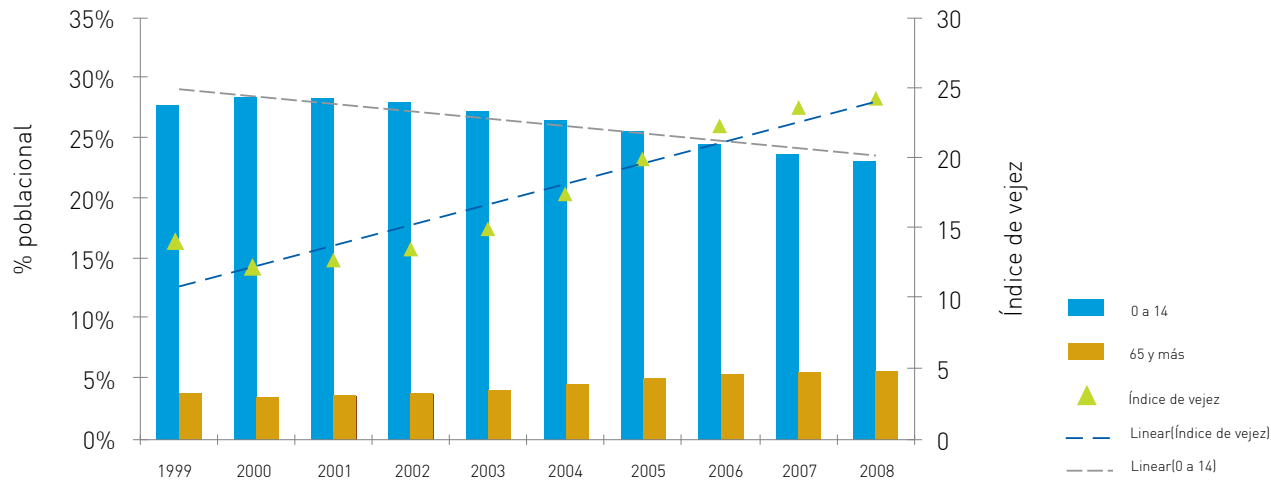
14. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006 - 2020. [acceso 2 de marzo de 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

Tabla 5 Proporción afiliados por género, POS EPS SURA 1999-2008

Género	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mujeres	52,91%	52,66%	52,68%	52,71%	52,71%	52,74%	52,61%	52,51%	52,50%	52,11%
Hombres	47,09%	47,34%	47,32%	47,29%	47,29%	47,26%	47,39%	47,49%	47,80%	47,89%
Índice masculinidad	0,890	0,899	0,898	0,897	0,897	0,896	0,901	0,896	0,896	0,919

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Gráfica 6 Estructura poblacional por grandes grupos de edad POS EPS SURA 1999-2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 1999 - 2008.

Otros indicadores demográficos

Los afiliados al POS EPS SURA durante el año 2008 presentaron los siguientes indicadores demográficos (Tabla 6):

Tabla 6 Índices demográficos por Regional POS EPS SURA 2008

Índice	Antioquia-EC	CENTRO	OCCIDENTE	NORTE	TOTAL
Razón de dependencia de tercera edad	8,0	6,1	10,1	8,4	7,9
Razón de dependencia infantil	32,9	35,2	31,2	40,1	32,6
Índice de envejecimiento	25,4	17,3	32,4	21,0	24,3
Índice de fertilidad	1,3	1,6	1,2	2,0	1,4

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

El **Índice de envejecimiento**¹⁵ muestra cómo las regionales Occidente y Antioquia - EC registran el mayor número de afiliados de 65 y más años por cada 100 afiliados de 0 a 14 años.

El **Índice de fertilidad**¹⁶ se refiere al número de hijos promedio que hipotéticamente tendría una mujer en su edad reproductiva. En Colombia este índice ha disminuido a través de los años. Para la década de los sesenta fue de siete hijos por mujer y para el 2005 fue de 2,4 hijos¹⁷. En EPS SURA, para el año 2008 fue de 1,4 hijos por mujer en edad fértil, (1,3 en el 2007). Para garantizar el reemplazo generacional es necesario que el índice de fertilidad sea mayor al nivel de reemplazo que es 2,6¹⁸, lo cual no se cumple para las afiliadas al POS EPS SURA.

La Razón de dependencia de la tercera edad¹⁹ en los afiliados al POS EPS SURA durante el año 2008, fue igual a 7,9 afiliados mayores de 65 años por cada 100 afiliados en edad de incorporarse al sistema productivo (igual a 2007), indicador que se encuentra directamente relacionado con el envejecimiento de la población. Según este indicador, las regionales que presentan una población con mayor razón de dependencia son las de Occidente y Norte.

Las cifras de la tabla anterior ilustran, una vez más, el envejecimiento de la población afiliada a EPS SURA, fenómeno hacia el cual se deben dirigir las acciones de promoción y prevención, con el propósito de lograr una mejor calidad de vida tanto para los adultos mayores²⁰ como para el resto de la población.

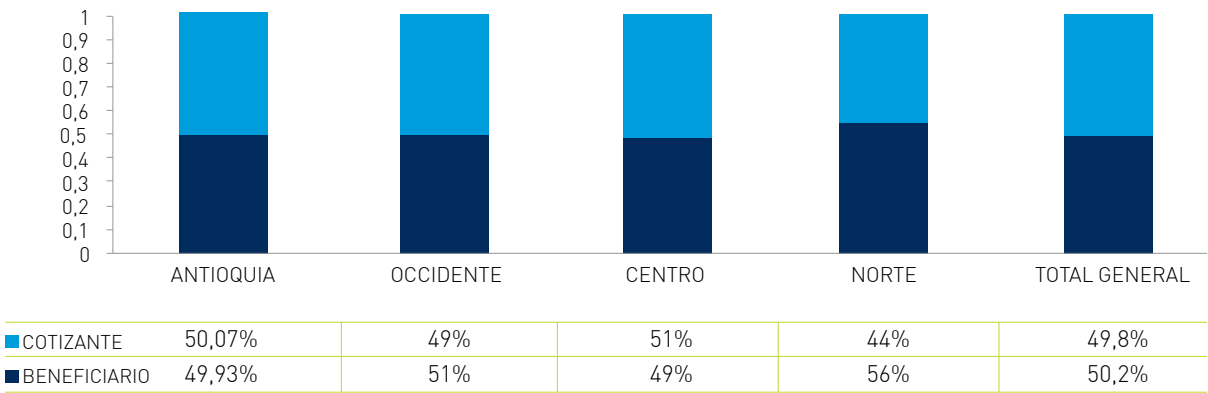
15. Índice de Envejecimiento: Población de 65 o más años/ población de 0 a 14 años x 100.
16. Índice de fertilidad (IF) = número promedio de hijos por mujer.
17. Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. p.96.
18. Nivel de reemplazo: hijos por mujer para garantizar el reemplazo generacional.
19. Razón de dependencia tercera edad = población mayor 65 años/15 a 65 años *100. Razón de dependencia infantil = población 0 a 14 años/15 a 65 años *100.
20. Adulto mayor: Persona de 60 o más años.



Tipo de afiliados

Del total de afiliados al POS EPS SURA, el 49,8% fueron cotizantes (49,4% en 2007); la regional Norte presentó el menor porcentaje de ellos con el 44,0% del total de sus afiliados expuestos (42,0% en 2007), las mayores proporciones se presentaron en las regionales de Centro y Antioquia - EC con el 50,1% y 51,0%, respectivamente (50,4% y 49,8%, en 2007). (Gráfica 7).

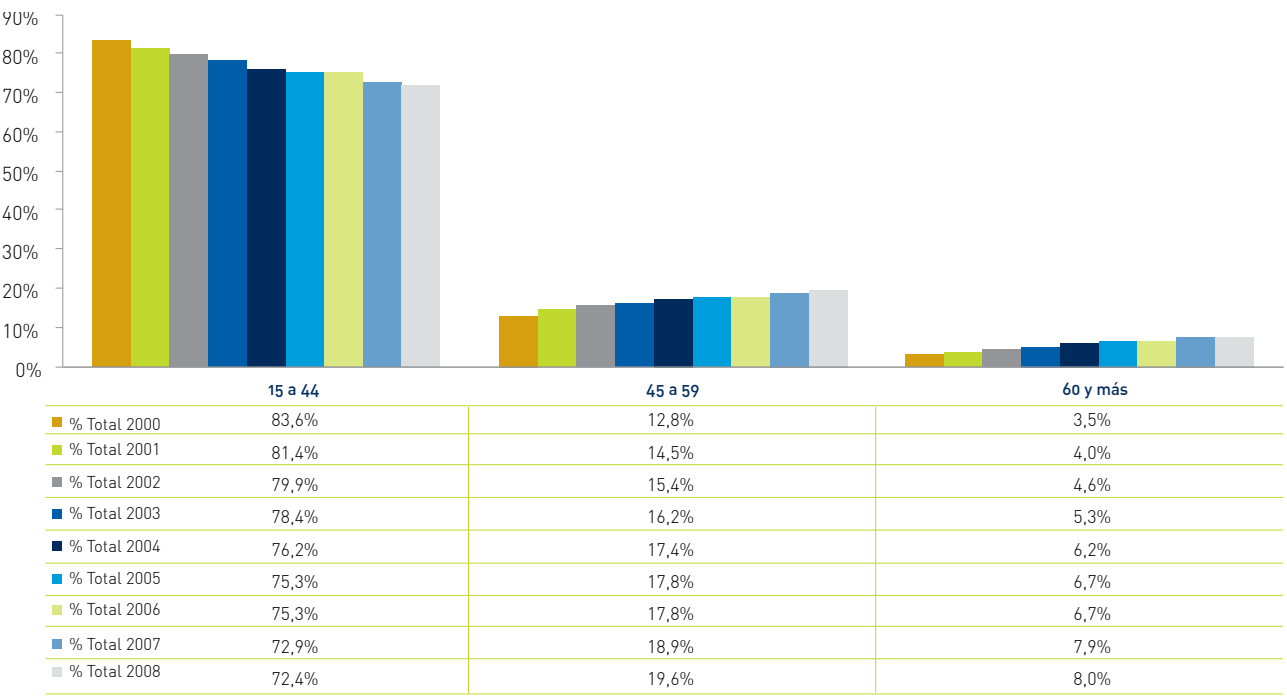
Gráfica 7 Tipo de afiliado por Regional, POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

El envejecimiento de la población afiliada al POS EPS SURA se observa también en los afiliados cotizantes. En 2008 se tuvo un promedio de 550.637 cotizantes (5,4% más que en 2007). De ellos, el 72,4% se encontraba entre los 15 y 44 años (72,9% en 2007); el 19,6% entre los 45 y 59 (18,9% en 2007); el 8% tenía 60 o más años (7,9% en 2007) y el 0,27% eran menores de 15 años (0,3% en 2007). Al igual que en el total de la población afiliada al POS, en la Gráfica 8 se observa la disminución paulatina del grupo de 15 a 44 años y el aumento en los grupos de edades superiores.

Gráfica 8 Distribución cotizantes por grupo de edad, POS EPS SURA 2000 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2000 - 2008.

1.4.3 Nivel de ingreso

El nivel socioeconómico permite estratificar la población en términos de riqueza que es el resultado de la combinación entre los ingresos, la educación y datos ocupacionales.

El empleo, la vivienda y la educación, son la base para la salud de las poblaciones, obtenida mediante la prestación de su fuerza de trabajo, que se operacionaliza por medio de un salario que le permite obtener los bienes y servicios necesarios para sobrevivir y satisfacer sus necesidades básicas²¹.

Estudios en provincias y ciudades de Canadá demuestran que las personas, en cada nivel superior de la escala de ingresos, son más sanas que aquellas en los niveles inferiores. Actualmente, Japón tiene una distribución muy equitativa de la riqueza y es interesante ver que allí se gasta el 6.8% del PIB en atención en salud comparado con el 10% que se gasta en Canadá²².

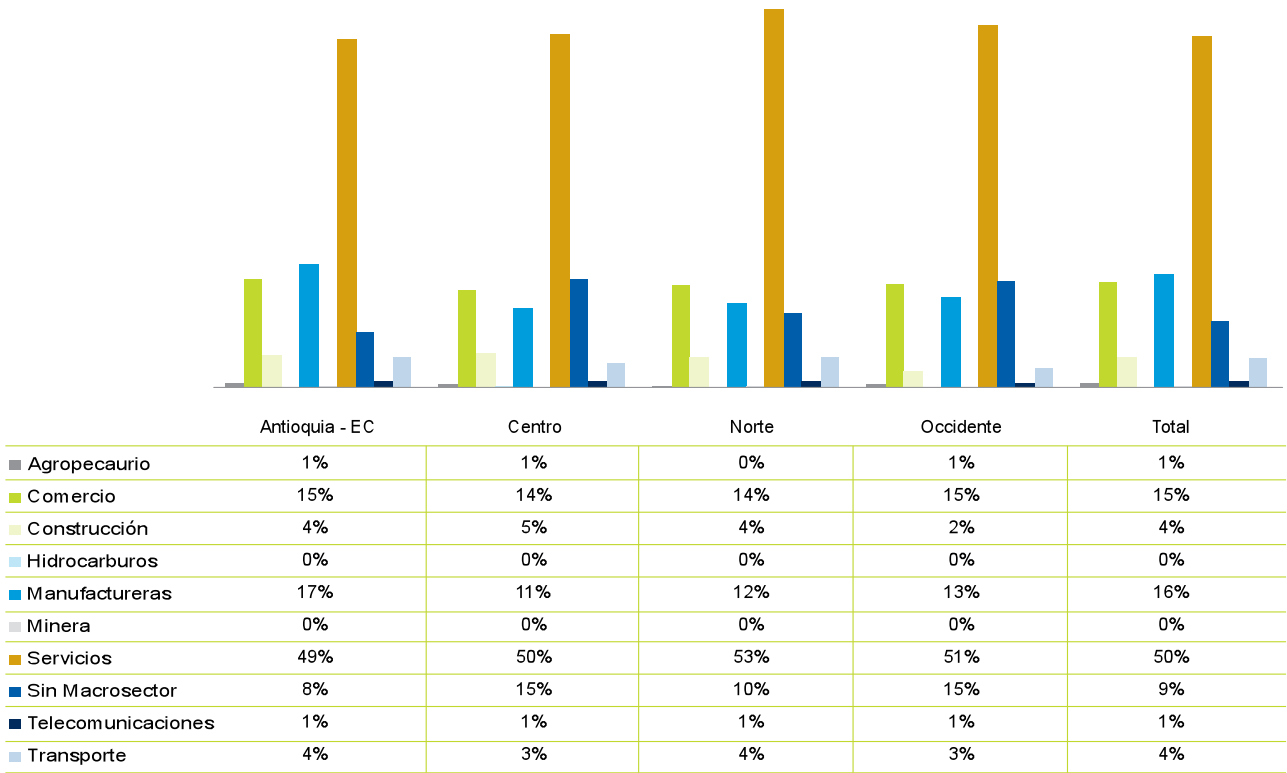
21. Sen A. La salud en el desarrollo. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77(8): 619-23.
22. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense. 2000 Health Canadá. OPS. OMS. Washington D.C. p. 13- 21. [acceso 23 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/can1.pdf>

La mortalidad, la morbilidad y la discapacidad son mayores en las clases bajas, probablemente debido a su mayor exposición a la violencia social y ecológica, a los accidentes, a las drogas, al menor nivel educativo, entre otros. Así mismo, mientras menores sean los bienes y servicios proveídos por la comunidad a la población, mayor importancia tendrá el ingreso personal en la protección de la salud²³.

Los ingresos de los cotizantes afiliados al POS EPS SURA provienen, principalmente, de diez macrosectores industriales (Gráfica 9), entre los más representativos se encuentran: el sector de servicios (técnicos y profesionales, financieros, educación y cultura, salud, entre otros) con el 50 % (55,1% en 2007); el comercio (al por mayor, al por menor, computadores) con el 15% (17,2% en 2007) y el de la industria manufacturera (textiles, alimentos y bebidas, hierro y otros metales, maquinaria y equipos, papel y cartón, entre otros) con el 16% (13,3% en 2007).

23. Jiménez de la Jara, Jorge. "Salud, ingreso y desigualdad: Qué hacer en Chile hoy". [acceso 23 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.equidadchile.cl/pjumenez.html>.

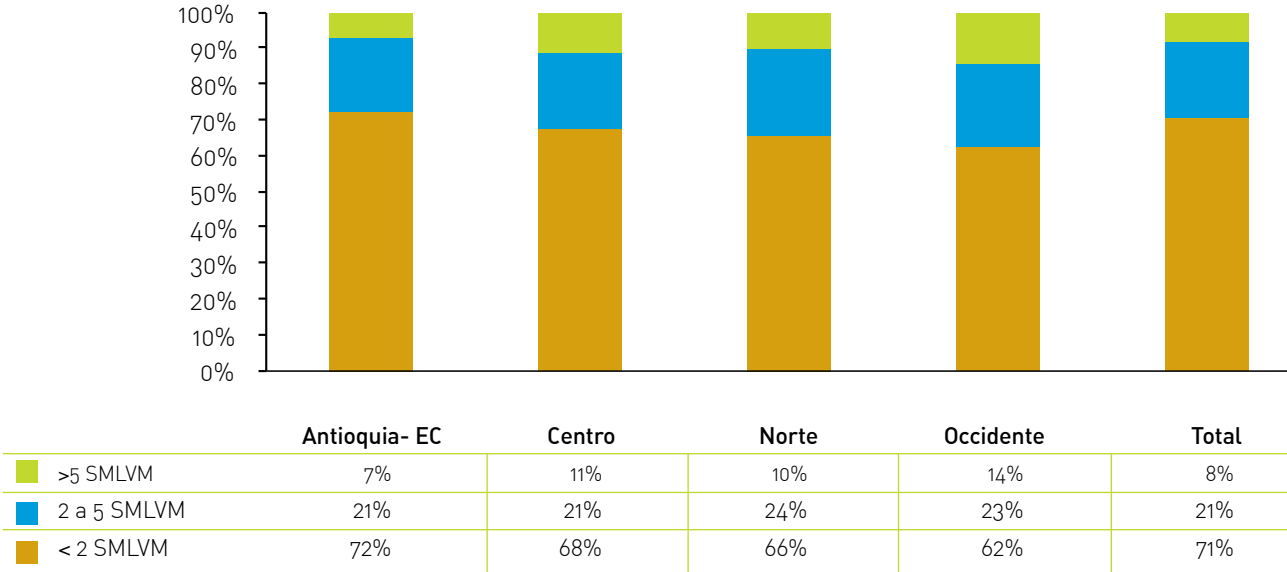
Gráfica 9 Distribución de afiliados por macrosector industrial, POS EPS SURA 2008



Fuente: Gerencia de Mercadeo EPS SURA 2008.

La distribución de los cotizantes por nivel de ingreso durante 2008 fue la siguiente: el 71,0% presentó ingresos inferiores a dos S.M.L.V.M. (76,9% en 2007), el 21,0% de dos a cinco S.M.L.V.M. (17,2% en 2007) y el 8% ingresos superiores a cinco S.M.L.V.M. (5,9% en 2007); estos datos permiten observar que el mayor número de los afiliados tienen ingresos menores a dos S.M.L.V.M. Por regionales, la regional Antioquia - EC tiene la población afiliada con menor nivel de ingresos (es importante recordar que en ésta se encuentra el 74% del total de afiliados) y la regional Occidente la población afiliada con mayor nivel de ingresos (Gráfica 10).

Gráfica 10 Nivel de ingresos por Regional POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

1.4.4 Nivel educativo

La educación tanto para los niños como para los adultos es uno de los factores claves para la salud y la prosperidad de una población, pues provee a los individuos conocimientos y aptitudes útiles para la solución de problemas y de igual manera, aumenta las oportunidades laborales y de ingresos²⁴.

La relación entre la mortalidad en los menores de cinco años y el nivel educativo de la madre es referenciada en la Investigación Interamericana sobre la mortalidad en la niñez²⁵ al citar que la mortalidad en niños de madres con estudios de secundaria y universidad es alta en el período neonatal (similar a la de los hijos de madres sin instrucción), pero baja a la mitad en el período posneonatal, y a una tercera parte en el grupo de niños de 1 a 4 años. En cambio, en los hijos de mujeres sin educación ocurre lo contrario, resultados que llevaron a los investigadores a la conclusión de que a mayor edad del niño, mayor es el efecto del nivel educativo de la madre en su estado de salud.

El efecto de la educación de la madre en la mortalidad perinatal también se observó en los resultados de la Encuesta Salud Sexual

24. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense. 2000 Health Canadá. OPS. OMS. Washington D.C. p. 24. [acceso 23 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/can1.pdf>

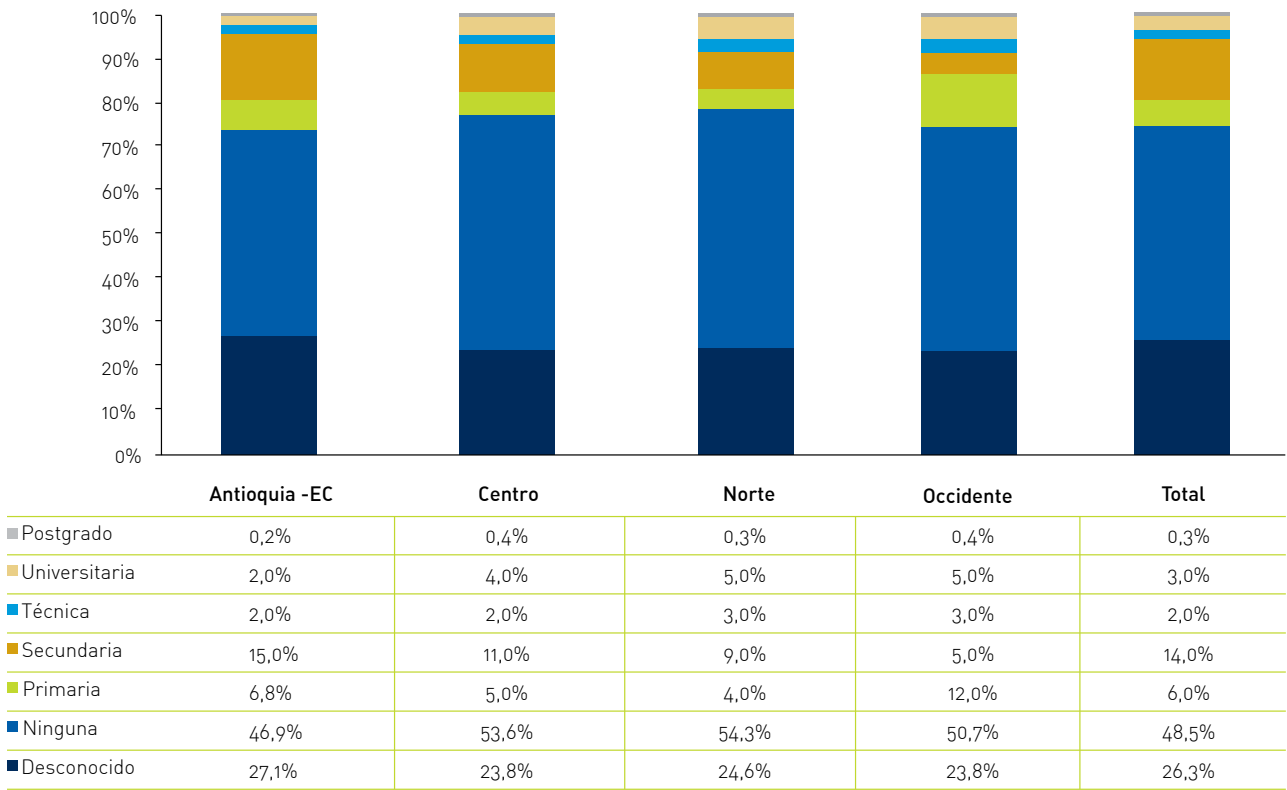
25. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de la Salud en América. Publicación Científica No.567. p.34.

y Reproductiva, Colombia 2005 publicada por Profamilia, donde se encontró que a mayor educación de la madre, menor mortalidad perinatal, siendo más del doble en los hijos de madres sin educación en relación con las que presentan educación superior (29 a 12)²⁶.

En la Gráfica 11 se encuentra el comportamiento del nivel educativo de los afiliados al POS EPS SURA en cada una de las regionales durante el año 2008. En ella se observa que la proporción de afiliados sin ningún tipo de estudio fue el 48,5% (45,5%, en 2007), de los cuales 5,0% eran menores de cinco años, con estudios de primaria el 6,5% (7,5% en 2007); entre estos dos grupos se tuvo el 55,0% del total de los usuarios (53,7% en 2007), proporción que ha venido incrementándose en los últimos años. Los usuarios con estudios de secundaria representaron el 14,0% (15,4% en 2007), con estudios tecnológicos y universitarios el 5,0% (6,0% en 2007); entre estos dos últimos grupos se tuvo el 19,0% de los afiliados al POS EPS SURA (21,4% en 2007). Estos resultados demuestran que continúa descendiendo la proporción de personas con educación y aumentando el número de personas sin ninguna. (véase pie de Gráfica 11).

26. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de demografía y salud 2005. p.190.

Gráfica 11 Nivel de escolaridad por Regional, POS EPS SURA 2008



*Ninguna escolaridad, no significa que estos porcentajes correspondan a personas analfabetas, pues el 5% de los afiliados son menores de 5 años; por otro lado, estos datos se pueden deber a afiliados a los cuales no se les ha actualizado esta información desde su ingreso al POS EPS SURA, aspecto en el cual se sigue trabajando.

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.



En 2008, las mujeres presentaron mayor nivel educativo que los hombres, comportamiento que se ha mantenido a lo largo de los años; sin embargo, en ellas el nivel de escolaridad descendió si se comparan con los datos registrados en 2007 (Tabla 7).

Tabla 7 Nivel educativo por género, POS EPS SURA 1999-2008

Nivel Educativo	Mujer		Hombre	
	2007	2008	2007	2008
Ninguna	43,2%	46,2%	48,1%	51,0%
Primaria	8,1%	6,8%	6,9%	5,7%
Secundaria	16,7%	14,7%	14,0%	12,2%
Técnica	2,8%	2,5%	2,0%	1,8%
Universitaria	3,4%	3,1%	3,1%	2,6%
Posgrado	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Desconocido	25,6%	26,4%	25,6%	23,9%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

1.4.5 Estado civil

La revisión realizada por Berkman en 1995, de los estudios publicados entre 1976 y 1994 acerca de la calidad de las relaciones sociales y su asociación con enfermedades como la isquemia cardiaca, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares y circulatorias y las enferme-

dades respiratorias, mostró que los individuos aislados socialmente tenían un incremento en el riesgo de adquirir enfermedades que los llevaban a la muerte²⁷.

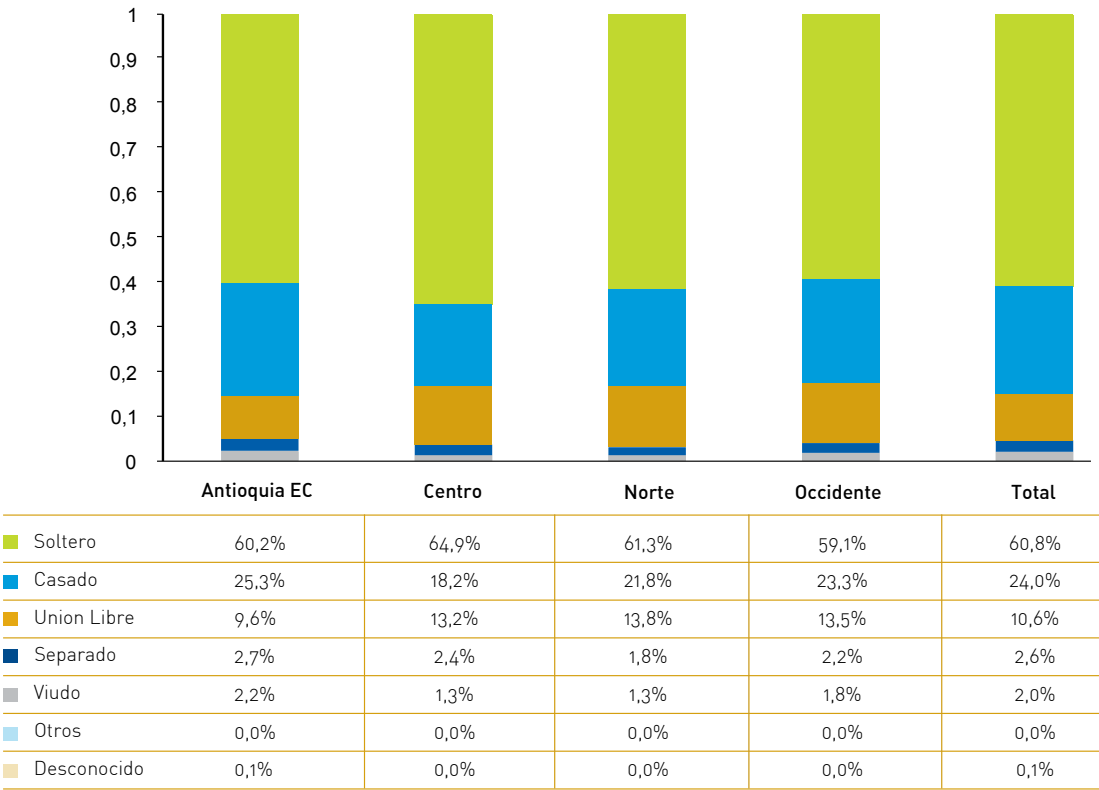
MacMahon, Pugh e Ipsen²⁸, afirman que existe relación entre la mortalidad y el estado civil; según ellos, las personas con mala salud o en etapas presintomáticas de alguna enfermedad tienden a permanecer solteras, al igual que aquellos que viven “peligrosamente” y se encuentran expuestos a gran variedad de factores de riesgo. Los estilos de vida de los solteros y de los casados se encuentran relacionados con la aparición de ciertas enfermedades puesto que, en muchas ocasiones, el apoyo psicológico o físico de un miembro de la familia contribuye a mejorar el estado de salud.

La distribución de los afiliados al POS EPS SURA, de acuerdo con su estado civil [Gráfica 12], continúa siendo similar a la registrada en los años anteriores: los solteros representaron el 60,8% de los afiliados (60,9% en 2007), los casados el 24,0% (24,4% en 2007), los afiliados que viven en unión libre el 10,6% (10,0% en 2007) y otros el 4,6% (4,7% en 2007). Por género, se encuentran diferencias y aunque la proporción de casados es similar en ambos géneros, es mucho mayor el número de mujeres separadas y viudas (Tabla 8).

27. Berkman, L.F. (1995) The Role of Social Relations in Health Promotion. Psychosomatic Medicine 57:245-254. [acceso 17 de abril de 2007]. Disponible en: <http://obssr.od.nih.gov/Content/Publications/Articles/SOCIAL.htm>

28. Alan Dever G.E. Epidemiología y administración de los servicios de salud. OPS/OMS 1991. p.171.

Gráfica 12 Estado civil por regional, POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Tabla 8 Estado Civil por género, POS EPS SURA 2007-2008

Estado Civil	Mujer		Hombre	
	Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008
Soltero	58,11%	58,05%	63,93%	63,86%
Casado	24,20%	23,75%	24,50%	24,18%
Union Libre	10,68%	11,36%	9,23%	9,70%
Separado	3,30%	3,24%	1,77%	1,80%
Viudo	3,62%	3,51%	0,43%	0,40%
Otros	0,09%	0,02%	0,06%	0,01%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.



29. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2005. p.1

1.5 Natalidad y fecundidad

La natalidad

La natalidad hace referencia al número de nacimientos que se producen en una población en un momento dado. Para medirla se utiliza el indicador llamado “Tasa Bruta de Natalidad” (TBN) que indica el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes de una población en un año.

La tasa de natalidad se encuentra relacionada con el desarrollo de las regiones, siendo muy baja en las regiones desarrolladas, por ejemplo, en América del Norte está alrededor del 15 por 1.000 y en Europa cerca del 10 por 1.000, y muy elevada en las regiones subdesarrolladas, por ejemplo, en África supera el 40 por 1.000.

Estas variaciones están determinadas por una serie de factores, entre los que se encuentran: el desarrollo económico de los países, el nivel cultural de la mujer, la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral, la religión, los factores políticos, entre otros.

Después de la Segunda Guerra Mundial (1939 -1945), se produjo un incremento de la tasa de natalidad, fenómeno conocido como Baby-Boom. El intenso crecimiento económico que se vivió entre 1945 y 1973 favoreció los nacimientos pero, a partir de los años 70 del siglo XX, los nacimientos iniciaron un descenso.

En Colombia, la Tasa Bruta de Natalidad (TBN) ha disminuido desde 1964, año en el que alcanzó a ser de 47,2 nacimientos por cada 1.000 individuos. Para el quinquenio 2005 - 2010, la tasa se estimó en 19,92 nacimientos por cada 1.000 habitantes²⁹. En EPS SURA, en 2008, esta tasa fue de 12,7 nacimientos por cada 1.000 afiliados, aumentó ligeramente respecto a 2007 donde fue de 12,1. Por regionales, la tasa más alta se presentó en la regional Norte donde fue de 17,3 nacimientos por cada 1.000 afiliados (15,3 en 2007) y la tasa más baja se sigue registrando en la regional Occidente donde en 2008 fue de 10,3 (9,5 en 2007).

La fecundidad

La Tasa de Fecundidad General (TFG), relaciona el número de nacidos con las posibilidades concretas de procreación, es decir, con el número de mujeres en edad fértil (mujeres entre 15 y 49 años) y se utiliza para evaluar la tendencia de una población.



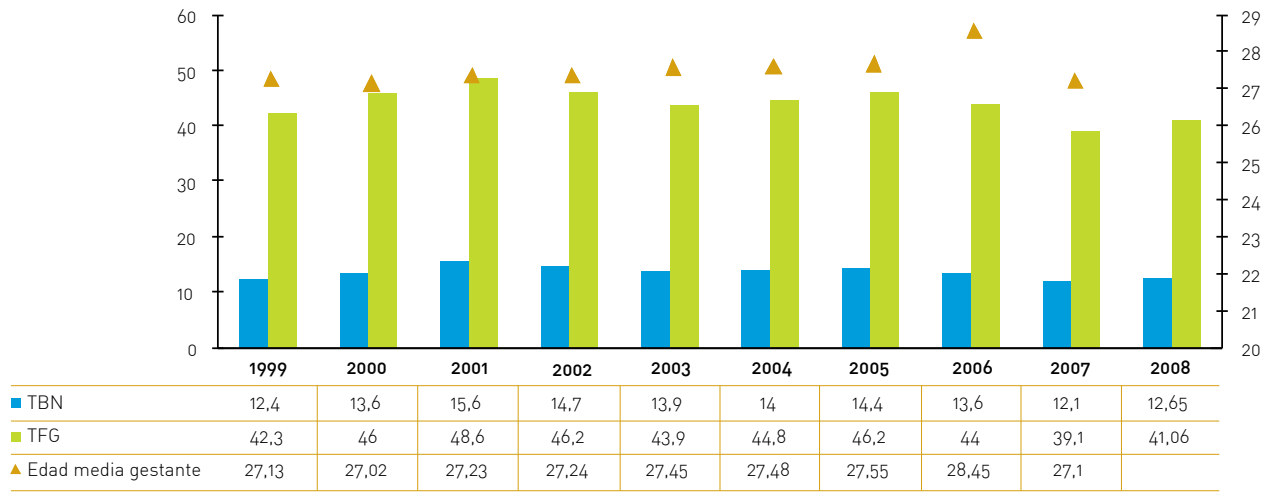
Desde 1980, en China estuvo prohibido por ley, tener más de un hijo por pareja con el fin de controlar la natalidad y evitar un crecimiento desmesurado en el país más poblado del planeta (a principios de 2005 alcanzaba los 1.300 millones). Aunque esta política fue abolida en las grandes ciudades en 2004, continúa siendo muy elogiada, y a veces obligatoria, en muchas zonas rurales. Ha sido frecuentemente criticada en Occidente por su crueldad, ya que provoca asesinatos de bebés de sexo femenino (las niñas están menos valoradas), así como abortos repetidos³⁰.

La fecundidad media mundial es de tres hijos por mujer, sin embargo, se observan grandes diferencias por regiones como por ejemplo, las mujeres africanas tienen 5,5 hijos en promedio, mientras que las europeas no alcanzan los 2,1 hijos por mujer, cifra necesaria para asegurar el reemplazo generacional, es decir, que un territorio no pierda población.

Para Colombia, la Tasa General de Fecundidad estimada (total nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil 15 - 49 años) es de 74,6 para el quinquenio 2005 - 2010. En EPS SURA, en 2008, fue de 41,1 (39,1 en 2007). La edad media de la fecundidad para Colombia se encuentra estimada en 27,5 años, en las afiliadas al POS EPS SURA, en 2008 fue de 26,5 años, edad que disminuyó al compararse respecto al año anterior (27,1 de 2007) (Gráfica 13).

30. Tasas demográficas. [acceso 23 febrero de 2008]. Disponible en: http://www.kalipedia.com/popup/popupWindow.html?anchor=klpcnavid&tipo=imprimir&titulo=Imprimir%20Art%C3%ADculo&xref=20070417klpgeogra_53.Kes

Gráfica 13 Tasas de Fecundidad General (TFG) y Tasa Bruta de Natalidad (TBN), POS EPS SURA 1999 - 2008

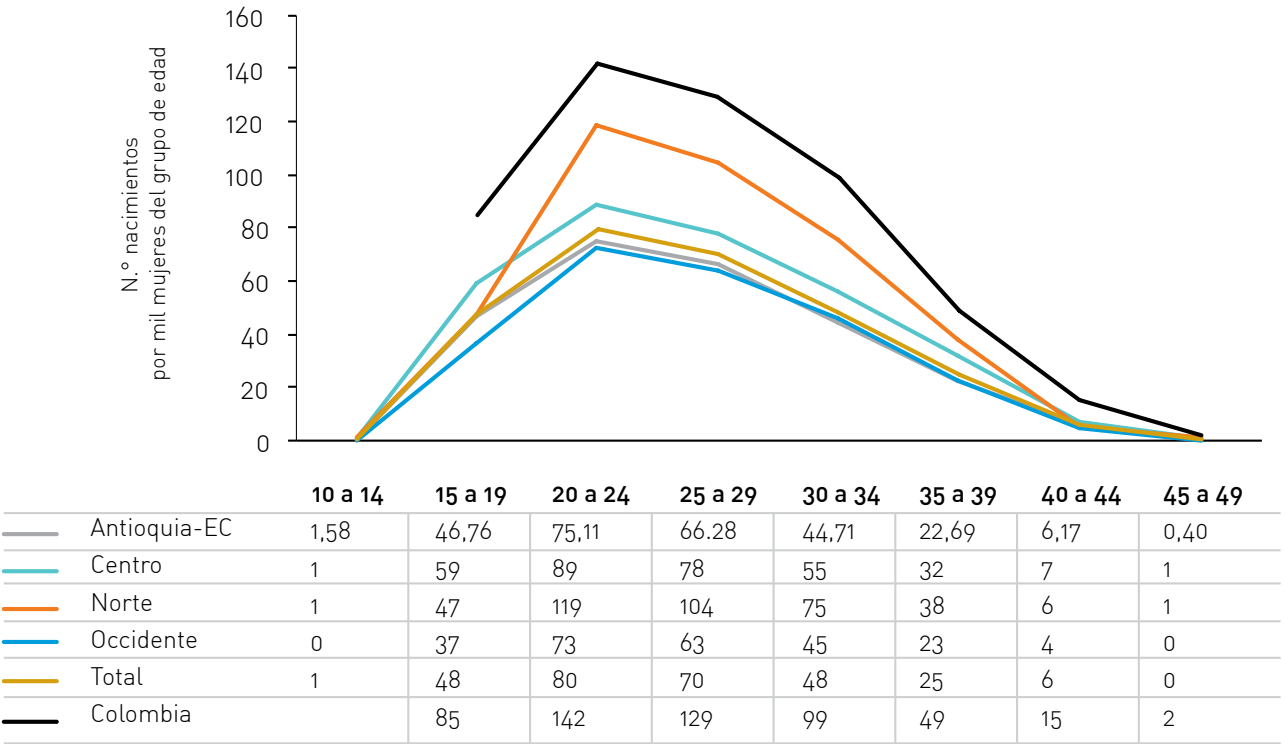


Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Esta tasa tiene su cúspide en el grupo de 20 a 24 años³¹, tanto en Colombia como en las afiliadas a EPS SURA (Gráfica 14). Por regionales, la tasa más alta se registró en la regional Norte con 51,7 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (52,4 en 2007) y, la tasa más baja se registró en la regional Occidente donde fue igual a 29,9 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (31,4 en 2007).

31. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020. [acceso 2 de marzo de 2009]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

Gráfica 14 Tasas específicas de fecundidad por grupo de edad, POS EPS SURA 2008

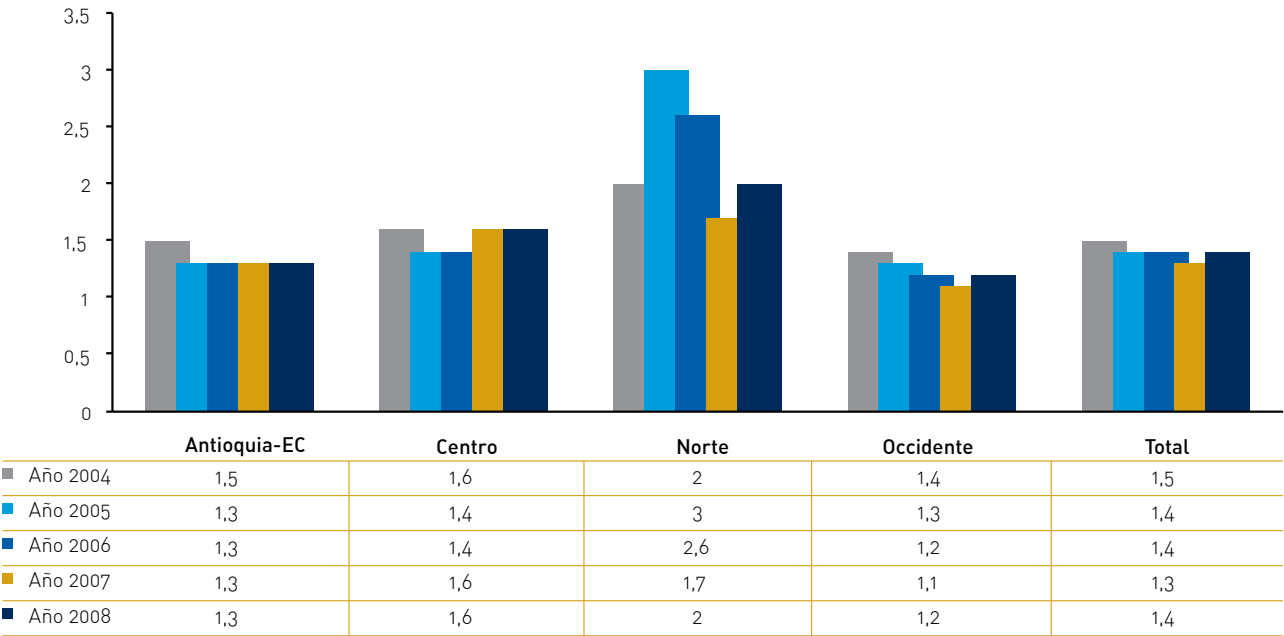


Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

32. Número de hijos por mujer expuesta.
33. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020. [acceso 22 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

Respecto al Índice de Fertilidad³², en EPS SURA para el 2008 se incrementó y fue de 1,4 hijos por mujer expuesta (1,3 en 2007). Por regional, el mayor índice lo tuvo la regional Norte con 2,0 y la menor la Occidente con 1,2 (Gráfica 15). En Colombia este índice se estima en 2,45 para el quinquenio 2005 - 2010³³.

Gráfica 15 Índice de fertilidad, POS EPS SURA 2004 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

El uso de métodos anticonceptivos se constituye en la práctica más eficaz para prevenir los embarazos, incrementando de esta manera la supervivencia infantil. El desconocimiento de estos métodos, el predominio de las uniones libres y el descenso en la edad de la primera relación sexual, ocasionan embarazos frecuentes y precoces, los cuales son causa importante de mortalidad y morbilidad de madres y niños de corta edad.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 de Profamilia, el intervalo entre los hijos aumentó otros cinco meses en los últimos cinco años al pasar de 37 a 42 meses. Espaciamiento que no sólo significa menor promedio de hijos, sino cambios en la distribución de los nacimientos a través de todo el período reproductivo de la mujer, permitiendo disminuir la proporción de nacimientos con bajo peso al nacer, la desnutrición infantil y la mortalidad en los primeros años de vida. La educación y la zona de residencia presentan diferencias importantes en el intervalo intergenésico: entre las madres menos y las más educadas la diferencia es de 19 meses, en tanto que entre la zona urbana y la rural es de 13 meses³⁴.

En EPS SURA durante 2008, se realizaron 14.256 actividades educativas en planificación familiar, con el propósito de brindar a los usuarios los elementos necesarios para la utilización de los diferentes métodos anticonceptivos³⁵.

De las mujeres que tuvieron partos durante el año 2008 en EPS SURA, el 58,1% eran solteras (46,1% en 2007); 3,0% separadas (1,8% en 2007); viudas 0,5% (0,5% en 2007), unión libre 19,8% (30,3% en 2007) y casadas 18,4% (21,2% en 2007). Al observar el comportamiento en los últimos cuatro años se tiene: aumento del número de madres solteras y separadas y, disminución de las madres en unión libre y casadas (Tabla 9).

34. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. p. 101-102.
35. Fuente: Inteligencia de negocios EPS SURA 2008.

Tabla 9 Estado Civil de las Gestantes POS EPS SURA 2005-2008

	Tendencia	2004	2005	2006	2007	2008
Soltero	↗	41,3%	41,2%	43,5%	46,1%	58,1%
Union Libre	↘	27,3%	28,6%	29,1%	30,3%	19,8%
Casado	↘	28,6%	27,3%	25,0%	21,2%	18,4%
Separado	↗	2,1%	2,4%	1,9%	1,8%	3,0%
Viudo	→	0,6%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Desconocido	↗	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 – 2008.

Respecto al nivel educativo, el 68,0% de las gestantes no tenían ninguna educación (53,8% en 2007), aspecto de relevancia en cuanto a la morbi-mortalidad infantil y materna como se confirma en la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud, donde se encontró que a mayor educación de la madre menor mortalidad perinatal, siendo dos veces más alto el riesgo en las mujeres sin educación en relación con las mujeres de educación superior (29 a 12 muertes perinatales por 1.000)³⁶; el 2,5% tenían estudios de primaria (6,7% en 2007); el 21,4% estudios de secundaria (28,2% en 2007) y el 7,5% estudios técnicos o universitarios (11,3% en 2007). El comportamiento observado durante los últimos cuatro años muestra un aumento paulatino de las madres sin ninguna educación y una disminución de las que tienen educación (Tabla 10).

34. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. p. 101-102.
35. Fuente: Inteligencia de negocios. EPS SURA. 2008.
36. Profamilia. Salud Sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 p.190

Tabla 10 Nivel de educación de las gestantes, POS EPS SURA 2005-2008

	Tendencia	2004	2005	2006	2007	2008
Ninguna	↗	23,7%	33,6%	44,6%	53,8%	68,0%
Primaria	↘	8,0%	7,5%	7,0%	6,7%	2,5%
Secundaria	↘	51,7%	43,0%	34,4%	28,2%	21,4%
Tecnica_ Universitaria	↘	16,6%	15,9%	14,0%	11,3%	7,5%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 – 2008.

En cuanto al nivel de ingresos (Tabla 11), en el 81,0% de las gestantes, el grupo familiar tenía ingresos menores a dos S.M.L.V.M. (88,4% en 2007), el 16,6% de dos a cinco S.M.L.V.M (10,5% en 2007) y el 2,6% más de cinco S.M.L.V.M (1,1% en 2007). En el periodo analizado se incrementaron las gestantes con salarios entre dos a cinco S.M.L.V.M y continúa siendo importante que más del 80% de las gestantes de EPS SURA tengan ingresos menores de dos S.M.L.V.M.

Tabla 11 Nivel ingresos de las gestantes, POS EPS SURA 2005-2008

Nivel Educativo	Tendencia	2004	2005	2006	2007	2008
< 2 SMLVM	↘	85,0%	86,1%	88,3%	88,4%	81,0%
2 a 5 SMLVM	↘	13,5%	12,6%	10,3%	10,5%	16,6%
> 5 SLMVM	↗	1,4%	1,4%	1,4%	1,1%	2,6%

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 – 2008.

Es importante señalar que 113 partos se registraron en edades extremas, sesenta y cinco partos más respecto a 2007, año en que se presentaron 48. Estos partos se distribuyeron así: 66 en menores de 15 años, (21 en el 2007), estos 66 partos representan el 0.46% del total de partos atendidos por la EPS en 2008, que fueron 14.107.

En las mujeres mayores de 45 años, se registraron 23 partos (27 en 2007), que equivalen al 0.16% del total de partos atendidos en 2008.

La madre más joven tenía 13 años y la de mayor edad 50 años, ambas de la regional Antioquia - EC.

Embarazo en adolescentes

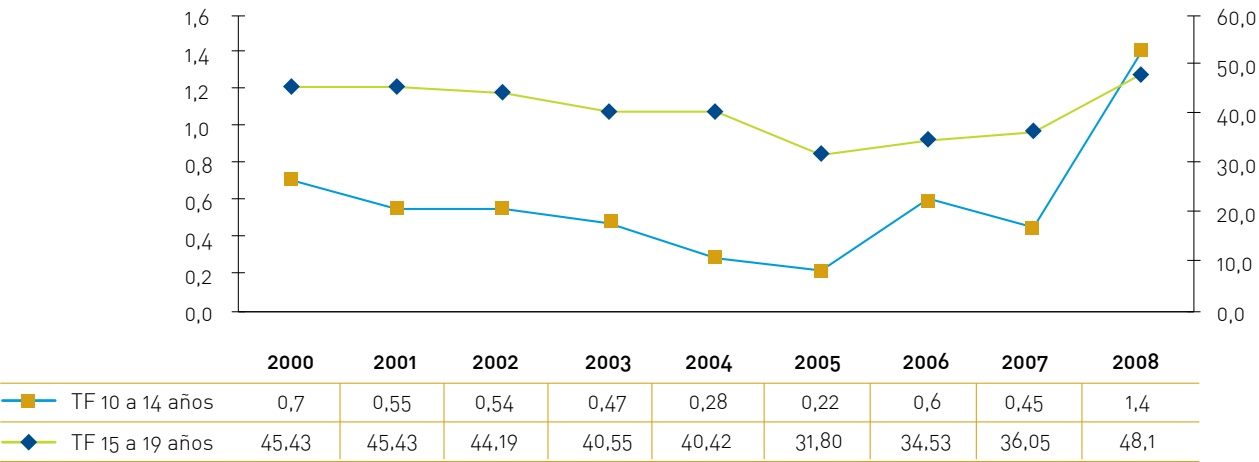
La Organización Mundial de Salud define al grupo adolescente como la población entre los 10 y los 19 años, y como grupo de jóvenes los de 15 a 24 años; por otro lado, la Convención Internacional de los Derechos de los Niños(as) establece como adolescentes aquellos que se ubican entre los 12 ó 13 hasta los 18 años.

Según resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva realizada por Profamilia de los diferentes años, en Colombia el número de adolescentes que se embaraza va en aumento: pasó de 11% en 1990 a 21% en 2005, año en que una de cada cinco mujeres adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16,2% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. Los mayores incrementos de embarazo en adolescentes se presentaron en Bogotá y los Santanderes³⁷.

Se estima que cerca del 11% de los nacimientos ocurren en las mujeres menores de 20 años. En ellas el peligro de muerte es el doble que en el de las mayores de 19 años³⁸, y la probabilidad de complicaciones como el parto pretérmino, la anemia y la hipertensión es superior que en las mujeres mayores de 20 años³⁹, todo ello debido posiblemente a que en las jóvenes hay deficiencias en la captación precoz de las embarazadas, en el número y calidad de los controles prenatales, en la calidad de la atención del parto y el puerperio, y en la calidad de la planificación familiar⁴⁰.

Al mirar la evolución de la fecundidad de las adolescentes afiliadas al POS EPS SURA (Gráfica 16), se observa que ésta ha aumentado para el grupo de 15 a 19 años en los dos últimos años al pasar de 31,8 en 2005 a 48,1 en 2008. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, de Profamilia, en Colombia la tasa de fecundidad de adolescentes es de 90 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años, siendo esta tasa en la zona urbana de 79 nacimientos y en la zona rural de 128 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años.

Gráfica 16 Tasa de Fecundidad (TF) en adolescentes, POS EPS SURA 2000 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2000 - 2008.

Los datos anteriores están acordes con la relación directamente proporcional entre el nivel educativo y la edad en que se inicia la maternidad pues, como vimos anteriormente (Tabla 11), en los últimos años se ha incrementado el número de embarazos en adolescentes al mismo tiempo que ha disminuido el nivel de estudios de las gestantes. Lo anterior hace necesario el diseño de estrategias donde participen activamente diferentes sectores y en las que se haga que la adolescente tome conciencia temprana de que la maternidad no es la única opción de vida, se estimule su sentido de la responsabilidad en la toma de decisiones, fortalezca su autoestima y mantenga una actitud favorable hacia la salud en general⁴¹.

En este sentido es importante trabajar para incrementar el nivel educativo de la mujer ya que, como vimos anteriormente, la educación de ella desempeña un papel crucial, pues las mejor educadas toman decisiones acertadas respecto a su salud sexual y reproductiva, buscan el mejor y más moderno método de anticoncepción evitando embarazos durante la adolescencia.

Conclusión

Se podría decir que de acuerdo con lo descrito en este capítulo, EPS SURA tiene bajo su cuidado más de 1.100.000 afiliados al régimen contributivo, población que viene en proceso paulatino de envejecimiento, con bajos niveles de ingresos y de educación y con tasas de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años en crecimiento.

37. Profamilia. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. p.108-109.

38. Plata, María Isabel. Hacia la maternidad segura. Informe especial de PROFAMILIA, resumen de World Health Day. 7 abril 1.998. p.22.

39. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, So What? [acceso 11 de mayo de 2004]. Disponible en: <http://www.teenpregnancy.org/whycare/sowhat.asp>

40. National Center for Health Statistic. Births: Final Data for 2002. National Vital Statistic Reports. [acceso 17 de diciembre de 2003]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_05.pdf

41. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de Méx. 1997; 39 (2):137- 143. [acceso 10 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000792>



Capítulo 2

Morbilidad

Afiliados al POS EPS SURA



La morbilidad se refiere al número total de ocurrencia de una enfermedad, problema de salud o condición incapacitante que acontece durante un periodo de tiempo para una población en un determinado lugar, que generalmente se mide a través de dos indicadores: la incidencia y la prevalencia¹. Los datos sobre frecuencia y distribución de una enfermedad, entre otros, son la base para definir las acciones que permitan el control de las diferentes patologías.

La incidencia es un índice dinámico que refleja casos nuevos y que requiere seguimiento en el tiempo de la aparición y la velocidad de propagación de una enfermedad en una población dada. La tasa de incidencia, expresa la fuerza que una enfermedad tiene para determinar el cambio del estado de salud de una población por una unidad de tiempo en relación a la población susceptible en ese momento, lo que considera que no toda la población está en riesgo de adquirir la enfermedad durante ese mismo tiempo. Se define entonces como el número de casos nuevos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados en un período definido, dividido entre el número de personas de la población en la cual surgieron dichos casos. Por lo general se expresa en términos de casos por 1.000 o por 100.000 habitantes por año. Esta tasa puede ser específica según edad, sexo o cualquier otra subdivisión de la población y permite, por ejemplo, evaluar el impacto que tiene un nuevo programa de lucha contra determinada enfermedad, al indicar la variación en el número de casos nuevos después de la implementación del programa.

La prevalencia mide la magnitud del problema. Número de personas que tienen una enfermedad específica en un momento determinado, por 1.000 habitantes expuestos. Comprende todos los casos existentes con anterioridad, así como los casos nuevos que se presenten durante un el período específico. La tasa de prevalencia es utilizada habitualmente para enfermedades crónicas con el fin de estimar qué parte de la población está afectada.

Un importante debate relacionado con el descenso general en la morbilidad y la mortalidad en el mundo se centra en el papel que tiene la medicina en contraste con la contribución de las mejoras generales de las condiciones

de vida. Los avances en salud pública, prevención, técnicas de diagnóstico y cirugía, investigación y aparición de nuevos medicamentos y vacunas, han sido, sin duda, de valor sustancial; no obstante, se ha reconocido que las mejoras en las condiciones de vida (calidad y cantidad de alimento, saneamiento, higiene, vivienda, agua potable y educación) son tan importantes, o más, que los avances en la atención médica. La satisfacción de las necesidades básicas es reconocida como factor determinante para mejorar las condiciones de salud y la pobreza como el mayor obstáculo para conseguirlo.

El comportamiento de la mortalidad y morbilidad se presenta desigual por género en casi toda la población afiliada a EPS SURA, las personas entre los 20 y 64 años de edad representan más de la mitad población afiliada, los cuales deben asumir la carga laboral y social del resto de la población que corresponde a menores de 20 años y a la población senil. El género, la edad, el nivel de ingresos, la educación, la nutrición y las co-morbilidades, son elementos que influyen en la salud de los individuos. Como se vio en el capítulo anterior, la población afiliada a la EPS, viene en un proceso paulatino de envejecimiento, tiene bajo nivel de ingresos, de educación y presenta tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Las principales causas de morbilidad de nuestros afiliados muestran los efectos de estas variables y de la transición epidemiológica² que se viene dando. Cada vez es mayor el peso de las enfermedades degenerativas³, las cuales requieren un seguimiento exhaustivo y cuyos servicios, en muchas ocasiones, son costosos. Si bien la mayoría de las enfermedades transmisibles han decrecido o han permanecido estables en el tiempo, en algunos casos han incrementado como la tuberculosis, o emergen como en el caso del VIH.

Por otro lado, el envejecimiento y sus consecuencias en la salud dependen en buena medida del género, el nivel socioeconómico y la educación, factores que frecuentemente inciden en la utilización de los servicios de salud y limitan el acceso a los mismos. Si se compara con las mujeres más jóvenes, las mayores presentan altos porcentajes de morbilidad y tienen mayor probabilidad de no estar aseguradas por encontrarse con mayor frecuencia solas por viudez o separación.

Esta situación revela la necesidad de fortalecer los programas de promoción de la salud, dirigidos a minimizar las afecciones crónicas, orientados especialmente hacia la mujer, con énfasis en el autocuidado, en todas las edades. Por eso EPS SURA creó en el año 2007 el Centro para el Manejo Integral del Cáncer, (donde se prestan servicios para el cáncer de cuello uterino y de mama); allí se articulan todos los niveles de atención con el fin de tener un diagnóstico y tratamiento oportuno e integral.

A continuación, se presenta el perfil de los afiliados al POS, con el propósito de analizar las características de morbilidad entre el servicio de hospitalización, urgencias y consulta de la población afiliada al POS de la EPS SURA, con el cual esperamos establecer prioridades que orienten la asignación de los recursos hacia programas que logren un mayor impacto en la salud con mejores resultados.

Como en años anteriores, para elaborar este perfil se tuvo en cuenta la morbilidad diagnosticada por nuestros profesionales de la salud⁴. Las fuentes de información utilizadas fueron: los egresos hospitalarios, la consulta externa (consulta y control médico general), la consulta prioritaria y urgente de médico general, la consulta odontológica, las incapacidades y el consumo de medicamentos. Los diagnósticos fueron agrupados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.

2. Enfermedad en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo. Como, por ejemplo, la osteoartritis, la osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer.
3. Enfermedad en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo. Como, por ejemplo, la osteoartritis, la osteoporosis y la enfermedad de Alzheimer.
4. Aproximación al conocimiento de la Comunidad en Atención Primaria. Grupo APOC de la SCMFIC. Sept.1996. p.21.

1. Rapaport, Jonatan . Indicadores de salud. [acceso 24 marzo 2008]. Disponible en: <http://dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/124>



Tabla 12 Indicadores egresos hospitalarios
POS EPS SURA 2000 - 2008

Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
No. egresos hospitalarios	29.348	31.428	34.115	36.329	34.222	38.003	42.793	56.876	60.407
Relación urgente/electiva	8/1	8/1	11/1	6/1	13/1	11/1	7/1	6/1	5/1
% mujeres	71,9%	70,8%	72,3%	70,2%	68,4%	67,6%	67,2%	67,8%	68,1%
% pacientes 15 a 44 años	60,2%	58,8%	60,7%	55,9%	54,0%	52,5%	50,4%	50,8%	50,7%
% pacientes → 60 años	11,9%	12,1%	12,9%	16,6%	19,3%	19,7%	20,3%	19,1%	19,0%
% Tratamiento quirúrgico	41,7%	33,8%	32,4%	28,5%	30,8%	33,5%	37,2%	36,3%	38,3%
% cesáreas	36,4%	33,9%	34,9%	33,6%	33,6%	37,0%	37,2%	35,0%	39,0%
Partos	9.727	11.445	11.206	11.117	11.844	11.649	11.996	13.246	14.111
% UCI	2,0%	1,5%	2,5%	1,9%	2,4%	2,5%	4,4%	4,7%	4,5%
Promedio estancia UCI (días)	4,5	4,7	4,1	5,0	6,0	5,1	5,5	6,5	6,3
% Especialidades básicas	83,9%	84,7%	82,3%	82,2%	78,1%	76,3%	76,2%	80,4%	77,3%
% Obstetricia	36,2%	33,6%	39,3%	35,8%	30,5%	30,1%	29,9%	32,1%	30,0%
% Medicina interna	15,0%	13,8%	12,5%	17,3%	16,1%	14,8%	14,4%	17,7%	14,0%
% Cardiovascular	2,9%	2,2%	4,6%	5,9%	7,3%	6,2%	6,1%	5,3%	4,0%
Promedio estancia (días)	3,4	3,4	3,4	3,7	3,7	3,7	3,8	4,1	4,2
Mortalidad hospitalaria	0,9%	0,8%	0,7%	0,9%	1,1%	1,5%	1,5%	1,6%	1,6%
Egresos hosp. x 1000 afiliados	4,2	3,9	3,9	4,0	3,6	3,7	3,9	4,6	5,8
Días cama ocupada *1000 cap.	14,3	13,5	13,3	14,7	13,2	13,8	14,7	18,8	23,0
%Remitidos a Salud en Casa	3,2%	2,3%	2,1%	2,5%	3,4%	4,2%	4,9%	6,3%	5,3%

Nota: para el cálculo de los partos se tuvieron en cuenta también, los de afiliadas con POS y Medicina Prepagada o Póliza de Suramericana.
Fuente: Informe egresos hospitalarios. EPS SURA. Año 2000-2008.

2.1 Egreso hospitalario

Por egreso hospitalario se entiende cuando un paciente es dado de alta después de recibir tratamiento médico en el área de hospitalización. Puede ser por defunción, mejoría o curación. Este concepto no incluye los traslados internos de un servicio a otro del mismo hospital, ni los recién nacidos sanos en el mismo⁵.

Egreso por alta: Se produce cuando el paciente se retira vivo del hospital. La razón de alta puede ser:

- Alta médica definitiva.
- Alta médica transitoria.

Egreso por defunción: Un egreso se produce por defunción cuando el paciente hospitalizado fallece mientras está internado en el establecimiento.

El consumo del recurso hospitalario está influenciado, entre otros aspectos, por los cambios socioculturales, el aumento de los procesos relacionados con la calidad de vida (cirugías electivas de hernias, cataratas, etc.), la mayor disponibilidad de oferta y el mejor aprovechamiento del recurso.

2.1.1 Características del egreso hospitalario

La evolución del número de egresos hospitalarios en EPS SURA ha estado sujeta, además del incremento debido al crecimiento de los afiliados, a la puesta en marcha de sistemas de información creados con el propósito de mejorar cada vez más la calidad del dato y de eliminar el subregistro.

Lo anterior puede observarse en el número de egresos a través de los años, en la tabla 12; hasta mediados del 2005, año en el EPS SURA comenzó a implementar en forma escalonada, el sistema de información SaludWeb, los egresos y demás información necesaria para obtener los indicadores, era registrada en el Risc, pero sólo en las instituciones donde se contaba con auditores médicos quienes eran los encargados de recolectar la información (abarcaba más del 90% de los egresos).

Es por ello que desde el año 2005 hasta la actualidad, que viene funcionando SaludWeb en la totalidad de las instituciones que atienden pacientes de EPS – Sura, se observa un incremento marcado en el número de egresos y en los indicadores que dependen de este dato para su cálculo como son: los egresos por 1.000 afiliados capitados⁶ y cama día ocupada por 1.000 afiliados capitados. En los demás indicadores el efecto del subregistro es poco o casi nulo debido a que se trata de proporciones o promedios obtenidos teniendo en cuenta más del 90% de los egresos en los diferentes años. Referente a estos últimos indicadores es bueno resaltar:

- El Incremento en el número de egresos del 11,0% para 2008(14.112) egresos 2007(13.246).
- Aumento en el porcentaje de cesáreas, pasó de 35,0% en 2007 a 39.0% en 2008.
- El número de días cama ocupada pasó de 18,8 en 2007 a 24,3 para 2008.
- La proporción de pacientes en UCI, al igual que el promedio estancia en UCI son indicadores que continúan registrando incrementos entre 2006, 2007 y 2008. Este hecho, ligado al indicador de mortalidad hospitalaria que se mantuvo constante en 2008 si se compara con el año inmediatamente anterior.(Véase la tabla 12)

5. Moya L. Introducción a la estadística de la salud. [acceso 24 marzo 2008]. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=OQSBJW2hzjEC&pg=PA92&lpg=PA92&dq=egreso+hospitalario+definici%C3%B3n&source=web&ots=zyjA2iXAYC&sig=ayZWiyvk2c8D2daXFxk4nhjkcFA&hl=es#PPP1,M1>

6. Afiliados capitados: Número de afiliados por los que la EPS recibe cápita mensual.

- Otra proporción de egresos que incrementó su promedio días estancia fueron los procedimientos maxilofacial y oftalmología. (Véase la tabla 13).

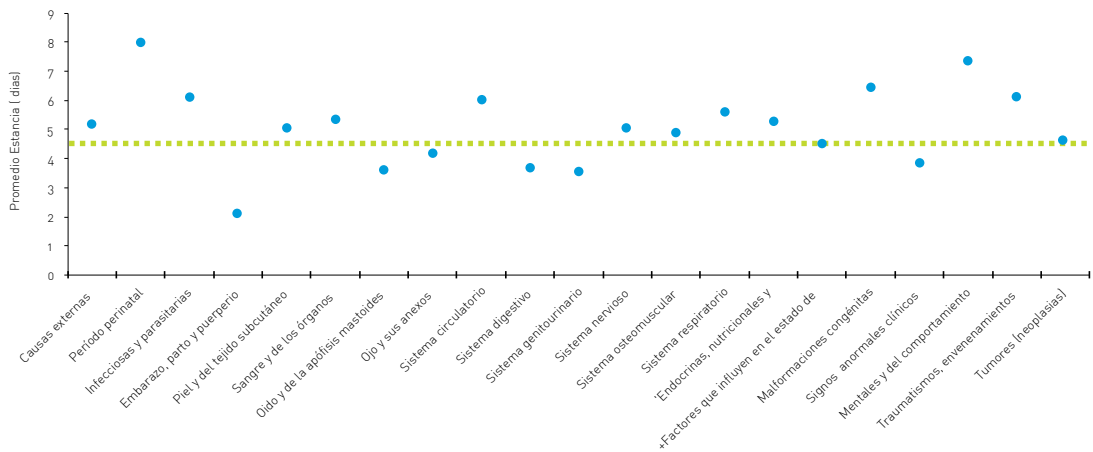
Tabla 13 Estancias y proporción de egresos por especialidad
POS EPS SURA 2000 - 2008

Especialidad	Promedio estancia 2000	Promedio estancia 2001	Promedio estancia 2002	Promedio estancia 2003	Promedio estancia 2004	Promedio estancia 2005	Promedio estancia 2006	Promedio Estancia 2007	Promedio Estancia 2008	% Diferencia estancias 2007-2008	% del Total Egresos 2008
Obstetricia	1,6	1,7	1,6	1,2	1,6	1,7	1,6	1,9	2,2	13,6%	30,3%
Md. Interna	4,8	5,0	4,7	4,8	5,3	5,3	5,2	5,8	6,1	4,9%	14,0%
Cirugía	3,7	3,4	3,4	3,5	3,9	3,9	4,1	4,3	4,6	6,5%	16,6%
Pediatría	4,3	4,5	4,0	4,4	4,7	4,7	5,2	5,5	5,7	3,5%	14,3%
Ginecología	1,9	1,8	1,9	2,0	1,9	2,1	1,9	1,5	1,8	16,7%	4,0%
Neonatología	8,0	9,2	8,6	8,6	9,9	7,9	8,7	-	-	-	-
Ortopedia	4,8	5,0	4,8	4,5	5,3	4,5	4,8	5,1	5,2	1,9%	3,6%
ORL	3,5	3,1	3,0	3,0	2,3	1,8	2,6	2,9	3,2	9,4%	0,5%
Maxilofacial	3,2	2,9	2,8	1,8	2,0	2,5	2,6	0,0	4,2	100,0%	0,1%
Oftalmología	2,8	3,4	4,5	4,1	3,4	4,2	4,8	4,2	5,4	22,2%	0,1%
Urología	3,3	3,3	3,1	3,4	3,1	3,2	3,3	3,6	3,1	-16,1%	2,5%
Plástica	4,6	6,3	4,6	5,7	6,9	4,9	8,0	8,0	8,1	1,2%	0,3%
Neurocirugía	5,0	5,5	4,9	5,6	5,4	6,3	5,6	6,5	4,8	-35,4%	2,3%
Cardiovascular	5,0	5,0	4,7	4,7	4,7	4,4	4,7	4,5	4,3	-4,7%	4,6%
Psiquiatría	10,5	9,9	8,5	9,0	8,5	8,6	7,7	7,4	7,8	5,1%	1,5%
Otra	5,8	4,6	6,2	5,1	5,2	5,4	5,7	5,0	4,4	-13,6%	5,4%
Total	3,4	3,4	3,4	3,4	3,7	3,7	3,8	4,1	4,3	4,7%	100%

Fuente: Estadísticas Hospitalarias POS EPS SURA.

Al examinar las estancias hospitalarias por grupos de diagnósticos, se encuentra que sólo los grupos de las siguientes causas: embarazo, parto y puerperio, oído y apófisis mastoides, ojo y anexos, aparato digestivo, genitourinario y síntomas y hallazgos anormales, presentan estancias por debajo de la estancia promedio general que en 2008 fue de 4,3 días, comportamiento también registrado por los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 44 que se mantuvo a lo largo del tiempo. Véase gráfica 17 y anexo 2.

Gráfica 17 Estancia por grupo diagnóstico POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2000 - 2008.



Los egresos hospitalarios por causas como embarazo, parto y puerperio, aparato digestivo, circulatorio, respiratorio, genitourinario y los tumores, vienen ocupando los primeros lugares en diferentes años (véase tabla 14); sin embargo, en 2008, llama la atención el incremento en las enfermedades del aparato respiratorio cuya tasa aumentó en un 13,7% y la disminución en las tasas de hospitalización por tumores y circulatorio con respecto a la tasa registrada en 2007.

Tabla 14 Indicadores egresos hospitalarios
POS EPS SURA 2000 - 2008

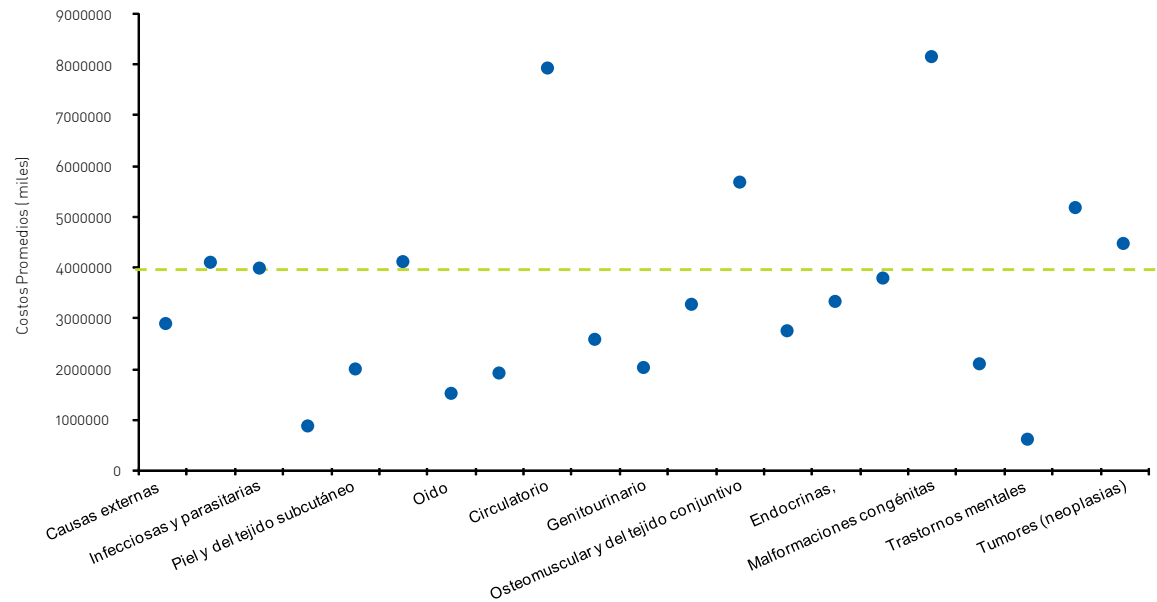
GRUPOS DE CAUSAS CIE-10	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Orden 2008	%Diferencia 2008-2007
Embarazo, parto y puerperio	1.815,0	1.666,7	1.581,4	1.147,9	1283,6	1.276,9	1.516,7	1.489,6	1	-2%
Digestivo	465,9	440,8	419	407,0	495,9	496,1	583,9	557,4	2	-4,5%
Circulatorio	250,9	340,9	387,3	399,4	405,8	438,6	519,9	416,1	4	-20,0%
Respiratorio	484,5	457,4	588	381,4	438,7	435,5	469,1	533,6	3	13,7%
Genitourinario	323,3	291,1	292,5	235,8	300,8	296,7	412,4	398,3	5	-3,4%
Tumores	248,4	198,1	170,8	166,7	215,3	222,0	328,0	312,7	6	-4,7%

*Tasa por cien mil afiliados expuestos.
Fuente: Estadísticas hospitalarias POS EPS SURA 2001-2008



En la gráfica 18 se observa que uno de los grupos de causas que presentan las mayores tasas de egreso hospitalario, (aparato circulatorio, congénitas y tumores), presentaron también los mayores costos promedio por egreso, costos superiores al promedio general de \$2.953.725 pesos.

Gráfica 18 Costo promedio por grupo diagnóstico
POS EPS SURA 2008

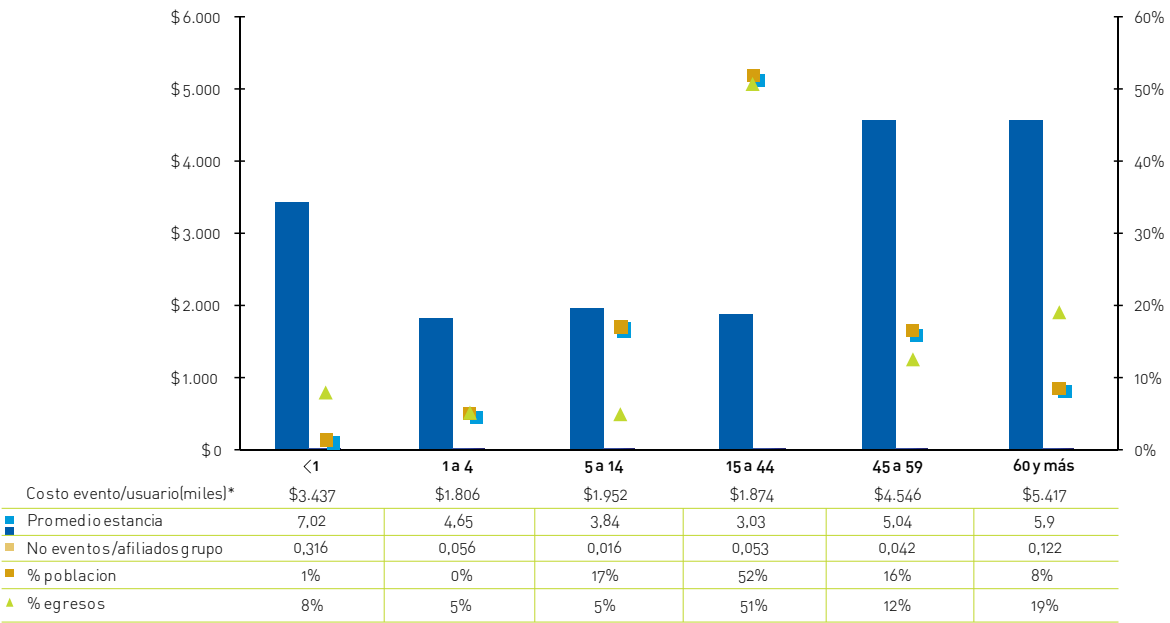


Fuente: Estadísticas Hospitalarias POS EPS SURA 2008.

El comportamiento de los egresos por grupo de edad se puede ver en la gráfica 19. En ella se aprecia que el grupo de menores de un año y los mayores de 60, presentan el mayor costo promedio y la mayor estancia, en el primer grupo se presentan enfermedades perinatales y congénitas; para los mayores de 60 años las patologías del aparato circulatorio y tumores, de igual manera es la misma población que registra mayor número de eventos por afiliado.

En el grupo de 15 a 44 años donde está el mayor porcentaje poblacional, se registra el mayor número de egresos, pero con menor número de días estancia y de eventos por afiliado. Este comportamiento puede explicarse porque en este grupo poblacional se encuentran las mujeres en edad reproductiva, donde la principal causa de egreso es el embarazo, parto y puerperio, grupos de causa que registra la menor estancia y el menor costo, véase anexo 2.

Gráfica 19 Indicadores hospitalización por grupo de edad
POS EPS SURA 2008



* Su cálculo tuvo en cuenta las hospitalizaciones tanto para tratamiento médico como quirúrgico.
Fuente: Estadísticas Hospitalarias POS. Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Atención del embarazo, parto y puerperio

Del total de egresos hospitalarios realizados en 2008, aproximadamente el 28% se relacionó con atención del parto, aspecto que se encuentra vinculado a la tasa de fecundidad, 41,1 nacimientos por cada 1.000 afiliadas en edad fértil (39,1 en el 2007), es decir, se presentaron 41 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años afiliadas al POS EPS SURA.

El 60,9% de las 14.028 gestantes eran cotizantes, el 31,4% con algún nivel de estudios de secundaria o superior, sólo el 18,4% eran casadas indicador que va en disminución y únicamente en el 18,8% de ellas el ingreso era de dos o más S.M.L.V.M. La edad promedio de estas mujeres fue de 26,7 años y el 10% de ellas tenían, en el momento de la hospitalización, menos de 20 semanas de afiliación a la EPS SURA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera aceptable que en el 15% de los nacimientos se realicen cesáreas, cifra que fue adoptada desde 1985 y para la cual se tuvo como referencia los países con más baja mortalidad perinatal.

En Estados Unidos, en el año 2007, se reportó que el 31,8% de todos los nacimientos fueron por cesárea, incremento del 48% desde 1996, siendo la cifra más alta reportada en la historia de ese país⁷.

A nivel de Latinoamérica, el estudio liderado por el doctor Belizan en 1999, reportó que de 19 países estudiados, 12 tenían proporciones de cesáreas mayores del 15%, países que representaron el 81% del total de los partos de la región, con proporciones que fueron desde 16,8 hasta 40,0%. Con base en el límite del 15%, estimaron que alrededor de 850.000 cesáreas fueron innecesarias⁸. Advierten los autores que la cesárea sólo se debe llevar a cabo cuando sea estrictamente necesaria, pues es un procedimiento de riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

Según datos suministrados por la OPS en el informe Género, Salud y Desarrollo en las Américas 2003, el porcentaje de cesáreas en Colombia fue de 24%⁹. La cesárea se ha convertido en un procedimiento muy común **(según la OMS, en 2007 Colombia fue el tercer país en el mundo con mayor proporción de cesáreas)**, asociadas estas a aumento de los costos y riesgos de complicaciones maternas y fetales, con relación al parto vaginal. La proporción de cesáreas no puede determinar el uso adecuado de los servicios, pero la variación de la proporción de realización de este procedimiento quirúrgico a través de las instituciones y las regiones sí puede lograrlo¹⁰.

Resultados del estudio realizado por la OMS sobre salud materna y perinatal en Latinoamérica 2005, reportan el 33% de cesáreas, con valores promedio del 51% en hospitales privados. También se encontró incremento en el uso frecuente de tratamiento antibiótico posparto asociado a dicho procedimiento, y aumento en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, después de haber sido ajustada por factores de riesgo. Se concluye que las altas frecuencias de cesáreas no indican, necesariamente, una buena calidad en los servicios de salud¹¹.

En EPS SURA, la proporción de cesáreas fue del 39,1% del total de los nacimientos atendidos en 2008 (véase tabla 15). La cifra ascendió en un 12% comparada con el 2007 donde fue del 35% de cesáreas practicadas. Por regionales, se continúan registrando grandes diferencias: la regional Norte sigue teniendo la proporción más alta de cesáreas del país, con el 73,5% (69,2% en 2007), aumentó sus cifras respecto a este año, la regional Centro aumentó de 25,3% en 2007 a 32,0% en 2008, Antioquia – EC aumentó de 33,2% en 2007 a 36,0% en 2008, y en la Regional Occidente los partos por cesárea pasaron de 51,1% en 2007 a 43,8% en 2008.

Este incremento en la proporción en el número de cesáreas sucedió a pesar de una fuerte y constante campaña realizada por EPS SURA con su red prestadora de servicios de salud.

7. HealthDay, traducido por Dr. Tango Robert Preidt FUENTES: National Center for Health Statistics, news release, March 18, 2009. [acceso 25 de Mayo de 2009]. Disponible en: <https://www.sharpenespanol.com/noticias/salud/newsArticle.cfm?articleID=13102&channelID=45>

8. Belizan J, Althabe F, Barros F, Alexander S. Rates and complications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 199; 319: 1397-1402. [acceso 30 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.bmj.com>

9. Género, salud y desarrollo en las Américas 2003. [acceso 26 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.htm>

10. Ministerio de Protección social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Proporción de cesáreas de atención del parto [acceso 25 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/ind_calidad/Default.aspx?dominio_id=23

11. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006; 367: 1819-1829. [acceso 4 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.thelancet.com>



Tabla 15 Indicadores obstetricia POS EPS SURA 2002 - 2008

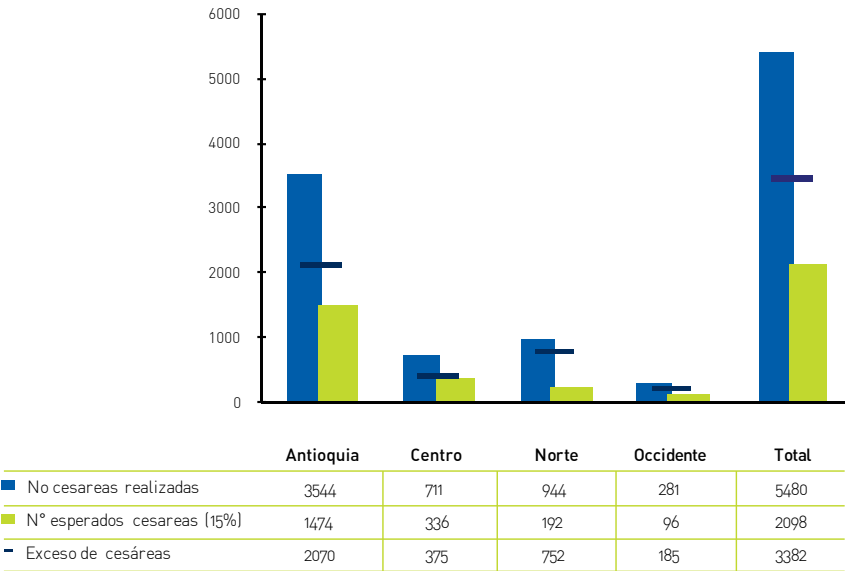
Regional	No de partos				% de cesáreas			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Antioquia- EC	8.041	8.703	9.273	9.917	32,6%	34,3%	33,2%	36,0%
Centro	1.572	1.531	1.819	2.257	48,0%	34,4%	25,3%	32%
Norte	1.417	1.552	999	1.289	75,0%	67,4%	69,2%	73,5%
Occidente	1335	1311	574	648	39,7%	46,1%	51,1%	43,8%
Otra	91	118	-	-	37,0%	39,2%	-	-
Total	11.649	13.215	12.665	14.111	37,0%	37,2%	35,0%	39,1%

Regional	Promedio peso(gm)				%peso < 2500 gm			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Antioquia- EC	3.079	3.071	3.084	3.068	7,4%	8,0%	7,0%	9,1%
Centro	2.972	2.923	2.807	2.972	10,5%	5,6%	6,9%	10,0%
Norte	3.155	3.146	3.163	3.155	1,8%	3,3%	3,2%	10,2%
Occidente	3.021	3.089	3.135	3.044	2,0%	5,9%	5,2%	7,0%
Otra	3.179	3.107	-	-	2,2%	5,3%	-	-
Total	3.068	3.066	3.075	3.060	6,8%	10,7%	7,2%	9,2%

Fuente: Estadísticas Hospitalarias POS EPS SURA 2005-2008

En la gráfica 20 se puede observar los resultados obtenidos al estimar el exceso de cesáreas practicadas a las gestantes del POS EPS SURA durante 2008; el dato se calculó teniendo en cuenta el valor estándar del 15%, nos indica que en ese periodo de tiempo se realizaron alrededor de 3.382 cesáreas innecesarias.

Gráfica 20 Número de cesáreas POS EPS SURA 2008



Fuente: Informe Epidemiológico. Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Dentro de los indicadores de Obstetricia, está el peso promedio de los recién nacidos que para el año 2008 estuvo en 2.932 gramos; diferencia significativa comparada con el año 2007 donde el peso promedio fue de 3.075 gramos. Respecto a la proporción de bajo peso al nacer (peso menor de 2.500 gramos) fue de 9,2% en 2008 (7,2% en 2007), cifra que también presentó un incremento en el indicador.

Monitoreo de la calidad de la atención a nivel hospitalario

La calidad asistencial debe estar presente en la práctica clínica continuamente y por ende es uno de los elementos estratégicos en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas de salud. Con la implementación del SGSSS se han generado expectativas referente a la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Después de la aparición del Decreto 2174 de 1996 que organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, se estableció que cada IPS debe incorporar en sus actividades diarias la cultura de la calidad y el desarrollo de un sistema de información que le permita evaluar, no sólo el desempeño del servicio, sino también, la calidad con que se presta.

La calidad de los servicios de salud que se ofrezcan será el resultado de las políticas sanitarias, de la apropiación y cumplimiento por parte de cada uno de los actores institucionales, del accionar de los profesionales

de salud, de la imagen que tanto el cliente externo como interno perciben de la organización y de la adecuada interacción de los componentes. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud involucra a todas las organizaciones de salud, independientemente de que su papel sea asesor, de vigilancia y control, o prestador y administrador de servicios, invitándolas a desarrollar procedimientos como la auto-evaluación y la auditoría interna y externa.

En nuestro país para garantizar este acceso al servicio público de salud se encuentran involucrados diferentes actores así: para los afiliados al régimen subsidiado este proceso depende de las administradoras municipales (secretarías de salud) donde se inicia con la selección de los beneficiarios, de igual manera ocurre en el caso de vinculados al sistema; y para el régimen contributivo por el proceso de afiliación desarrollado por la EPS y empleadores.

Teniendo en cuenta lo anterior, EPS SURA, ha realizado cambios en los procesos y en los sistemas de información, que han permitido el acceso a información e indicadores útiles para el seguimiento de eventos considerados como trazadores de la calidad en alguno de los niveles de atención.

En esta sección se abordarán tres aspectos: reingresos relacionados con la calidad técnica, infección intrahospitalaria y la evitabilidad relacionados con gestión del riesgo. Indicadores estos trazadores de la calidad de la atención a nivel hospitalario y a su vez relacionados con patologías susceptibles a detección temprana e intervención oportuna por medio de programas de Promoción y Prevención (P y P), lo anterior sumado a una atención en nivel básico con oportunidad y pertinencia que llevaría a disminución en el número de casos.

Es significativo resaltar que aunque en el análisis de los reingresos y de la infección intrahospitalaria, es muy importante observar el comportamiento de algunos indicadores por institución, éste no se realizó por inconvenientes con la asignación de la institución donde se presenta el evento inicial; sin embargo, este análisis es una de las tareas que se realiza en el área de auditoría interna.

Evitabilidad

La seguridad de los pacientes aparece como pilar fundamental en todas las estrategias sanitarias de atención en salud, bajo el marco de la gestión de calidad. La atención sanitaria debe ser considerada una actividad compleja, que supone una combinación de actuaciones tecnológicas e interacciones de los profesionales.

Por eventos de hospitalización evitable se entienden todas aquellas hospitalizaciones que se hubiesen podido evitar si el cuidado médico se hubiera producido a tiempo y de manera efectiva. También se ha definido como los eventos hospitalarios que son susceptibles de evitar si el paciente es intervenido, previamente, con acciones de salud debidamente comprobadas y de acuerdo con el conocimiento tecnológico actual disponible, el cual impiden o disminuyen la probabilidad de que se presenten¹².

La anterior definición no pone en duda la pertinencia clínica de hospitalizar a los pacientes debido a su estado de salud. La evitabilidad hospitalaria no debe confundirse nunca con limitaciones al acceso, bloqueos en la atención o necesidad de hospitalización.

La evitabilidad hospitalaria es un indicador indirecto de la efectividad de la atención médica en los diferentes niveles de atención, de los criterios de hospitalización domiciliaria, de la cobertura y efectividad de los programas

12. Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias en Salud –CRUE. Evitabilidad hospitalaria según el registro de referencia y contrarreferencia. [acceso 30 marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.cruevalle.com/boletines/estadisticas%20septiembre.pdf>

de P y P y de los programas para el control del riesgo de grupos especiales. El señalamiento de las patologías de carácter evitable son un termómetro, o indicador indirecto, pero la verdadera evitabilidad debe hacerse evaluando cada caso en particular. Por esta razón, no se pretende que el indicador llegue o se acerque a 0, por lo demás imposible, sino, procurar mantener las tasas o los casos dentro de unos rangos o límites considerados aceptables. Durante 2008 se presentaron 60.407 egresos hospitalarios cuyo costo fue de aproximadamente \$178.000 millones de pesos.

Tabla 16 Prioridades por causa evitable POS EPS SURA Año 2008

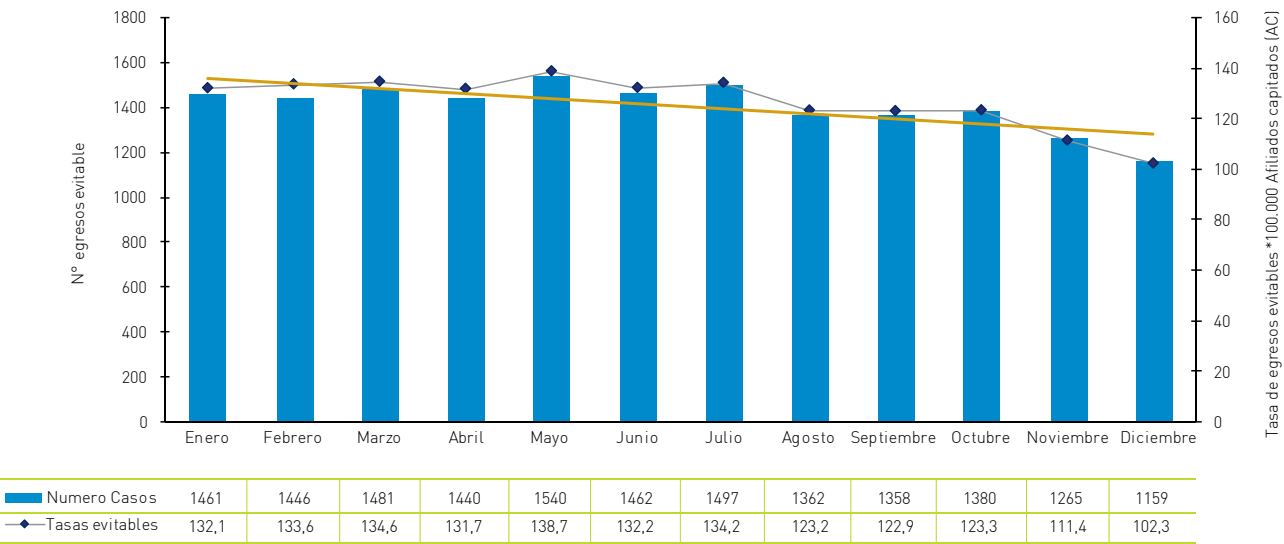
Orden	Grupo diagnóstico evitable	Número de eventos	Tasa evitab. Promedio año	Costo Promedio evento	Total valor pagado
1	Neumonía	2.858	252,3	2.607.395,02	7.451.934.974,59
2	Embarazo	2.668	868,5	950.780,12	2.536.681.367,45
3	Recién nacidos	2.170	706,4	4.149.025,31	9.003.384.912,66
4	Infecciones urinaria	1.449	127,9	1.667.383,12	2.416.038.140,32
5	Infección respiratoria	973	85,9	1.537.970,32	1.496.445.124,59
6	Epoc	937	345,6	3.477.063,09	3.258.008.116,36
7	Enfermedad diarreica aguda	909	80,2	1.336.519,11	1.214.895.869,65
8	Asma	822	72,6	1.720.068,04	1.413.895.930,12
9	Angina de pecho	784	289,1	7.319.864,09	5.738.773.446,81
10	Lesiones de la piel y celulitis	607	53,6	1.750.543,98	1.062.580.192,83
11	Insuficiencia cardiaca congestiva	514	189,6	4.157.642,99	2.137.028.498,98
12	Diabetes mellitus	513	189,2	3.261.682,36	1.673.243.051,17
13	Apendicitis perforada	294	25,9	2.482.734,07	729.923.816,21
14	Hta	282	104,0	5.791.802,61	1.633.288.335,00
15	Infección respiratoria aguda	215	19,0	1.798.802,80	386.742.602,41
16	Convulsiones	208	18,4	2.569.153,21	534.383.868,21
17	Úlcera gástrica perforada	191	16,9	1.783.930,10	340.730.649,10
18	Enfermedades prevenibles	136	12,0	3.045.105,89	414.134.401,00
19	Vih	131	11,6	5.587.767,72	731.997.571,00
20	Enfermedad inflamatoria pélvica	119	10,5	994.933,54	118.397.091,00
21	Carcinoma cervical	39	3,4	1.322.123,37	51.562.811,37
22	Valvulopatía	31	2,7	16.857.254,74	522.574.897,00
23	Amputación	1	0,1	7.342.083,00	7.342.083,00
Total general		16.851	1.487,3	2.663.327	44.879.721.822

* Tasa por 100.000 afiliados capitados.
Fuente: Inteligencia de Negocios Órdenes pagadas EPS SURA 2008.

Del total de egresos, 16.851 (27,4% de los egresos) fueron por patologías consideradas como evitables, con un costo alrededor de \$44.879 millones de pesos (25% del costo total de los egresos). (Véase tabla 16)



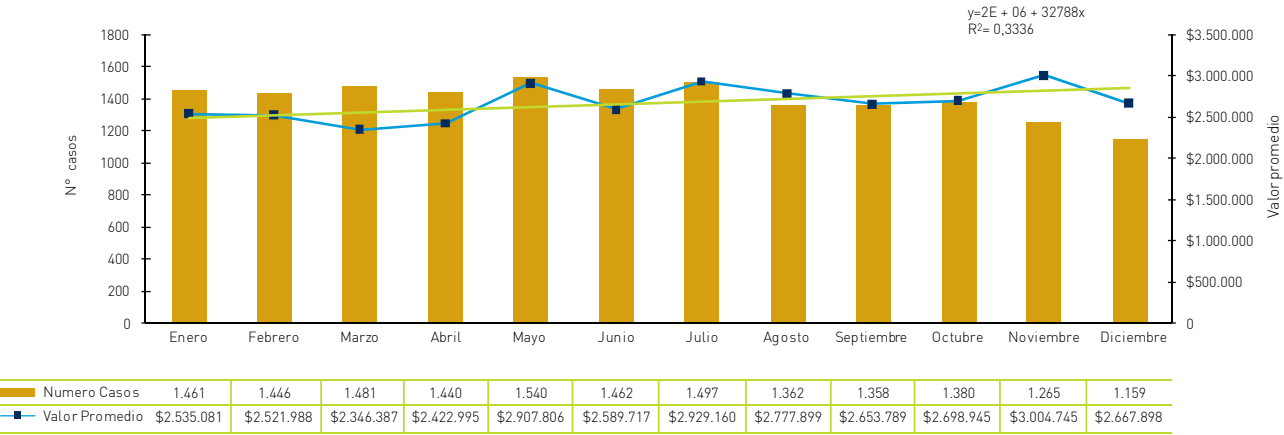
Gráfica 21 Tasa de evitabilidad hospitalaria POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008

En las gráficas 21 y 22, se puede apreciar la tasa de egresos evitables por cada 100.000 afilados capitados y el costo promedio por caso evitable. La gráfica 21 muestra una tendencia a la baja en la tasa de evitabilidad durante el año y la gráfica 22 permite ver cómo el costo promedio permaneció relativamente estable durante el año.

Gráfica 22 Costo evitabilidad hospitalaria POS EPS SURA 2008



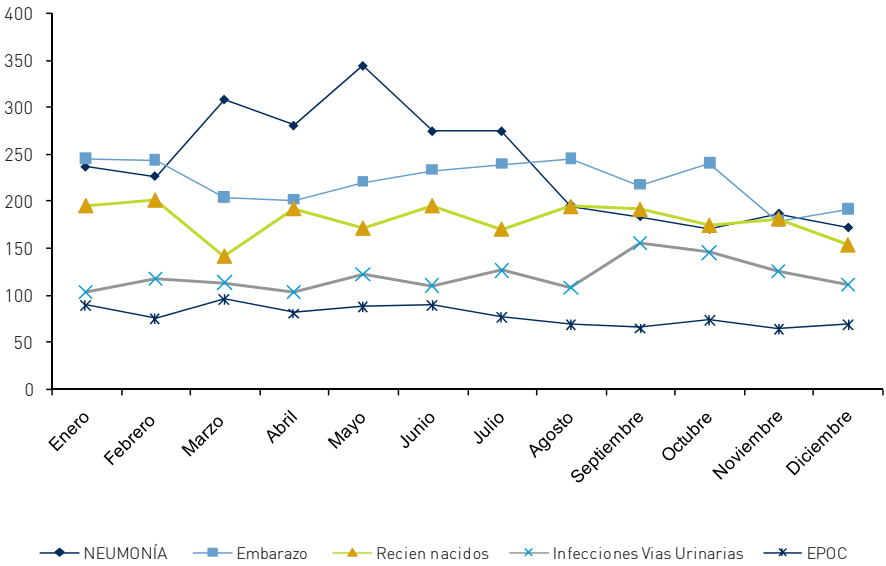
Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008

Al priorizar las causas evitables, teniendo en cuenta la frecuencia y el costo, los primeros lugares estuvieron ocupados por patologías relacionadas con las del aparato respiratorio, el embarazo, el parto y puerperio (que dan origen a las perinatales), las enfermedades del sistema circulatorio, causas que también ocuparon los primeros lugares en los reingresos hospitalarios, como se verá más adelante.

En la gráfica 23 se aprecian las cinco causas de evitabilidad que presentaron las mayores tasas durante el 2008. Se observa que con excepción de la infección urinaria, perinatal y EPOC, las otras causas presentaron durante el año una tendencia descendente.



Gráfica 23 Cinco principales causas de evitabilidad POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008

Reingreso hospitalario

Las tasas de reingresos hospitalarios se utilizan como indicadores de calidad asistencial, aunque las causas de estos no están suficientemente estudiadas ni existe una definición unificada del indicador. Nos planteamos determinar las causas y potencial de evitabilidad de los reingresos de nuestros afiliados e identificar su definición más adecuada.

El reingreso hospitalario, sobre todo el relacionado con el ingreso previo, es especialmente trascendente para el paciente que lo sufre. Este motivo unido al alto costo sanitario y económico derivado de los reingresos innecesarios, hace que sea un indicador de interés para clínicos y gestores en salud.

Como reingreso hospitalario se considera al paciente que regresa a la institución por la misma patología, en los primeros veinte días posteriores a su egreso. Éste se calcula con la tasa de reingreso cuyo objetivo es medir la pertinencia y la seguridad en la atención hospitalaria¹³.

En los últimos años se ha incentivado el empleo de indicadores de resultado en la atención hospitalaria, donde uno de los problemas que más llama la atención es el reingreso de pacientes, el cual es considerado como un indicador de la gestión porque evalúa la calidad asistencial y el tipo de los pacientes atendidos (edad, gravedad, patología, etc.). Por esta razón, las tasas de reingresos poseen escasa utilidad para la comparación de la atención en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, si no se controlan los factores de confusión mencionados.

13. Superintendencia Nacional de Salud. P. Indicadores de Calidad Instituciones Prestadoras de Salud. Circular Externa 23 de 2005 254.

Al identificar las características de los pacientes con alto riesgo de reingresar, se pueden implementar planes de cuidados específicos como el estudio de la morbilidad, conocer su impacto económico, la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios administrativos, identificación de pacientes con un alto riesgo de reingresar. En este tema EPS SURA viene trabajando desde el área de Auditoría Médica identificando aquellas patologías potencialmente prevenibles de reingreso hospitalario, clasificándolas de acuerdo con la frecuencia de reingresos, hospitalizaciones, etc., para actuar en cuatro puntos básicos: la IPS de atención básica, la IPS hospitalaria, el usuario y la misma EPS.

En 2008 se registraron 1.152 reingresos (1,8% del total de egresos), los cuales se presentaron en 1.037 afiliados, con un costo aproximado de \$5.630 millones de pesos, es decir, un costo promedio por reingreso de \$ 4'883.407 de pesos.

Los grupos de causas que registraron mayor proporción de reingresos fueron: los traumatismos, el embarazo y parto, las enfermedades del aparato respiratorio y las del aparato digestivo. Véase tabla 17.

En el año 2008, al igual que en años anteriores, los grupos de edad que registraron las mayores tasas de reingresos por 1.000 afiliados expuestos, del mismo grupo, fueron: menores de un año y mayores de 60 años, siendo esta tasa mayor en los afiliados del género masculino, véase tabla 18.

Tabla 17 Reingresos hospitalarios por grupo diagnóstico
POS EPS SURA 2004 - 2008

Grupos diagnósticos	2004			2005			2006		
	No de reingresos	% grupo diagnóstico	Promedio estancia	No de reingresos	% grupo diagnóstico	Promedio estancia	No de reingresos	% grupo diagnóstico	Promedio estancia
Embarazo, parto y puerperio	72	12,3%	3,1	93	15,2%	3,1	184	21,7%	3,1
Respiratorio	66	11,3%	6,8	76	12,5%	5,5	120	14,2%	7,4
Cardiovascular	138	23,6%	5,8	76	12,5%	4,8	111	13,1%	7,6
Digestivo	56	9,6%	6,1	48	7,9%	6,0	82	9,7%	6,2
Tumores (neoplasias)	84	14,4%	7,5	104	17,0%	6,3	73	8,6%	6,3
Genitourinario	35	6,0%	5,0	45	7,4%	4,1	53	6,3%	5,5
Síntomas, signos y hallazgos anormales	33	5,6%	6,4	41	6,7%	5,3	43	5,1%	6,3
Traumatismos	25	4,3%	8,0	32	5,2%	7,5	40	4,7%	6,0
Sistema nervioso	13	2,2%	8,8	16	2,6%	4,5	20	2,4%	9,0
Infecciosas y parasitarias	8	1,4%	7,9	11	1,8%	4,9	19	2,2%	4,7
Osteomuscular	8	1,4%	4,8	16	2,6%	3,2	17	2,0%	5,8
Mentales y del comportamiento	6	1,0%	8,5	10	1,6%	9,6	17	2,0%	11,4
Sangre y hematopoyéticos	11	1,9%	9,5	16	2,6%	4,7	16	1,9%	5,8
Endocrinas	12	2,1%	5,8	9	1,5%	7,0	15	1,8%	8,1
Perinatal	1	0,2%	4,0	5	0,8%	2,4	15	1,8%	5,1
Piel y tejido subcutáneo	8	1,4%	4,9	5	0,8%	3,2	11	1,3%	8,1
Congénitas	7	1,2%	2,7	4	0,7%	6,5	5	0,6%	4,4
Factores que influyen en el estado de salud	0	0,0%	-	2	0,3%	5,0	4	0,5%	2,5
Oído y apófisis mastoides	1	0,2%	5,0	0	0,0%	-	1	0,1%	3,0
Ojo y anexos	0	0,0%	-	0	0,0%	-	1	0,1%	6,0
Causas externas	1	0,2%	4,0	1	0,2%	11,0	0	0,0%	0,0
Número de reingresos	585	100,0%	6,0	610	100,0%	5,1	847	100,0%	6,0
Total pacientes con reingresos	485			515			743		
% de egresos en el año que fueron reingresos	1,71%			1,61%			1,98%		
Reingresos por mil afiliados expuestos	0,694			0,695			0,887		
Egresos	34.222			38.003			42.793		
Promedio egresos por paciente	2,21			2,18			2,57		

Fuente: Informe egresos hospitalarios POS EPS SURA 2004 -2008

2007			2008		
No de reingresos	% grupo diagnóstico	Promedio estancia	No de reingresos	% grupo diagnóstico	Promedio estancia
163	12,5%	4,7	178	15,5%	4,7
151	11,6%	8,0	115	10,0%	8,0
156	12,0%	7,8	87	7,6%	7,8
117	9,0%	8,2	100	8,7%	8,2
47	3,6%	9,7	65	5,6%	9,7
92	7,1%	5,5	89	7,7%	5,5
109	8,4%	5,1	54	4,7%	5,1
231	17,8%	5,5	225	19,5%	5,5
31	2,4%	5,4	30	2,6%	5,4
31	2,4%	7,8	59	5,1%	7,8
23	1,8%	11,7	27	2,3%	11,7
10	0,8%	13,1	6	0,5%	13,1
23	1,8%	3,8	16	1,4%	3,8
35	2,7%	7,4	27	2,3%	7,4
18	1,4%	5,2	22	1,9%	5,2
39	3,0%	7,2	27	2,3%	7,2
6	0,5%	24,8	7	0,6%	24,8
10	0,8%	5,1	6	0,5%	5,1
2	0,2%	3,5	3	0,3%	3,5
1	0,1%	1,0	1	0,1%	1,0
4	0,3%	1,3	8	0,7%	0,0
1.299	100,0%	6,7	1.152	100,0%	6,7
1.165			1.036		
2,28%			1,72%		
1			0,528		
56.876			60.404		
2,57					





Tabla 18 Tasa* de reingresos hospitalarios por grupo de edad POS EPS SURA 2004 - 2008

Grupo de edad	Mujer	2004			Mujer	2005			Mujer	2006		
		Hombre	Total			Hombre	Total			Hombre	Total	
Menor 1	361,0	408,0	385,4		209,2	145,7	176,3		367,9	408,2	388,7	
1 a 4	26,0	67,0	47,0		25,4	38,1	31,9		133,8	83,0	107,7	
5 a 14	15,1	22,7	19,0		28,7	51,0	40,1		51,0	21,5	35,9	
15 a 44	58,6	34,5	47,4		70,4	40,2	56,2		113,0	39,1	78,0	
45 a 59	60,3	105,4	80,3		58,6	84,4	70,1		38,2	36,8	37,6	
60 y más	305,0	402,1	346,2		235,7	272,1	251,2		271,7	357,5	308,1	
Total	69,5	69,3	69,4		73,6	64,9	69,5		108,9	66,4	88,7	

Grupo de edad	Mujer	2007			Mujer	2008		
		Hombre	Total			Hombre	Total	
Menor 1	502,4	632,8	569,0		422,6	429,8	426,3	
1 a 4	73,5	95,1	84,6		63,6	102,8	83,7	
5 a 14	24,6	21,4	23,0		22,9	18,8	20,8	
15 a 44	138,4	49,9	95,9		119,0	41,8	81,8	
45 a 59	133,2	110,8	123,1		91,2	87,2	89,4	
60 y más	414,6	534,9	465,7		228,1	329,2	271,2	
Total	145,5	99,8	123,7		110,5	75,2	93,6	

*Reingresos por cien mil afiliados del mismo grupo.
Fuente: Informe egresos hospitalarios POS. EPS-SURA. 2004-2008.

En las tablas 19 y 20 se registran los reingresos teniendo en cuenta el costo. En ellas aparecen en los primeros lugares las enfermedades por: traumatismos, circulatorio, respiratorio y tumores. Los grupos de edad donde se dieron los costos promedio más altos por reingreso fueron los mayores de 44 años y los menores de 1 año, véase tabla 20.

Tabla 19 Costo de reingresos hospitalarios por grupo de causa POS EPS SURA 2008

Orden	Grupo Causas	N° Pacientes	Costo Promedio / Pacientes miles	Total Costo (miles)
1	Traumatismos	225	\$ 5.678	\$ 1.277.550
2	Embarazo, parto y puerperio	178	\$ 1.166	\$ 207.548
3	Respiratorio	115	\$ 6.111	\$ 702.765
4	Digestivo	100	\$ 4.357	\$ 435.700
5	Genitourinario	89	\$ 3.670	\$ 326.630
6	Circulatorio	87	\$ 8.224	\$ 715.488
7	Tumores	65	\$ 9.626	\$ 625.690
8	Infecciosas y parasitarias	59	\$ 7.958	\$ 469.522
9	Síntomas, signos y hallazgos anormales	54	\$ 1.737	\$ 93.798
10	Sistema nervioso	30	\$ 5.583	\$ 167.490
11	Piel y tejido subcutáneo	27	\$ 2.842	\$ 76.734
12	Osteomuscular y tejido conjuntivo	27	\$ 4.831	\$ 130.437
13	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	27	\$ 1.847	\$ 49.869
14	Perinatal	22	\$ 4.511	\$ 99.242
15	Sangre y órganos hematopoyéticos	16	\$ 5.044	\$ 80.704
16	Causas externas	8	\$ 1.886	\$ 15.088
17	Congénitas	7	\$ 1.687	\$ 11.809
18	Factores que influyen en el estado de salud	6	\$ 3.071	\$ 18.426
19	Mentales y del comportamiento	6	\$ 1.467	\$ 8.802
20	Oído y apófisis mastoides	3	\$ 1.913	\$ 5.739
21	Ojo y anexos	1	\$ 3.221	\$ 3.221
	Sin dato	1	\$ 1.340	\$ 1.340
	Total	1152	\$ 87.770	\$ 5.523.592

Fuente: Inteligencia de negocios - Ordenes pagadas EPS SURA 2008

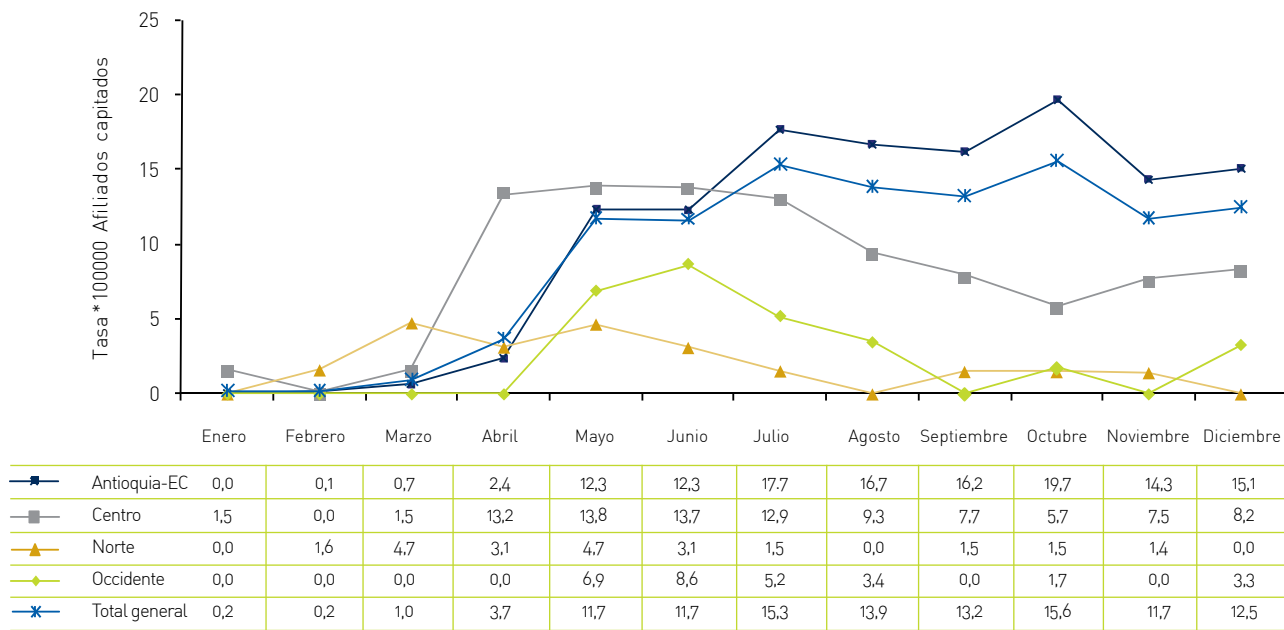
Tabla 20 Costo de reingresos hospitalarios por género POS EPS SURA 2008

Grupo de edad	No de pacientes	Mujer Tasa de reingreso	Costo promedio	No de pacientes	Hombre Tasa de reingreso	Costo promedio	Total general		
							No de pacientes	Tasa de reingreso	Costo promedio
Menor de 1 año	34	463	\$ 4.649.731	37	482	\$ 5.273.404	71	473	\$4.974.744
De 1 a 4 años	21	79	\$ 3.345.874	35	124	\$ 5.274.217	56	102	\$4.551.088
De 5 a 14	27	29	\$ 5.085.113	19	20	\$ 2.731.351	46	25	\$4.112.907
De 15 a 44 años	380	127	\$ 3.406.461	135	49	\$ 5.165.256	515	89	\$3.867.504
De 45 a 59 años	96	97	\$ 3.863.318	82	101	\$ 8.996.600	178	99	\$6.228.088
De 60 años y +	127	236	\$ 6.106.879	160	399	\$ 5.983.556	287	305	\$6.038.127
Total general	685	119	\$ 26.457.376	468	88	\$ 33.424.384	1.153	104	\$29.772.459

Fuente: Inteligencia de negocios - Ordenes pagadas EPS-SURA. 2008

La gráfica 24 muestra las tasas de reingresos por regional durante 2008. Exceptuando la regional Antioquia – EC y Occidente, las otras presentaron durante el año una tendencia descendente.

Gráfica 24 Tasa de reingresos por regional POS EPS SURA 2008



Fuente: Informe egresos hospitalarios POS. EPS-SURA. 2008

Infección intrahospitalaria (IIH)

Por infección intrahospitalaria se entiende el proceso infeccioso que ocurre en el transcurso de la hospitalización, que no estaba presente, ni se encontraba en periodo de incubación durante el egreso del paciente. Para medirla se utiliza la tasa de infección intrahospitalaria con la cual se monitorea la calidad de la atención en salud en su atributo de seguridad y oportunidad. Las infecciones intrahospitalarias (IIH) o nosocomiales se agrupan en un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un hospital o en una institución sanitaria cerrada. Clínicamente pueden iniciar sus manifestaciones a partir de las 48-72 horas del ingreso y su frecuencia está en relación con la duración de la estancia hospitalaria¹⁴.

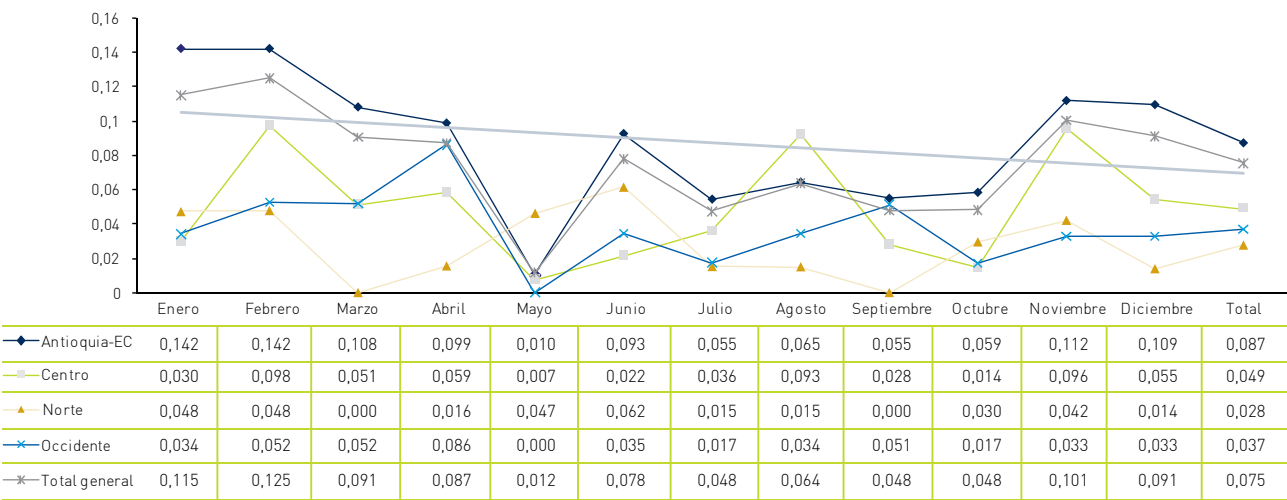
Durante 2008 se presentaron 868 infecciones intrahospitalarias (IIH), con un costo promedio de \$18 millones de pesos, para un total de \$15.000 millones de pesos en el año (10,2% del total del costo por hospitalización).

La tasa de IIH por 1.000 afiliados capitados, a nivel general, mostró una tendencia baja, véase gráfica 27.

14. Williams WW. CDC Guidelines for the prevention and control of Nosocomial Infections. Guideline for infection control in hospital personnel. Am J. Infectious Control 1984;12: 34-36.



Gráfica 25 Tasa infección intrahospitalaria POS EPS SURA 2008



* Por 1.000 afiliados.
Fuente: Informe egresos hospitalarios POS EPS SURA 2008.

Tabla 21 Costo infección intrahospitalaria por procedimiento
POS EPS SURA 2008

Orden	Procedimiento principal	%
1	Hospitalización para tratamiento medico no quirúrgico	58,9%
2	By-pass aorto-coronario (con vena safena) uno a mas vasos	2,1%
3	Gastronomía	2,1%
4	Lavado peritoneal postquirúrgico	1,8%
5	Resecciones intestinales: incluye duodenectomia. Enterocollec	1,8%
6	Valvulotomía y/o valvuloplastia	1,5%
7	Gastrotomía. Incluye para extraccion de cuerpo extraã o	1,3%
8	Craneotomia para drenaje de hematoma epidural o subdural	1,0%
9	Angioplastia coronaria (incluye colocacion marcapaso y coron	0,8%
10	Artrotomía en rodilla	0,8%
11	Colostomía o ileostomía incluye.: cecostomía . Colostomía. T	0,8%
12	Derivacion ventriculo-atrial	0,8%
13	Drenaje. Curetaje. Secuestrectomía de tibia o perone	0,8%
14	Implante de clamp de michel-sombrilla u otro dispositivo mec	0,8%
15	Pleurectomía que incluya decorticacion pulmonar y reseccion	0,8%
16	Anastomosis del estomago. Incluye gastro-duodenostomia. Gast	0,5%
17	Cierre de fistula bronquial. Bronco-cutanea. Bronco-pleural	0,5%
18	Cierre de fistula traqueal	0,5%
19	Colectomía subtotal. Incluye hemi-colectomía. Ilíco-colectomi	0,5%
20	Colpotomía con drenaje de absceso o hematoma de cúpula vagin	0,5%
21	Corrección total de cardiopatías congénitas complejas	0,5%
22	Drenaje biliar percutáneo con colocación de prótesis	0,5%
23	Implantación de marcapaso definitivo con electrodo venoso	0,5%
24	Lobectomía total	0,5%
25	Otras	19,5%
Total General		100%

Fuente: Inteligencia de negocios - Ordenes pagadas EPS SURA 2008

La tabla 22 muestra el comportamiento de la IIH por género y grupo de edad; en ella se observa que hasta los 15 años el número de casos es mayor en las mujeres y después de esta edad es en los hombres. En cuanto al costo promedio es mucho mayor en el grupo de las mujeres en edades de los 15 a 44 años.

Tabla 22 Costo infección intrahospitalaria por género
POS EPS SURA 2008

Grupo de edad	No de casos	Mujer Promedio costo/caso miles	Total costo miles	No de casos	Hombre Promedio costo/caso miles	Total costo miles	No de casos	Total general Promedio costo/caso miles	Total costo miles
Menor 1 año	28	\$20.067	\$561.888	29	\$18.366	\$804.126	57	\$19.202	\$1.094
De 1 a 4 años	4	\$31.640	\$126.562	5	\$4.360	\$8.435	9	\$16.484	\$148.364
De 5 a 14 años	1	\$700	\$ 700	3	\$4.857	\$10.098	4	\$36.607	\$146.428
De 15 a 44 años	116	\$5.946	\$698.784	43	\$2.874	\$271.924	159	\$12.117	\$1.926.639
De 45 a 59 años	33	\$18.737	\$618.322	17	\$37.311	\$273.178	50	\$25.059	\$1.252.959
60 y más años	84	\$24.509	\$205.878	69	\$1.576	\$455.878	153	\$23.756	\$3.634.795
Total general	266	\$15.248	\$4.056.042	166	\$24.985	\$4.147.669	432	\$18.990	\$8.203.711

Fuente: Inteligencia de negocios - Ordenes pagadas EPS SURA 2008

2.2 Morbilidad por consulta

La consulta externa, es el lugar en el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo padecimiento les permite acudir al hospital. La atención médica en consulta externa puede ser de diversa índole pero principalmente consiste en el interrogatorio y examen que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento. La consulta externa bien sea electiva o prioritaria, se constituye en la puerta de acceso a los servicios de salud, de manera que al observar los motivos de consulta se puede caracterizar la morbilidad sentida de los usuarios, y diseñar estrategias para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud e impactar el estado de salud de los afiliados.

En el año 2000, el 29,9% de la población mundial correspondía a edades infantiles y el 6,9% a edades avanzadas. Se tiene proyectado que para el año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21,0% y el de 65 y más años se incrementará hasta llegar al 15,6%. De acuerdo con estas cifras, el próximo medio siglo traerá un aumento de 1.041 millones de habitantes de 65 y más años, distribuidos así: 14,0% en los países desarrollados, 77,0% en los países en vía de desarrollo y el 9,0% en los de bajo desarrollo; estos datos señalan que tanto social como económicamente se requerirá un cambio gradual en el perfil de los recursos físicos y humanos en la educación, la salud y el empleo¹⁵.

Como se dijo anteriormente, un cambio en la estructura poblacional lleva a cambios en los perfiles epidemiológicos; por ello y dependiendo del grado de desarrollo, se encuentran países donde las enfermedades reflejan situaciones particulares de pobreza, como es el caso de las enfermedades infecciosas que son, todavía, problemas prioritarios; mientras que en otros países aumenta la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, el SIDA, la tuberculosis, la violencia y el consumo de drogas.

La población colombiana no está lejana de estos cambios ocurridos a nivel mundial, reflejados en el incremento de la exposición a factores de riesgos sociales y ambientales que deterioran la salud, de tal forma que las enfermedades degenerativas crónicas constituyen la segunda causa de morbilidad y mortalidad en la población adulta. Según resultados del Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC II), la prevalencia de hipertensión en la población mayor de 15 años es 12,3% y de diabetes mellitus tipo 2 es del 2,0%¹⁶. Así mismo, según el Sondeo nacional de consumo de drogas en jóvenes, el alcohol y la marihuana son las sustancias más consumidas. El 15,2% de los que ingieren alcohol y el 6,8% de los fumadores de cigarrillo son menores de 18 años. La prevalencia del consumo de cocaína en la población general es de 3,8% y de estos, el 15,2% tienen entre 11 y 15 años, y el 30,4% de 16 a 18 años¹⁷.

La gráfica 26 hace referencia a la proporción de consultas por grupos de causas en la consulta externa¹⁸ del médico general. En ella se aprecian las principales causas de morbilidad en los afiliados a EPS SURA que han sido las mismas desde 1999. Estos grupos de causas son: la consulta por enfermedades osteomusculares cuya proporción en este período de tiempo ha variado entre 6,9 y 12,6%, es decir que se ha incrementado en los últimos años; las enfermedades del aparato respiratorio con variación entre el 12,8 y el 17,9%; las del sistema genitourinario entre 9,5 y 11,4%; las del aparato digestivo entre 5,6 y 9,0%; las del aparato circulatorio entre 3,8% y 7,5%, todas ellas con leves disminuciones en los últimos años, y las enfermedades infecciosas y parasitarias cuya disminución ha sido marcada desde 1999 donde alcanzó 13,7% hasta 2008 donde su proporción fue de 7,4%.

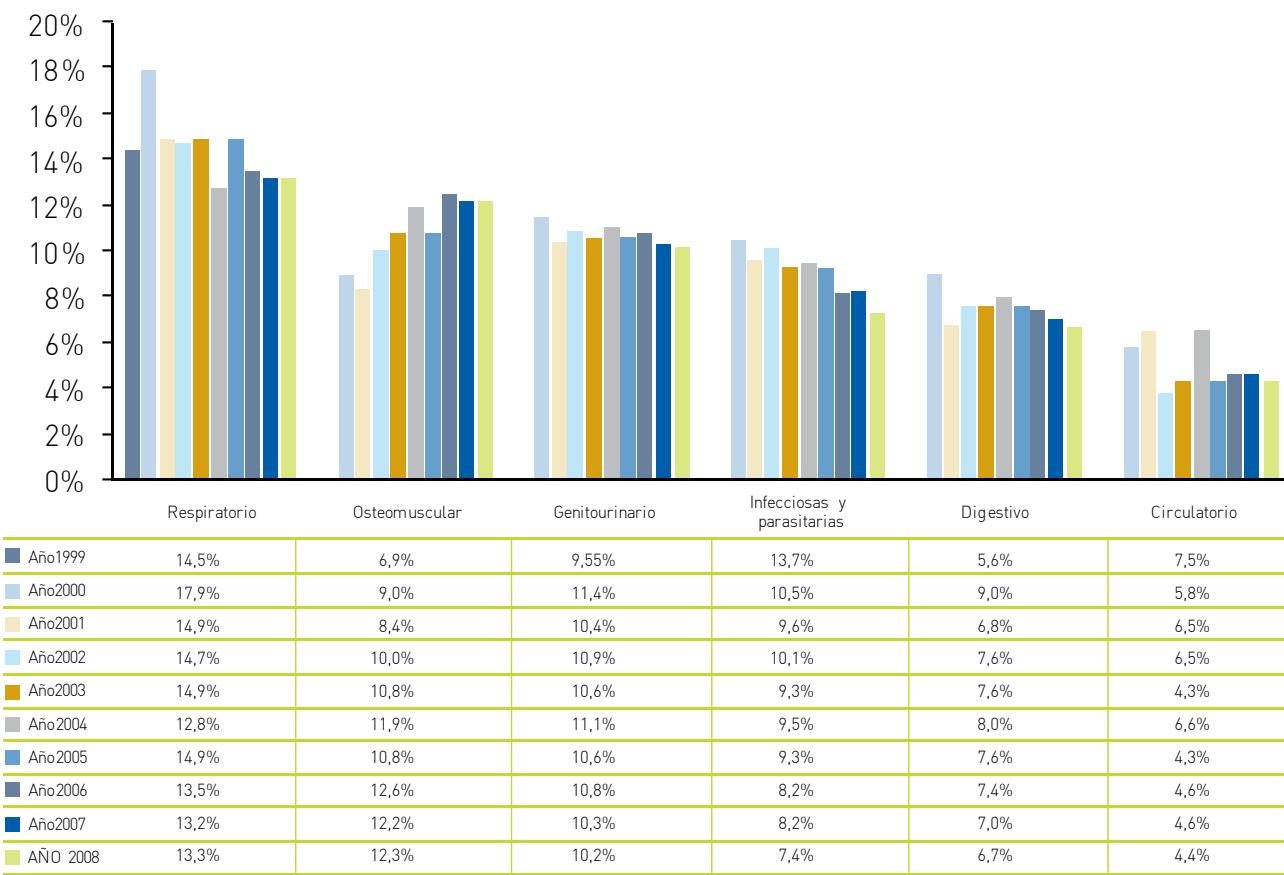
15. Novelo de López HI. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. Revista de Salud Pública y Nutrición. [acceso 20 de abril 2006]. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-5-2003/ponencias-precongreso/01-precongreso>.

16. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2004.

17. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas 2002. [2]. p.171.

18. Por consulta externa entendemos las citas programadas y los controles de las mismas.

Gráfica 26 Principales grupos de causas consulta externa
POS EPS SURA 1999 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios. Perfiles de salud de los afiliados al POS EPS SURA 1999-2008.

Por grupo de edad (véase anexo 3), la utilización del servicio de consulta y control de médico general ha tenido, en términos generales, el mismo comportamiento a lo largo del tiempo. Los primeros tres grupos de edad en frecuencia de consulta externa por cada 100 afiliados expuestos fueron: los menores de 5 años con 209,6 consultas (212,0 en 2007), el grupo de 60 años y más con 180,3 consultas (194,1 en 2007) y el de menores de 5 a 14 años, es el que menos utiliza los servicios de consulta, donde la frecuencia fue 91,5 consultas por cada 100 afiliados en 2008 (102,6 en 2007). Para la EPS en general la cifra disminuyó en 2008 y fue igual a 146,1 consultas por cada 100 afiliados (158,8 en 2007).

En la tabla 23 se puede observar el costo promedio de la consulta externa por grupo de edad y género. Los datos muestran que a nivel general, en 2008, se invirtieron por cada afiliado expuesto \$31.082 pesos en consultas por médico general, \$3.528 pesos más que en 2007, siendo este valor cercano a \$9.000 pesos en el grupo de menores de cinco años, hecho que se encuentra relacionado con los programas de P y P en este grupo de edad.

Tabla 23 Costo promedio* consulta externa por grupo de edad
POS EPS SURA 2007 – 2008

Grupo de edad	Mujer	2007		Mujer	2008		Diferencia costo por afiliado		
		Hombre	Total		Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Menor 5	\$35.940	\$37.636	\$36.811	\$44.703	\$46.695	\$45.725	\$8.763	\$9.059	\$8.915
5 a 14	\$18.628	\$17.014	\$17.804	\$20.649	\$18.265	\$19.432	\$2.021	\$1.251	\$1.628
15 a 44	\$35.542	\$18.562	\$27.395	\$40.225	\$21.120	\$31.028	\$4.683	\$2.558	\$3.633
45 a 59	\$40.090	\$21.820	\$31.871	\$44.421	\$23.521	\$34.974	\$4.332	\$1.701	\$3.102
60 y más	\$38.833	\$26.740	\$33.698	\$41.864	\$28.688	\$36.245	\$3.031	\$1.948	\$2.547
Total	\$33.866	\$20.657	\$27.554	\$38.254	\$23.277	\$31.082	\$4.388	\$2.620	\$3.528

*Valor constante diciembre de 2007.
Fuente: Inteligencia de Negocios - Órdenes pagadas EPS SURA 2007-2008.

La consulta prioritaria¹⁹ es el servicio de consulta externa, orientado a atender patologías de baja complejidad que requieren resolución inmediata o dentro de las primeras ocho horas y de libre acceso por los usuarios. No requiere acceso permanente e incluye una o varias de las siguientes actividades:

- Consulta de medicina general
- Consulta de enfermería
- Sala de procedimientos menores
- Terapia respiratoria y/o aplicación de micronebulizaciones
- Rehidratación oral

Se restringen, en este servicio, las actividades de observación para definición de conductas y las que requieren internación.

En los afiliados a EPS SURA, los principales grupos de causas de atención prioritaria²⁰ de médico general, han sido, en orden de mayor a menor frecuencia, las enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio, las infecciosas y parasitarias, sistema osteomuscular, aparato genitourinario, aparato digestivo y los traumatismos.

En la gráfica 27 se observa la proporción de los principales grupos de causas de consulta médica no programada. En el primer grupo se encuentran las enfermedades del aparato respiratorio (al igual que el de consulta externa de médico general), con proporciones que han variado entre 18,7 y 26,3%, con una tendencia a descender a través de los años. Una posible explicación es el impacto de los programas de crecimiento y desarrollo en niños, la implementación de la estrategia AIEPI²¹, los programas de prevención de asma en niños y adultos y el uso de inhaladores, en ambos grupos.

El segundo grupo de causas son las enfermedades infecciosas y parasitarias, cuya proporción, en el periodo analizado, ha variado entre 12,1 y 15,7%, con tendencia al incremento, al igual que el grupo de trauma y osteomuscular.

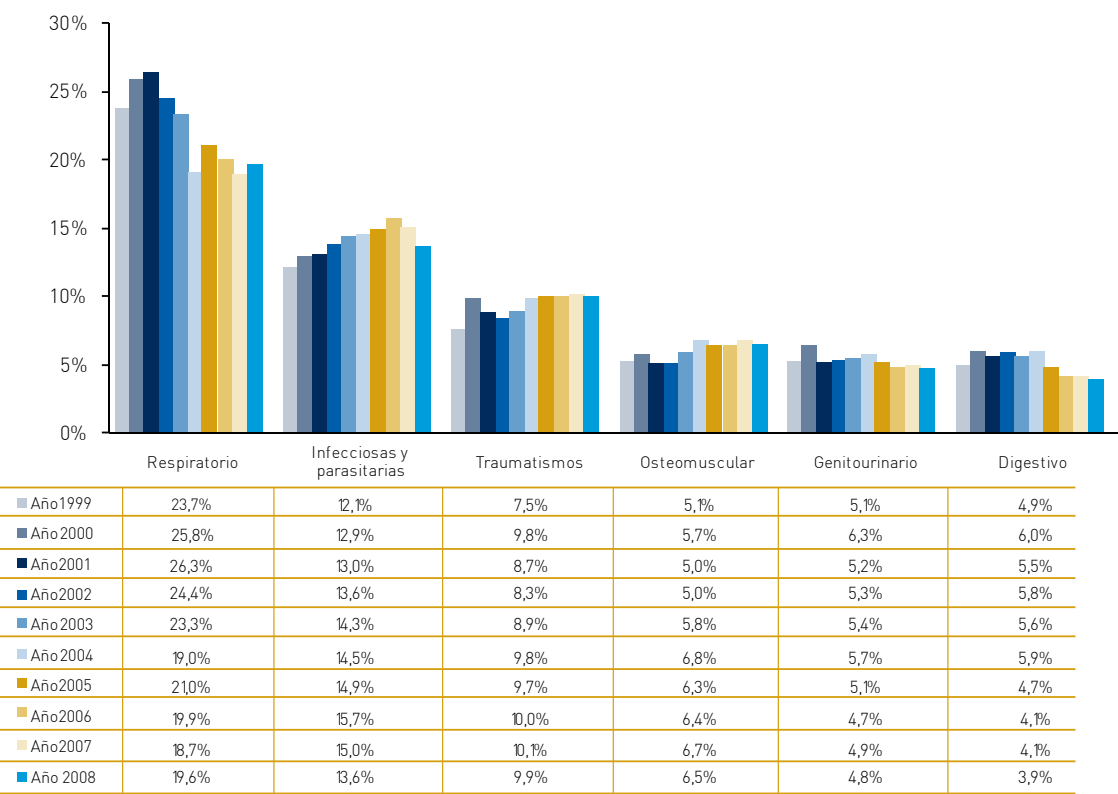
Por grupo de edad (véase anexo 4), encontramos que la mayor frecuencia de utilización de este servicio la tuvo el grupo de los menores de 5 años igual que en la consulta externa con 181,7 consultas por cada 100 afiliados del grupo (181,5 en 2007). El grupo con menor frecuencia fue el de 5 a 14 años con 59,1 consultas por 100 en afiliados del grupo (59,1 en 2007). A nivel general en la EPS, la frecuencia incrementó al pasar de 86,6 consultas por cada 100 afiliados expuestos en 2007 a 89,8 en 2008.

19. Ministerio de Protección Social. Definición de los servicios. [acceso 4 abril de 2008]. Disponible en: <http://www.Definicion%20de%20Servicios.pdf>

20. Atención prioritaria o consulta sin cita previa.

21. AIEPI: Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, estrategia de cuidado especial a los niños menores de 5 años que nace de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Gráfica 27 Principales causas de atención prioritaria
POS EPS SURA 1999 - 2008



Fuente: Perfiles de salud de los afiliados a EPS SURA 1999-2008

El costo promedio de la consulta médica no programada por grupo de edad y género se encuentra en la tabla 24, a nivel general, en 2008, se invirtieron por cada afiliado expuesto 31.699 pesos (28.219 pesos en 2007), siendo este valor mucho mayor e igual a 70.639 pesos en el grupo de menores de cinco años (56.946 pesos en 2007).

Tabla 24 Costo promedio* consulta prioritaria por grupo de edad
POS EPS SURA 2007 - 2008

Grupo de edad	Mujer	2007		Total	Mujer	2008		Total	Diferencia costo por afiliado		
		Hombre				Hombre			Mujer	Hombre	Total
Menor 5	\$53.427	\$60.284		\$56.946	\$66.484	\$74.579		\$70.639	\$13.057	\$14.295	\$13.693
5 a 14	\$18.527	\$20.696		\$19.634	\$21.104	\$22.144		\$21.635	\$2.577	\$1.449	\$2.001
15 a 44	\$33.831	\$25.122		\$29.652	\$38.334	\$27.600		\$33.167	\$4.503	\$2.477	\$3.515
45 a 59	\$23.623	\$19.734		\$21.874	\$24.919	\$21.404		\$23.330	\$1.296	\$1.669	\$1.456
60 y más	\$28.593	\$26.123		\$27.544	\$31.394	\$27.639		\$29.793	\$2.802	\$1.516	\$2.249
Total general	\$30.297	\$25.948		\$28.219	\$34.319	\$28.848		\$31.699	\$4.022	\$2.899	\$3.480

*Valor constante a diciembre de 2008
Fuente: Inteligencia de Negocios - órdenes pagadas EPS SURA 2007 – 2008



2.3 Morbilidad oral

Entre las enfermedades más difundidas en el mundo se encuentran las caries y periodontopatías, que afectan a la población en forma diferente de acuerdo con las condiciones socioeconómicas y varían de un país a otro en magnitud o gravedad. En Colombia el primer estudio de prevalencia de morbilidad oral lo llevaron a cabo entre 1995 y 1996 el Ministerio de salud y ASCO-FAME²². Aquí se evaluaron la frecuencia, la severidad, las causas, y efectos de los problemas de salud oral, los factores de índole social y económicos asociados con esta situación. En 1997 se adelantó el estudio nacional de salud donde se incluyó el II Estudio de Morbilidad Oral que encontró que el 96,7% de la población tiene historia de caries con un promedio de 12,7 dientes afectados y enfermedad periodontal del 94,7%.

En 1997 se inicia el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) III para observar los avances alcanzados en prevención y educación, en esta oportunidad se tuvo en cuenta la población civil de diferentes grupos etéreos residentes en Colombia donde se encontraron datos como que el 3,4% de las personas entrevistadas relacionan el sangrado de las encías con mala salud oral, el 98% utilizan el cepillo y la crema dental, el 37,0% utiliza la seda dental, el 17,0% el enjuague bucal, el 83,9% de las madres entrevistadas consideran que “el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente”, el 94,5% es consciente de que “es perjudicial o dañino para el niño

22. Ministerio de Salud, República de Colombia. Discusión general de promoción y prevención. III Estudio nacional de salud bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1999. p. 69-153.

dormir con el tetero en la boca” y que “la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes”, el 87,0% de las madres piensan que el cepillado con crema dental garantiza tener una boca sana y sólo el 16,3% cree en la visita periódica al odontólogo. Referente a la demanda y utilización del servicio se apreció que el 66,0% de la población consultó al odontólogo, el 32,0% tomó analgésicos, el 16,0% remedios caseros y el 7,0% usó antibióticos²³. Para modificar este perfil epidemiológico y sus factores determinantes, la población puede apoyarse en una red organizada de servicios para la atención bucodental principalmente preventiva y curativa, con la participación de los sectores público y privado, situación que se ve inmersa en el Decreto 3039 de 2007, que emprendió un plan de cuatro años para apoyar de forma articulada los entes territoriales y los aseguradores para la ejecución de algunos programas en salud pública. Específicamente los estipulado en la Resolución 425 en el eje programático con el mismo nombre y un sub eje llamado “Salud oral” donde se solicita información a través de indicadores de gestión para la evaluación de los programas de atención en salud oral por cada asegurador según su ubicación.

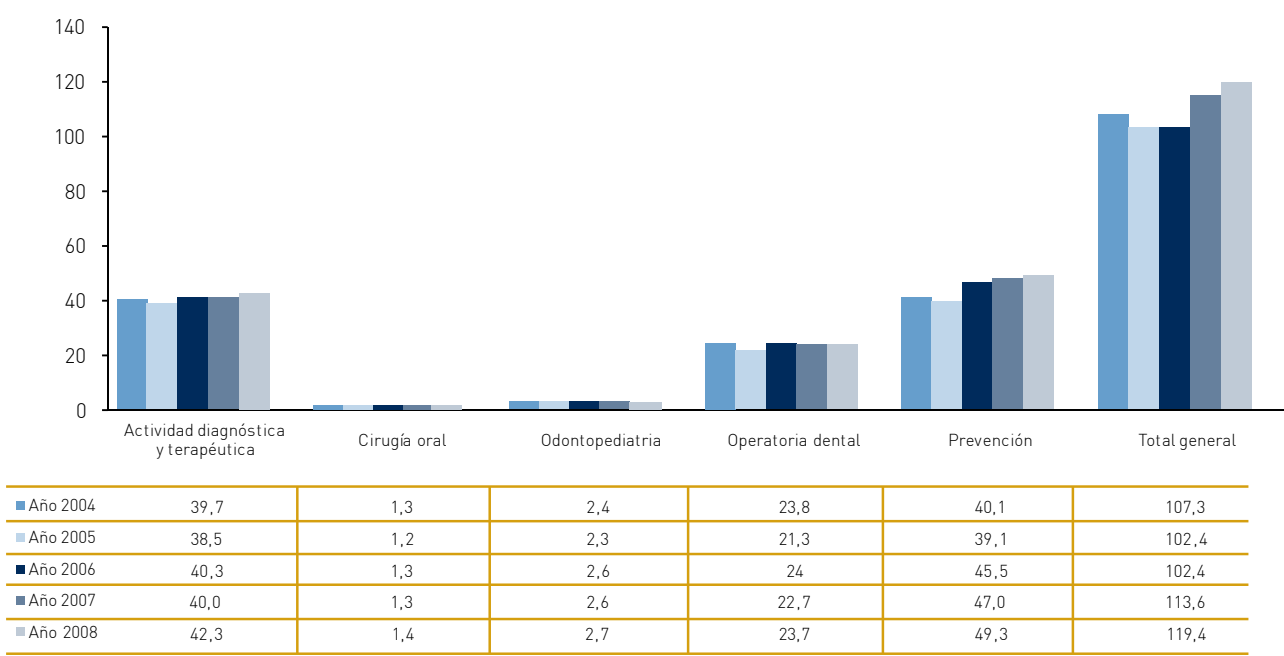
Cuando hablamos de Atención Preventiva en Salud ésta constituye un conjunto de actividades que se encuentran normadas en la Resolución 412 de 2000, considerando las acciones de promoción y prevención como actividades de procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico y que se encuentran contenidas en el anexo técnico 1-2000. Estas actividades realizadas sobre los diferentes universos de población, tienen efectos comprobados científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de algunas patologías orales si se intervienen a tiempo. Las actividades de atención preventiva están compuestas por:

- Control y remoción de placa bacteriana
- Aplicación de flúor
- Aplicación de sellantes
- Detartraje supragingival (Control mecánico de placa)

Para EPS SURA la salud oral sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud de sus afiliados debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad oral, los costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Como cada año, para identificar las principales causas de morbilidad oral entre los afiliados a la EPS SURA, se tuvieron en cuenta todas las actividades diagnósticas y terapéuticas, la cirugía oral, la odontopediatría, la operatoria dental y las actividades de prevención. Indicadores que consideramos importantes para la asignación y la gestión de recursos para la salud oral de nuestros afiliados.

Durante 2008, la frecuencia por cada 100 afiliados expuestos, incrementó en 23 puntos con relación a la registrada en 2007, hecho que se debe, principalmente, al medio millón de actividades de prevención, que representaron una frecuencia de 49,0% actividades por cada 100 afiliados expuestos (55,6 por cada 100 mujeres y 44,4 por cada 100 hombres).

Gráfica 28 Utilizaciones en odontología POS EPS SURA 2004 - 2008



Frecuencia por cada cien afiliados expuestos.
Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 - 2008

Las principales causas de morbilidad oral en los afiliados a EPS SURA se han mantenido a lo largo del tiempo; entre ellas se encuentran: las caries, la gingivitis aguda y crónica y otras enfermedades de tejidos dentarios duros (véanse gráfica 29 y anexo 5).

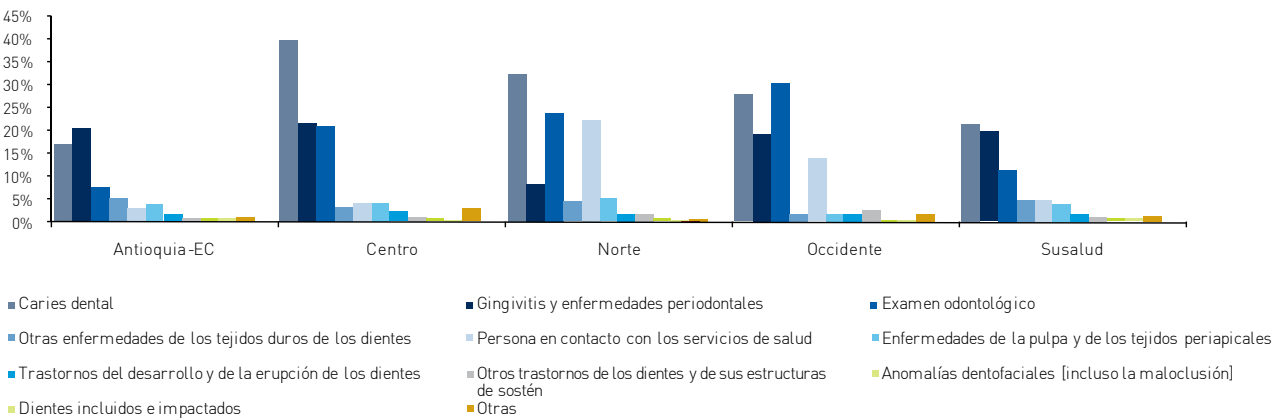
Algo similar a lo anterior sucede con relación a la demanda de servicios por grupo de edad (véase anexo 5): el grupo de 5 a 14 años es el que mayor demanda ha realizado con 156,9 consultas por cada 100 afiliados expuestos (154,6 en 2007) y el de 15 a 44 años con 122,6 consultas (116,8 en 2007); los de menor demanda son los mayores de 60 años con 76,0 consultas por cada 100 afiliados expuestos (72,0 en 2007) y los menores de 5 años con 83,5 (60,1 en 2007).

Para la cuantificación de la caries se ha utilizado el índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COP) y el índice de dientes cariados, exfoliados y obturados (ceo).

- El índice COP se obtiene de la sumatoria de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. En EPS-SURA en 2008, el valor de este índice, a los 12 años, pasó de 2,12 en 2007 a 2,30 en 2008 (véase tabla 27), cumpliendo la meta propuesta por la OMS de un índice de COP de tres para los niños de esa edad. Por regional, el índice COP disminuyó en Antioquia - EC y Norte y Occidente, pero aumentó en las regional Centro.
- El índice para la dentición temporal “ceo”, sumatoria de dientes primarios cariados con indicación de extracción y obturados, a los cinco años, pasó de 2,16 en 2007 a 2,87 en 2008 a nivel general. Por regional, aumentó en la regional de Antioquia-EC y Occidente, disminuyó en Centro y en la regional Norte.

23. SIVIGILA. III Estudio Nacional de Salud Bucal. No.8. Febrero 20 al 26 de 2000. p.3

Gráfica 29 Principales causas de consulta odontológica
POS EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

Tabla 25 Índices en odontología POS EPS SURA 2004 - 2008

Regional	"ceo" a los 5 años				
	2004	2005	2006	2007	2008
Antioquia-Eje Cafetero	2,15	1,84	1,97	2,27	3,01
Centro	2,73	2,81	2,34	1,99	2,40
Norte	0,50	0,40	3,00	3,00	2,90
Occidente	1,23	1,44	1,00	0,64	1,01
Total	2,29	2,07	2,03	2,16	2,87

Regional	"COP" a los 12 años				
	2004	2005	2006	2007	2008
Antioquia-Eje Cafetero	2,42	2,45	2,37	2,03	2,01
Centro	2,83	2,74	2,76	2,42	2,40
Norte	0,92	0,60	1,55	1,00	1,45
Occidente	1,64	1,78	1,63	2,34	1,90
Total	2,66	2,47	2,43	2,12	2,30

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 -2008

La prevención de la caries se basa fundamentalmente en: Prevención específica detección precoz y tratamiento oportuno.

- Proteger los dientes, lo que se traduce en el control de la dieta (reducir los azúcares).
- Reducir la presencia de sustrato (alimento) para las bacterias, esto es aplicar flúor (crema de dientes y geles).
- Eliminar la placa bacteriana, cepillar los dientes.
- Sellado de fisuras.

2.4 Morbilidad por incapacidad

El conocimiento de la Salud Ocupacional, se convierte en un instrumento de mucha utilidad para las personas que de una manera u otra están involucradas dentro de todo el proceso productivo de una empresa, porque ayuda a evaluar, controlar o minimizar los factores de riesgo inherentes a cada proceso.

Es también un instrumento de mucho valor porque brinda no solo a trabajadores, sino también a los empresarios beneficios sociales y económicos, que se traducen en el control de costos al reducir las pérdidas generadas por los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

La Salud Ocupacional contribuye al desarrollo de todas las empresas que la toman como un estandarte, porque optimiza los procesos productivos, a través del control real de las causas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

Según proyecciones del DANE, la población económicamente productiva, es decir, la sujeta a riesgo laboral en Colombia, representó el 47% del total de la población en 2007, en EPS SURA representó el 52% de los afiliados al POS. De igual manera, la población en edad de trabajar, de 15 a 65 años, en Colombia fue el 64% del total de la población del país y en la EPS el 71%.

Los datos anteriores señalan la importancia que tiene el cuidado de la salud de los trabajadores, tanto a nivel nacional como en EPS SURA, pues alrededor de la mitad de la población es responsable de producir los bienes necesarios para la existencia de la otra mitad y la que dinamiza la economía del país. Si se afecta la salud se afecta la producción, y por lo tanto la economía, generándose costos indirectos de atención, parálisis y pérdidas. Referente a esto, se estima que en los países en vía de desarrollo los costos por accidentes y enfermedades laborales pueden llegar al 10% del PIB (OIT, 2002).

La Asociación Internacional de la Salud Ocupacional define ausentismo como: "La ausencia del trabajo atribuida a enfermedad o accidente, aceptada por la empresa y la seguridad social". El ausentismo laboral debido a la licencia de maternidad o paternidad es un derecho otorgado por ley que no se incluye en la definición, pero que se debe tener en cuenta en las estadísticas. No existe una definición única y universalmente aceptada del término "ausentismo laboral". La Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo define como "la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos de vacaciones y las huelgas" Esta definición establece así, dos tipos de ausentismo: el voluntario y el involuntario o de causa médica, claramente diferenciados.

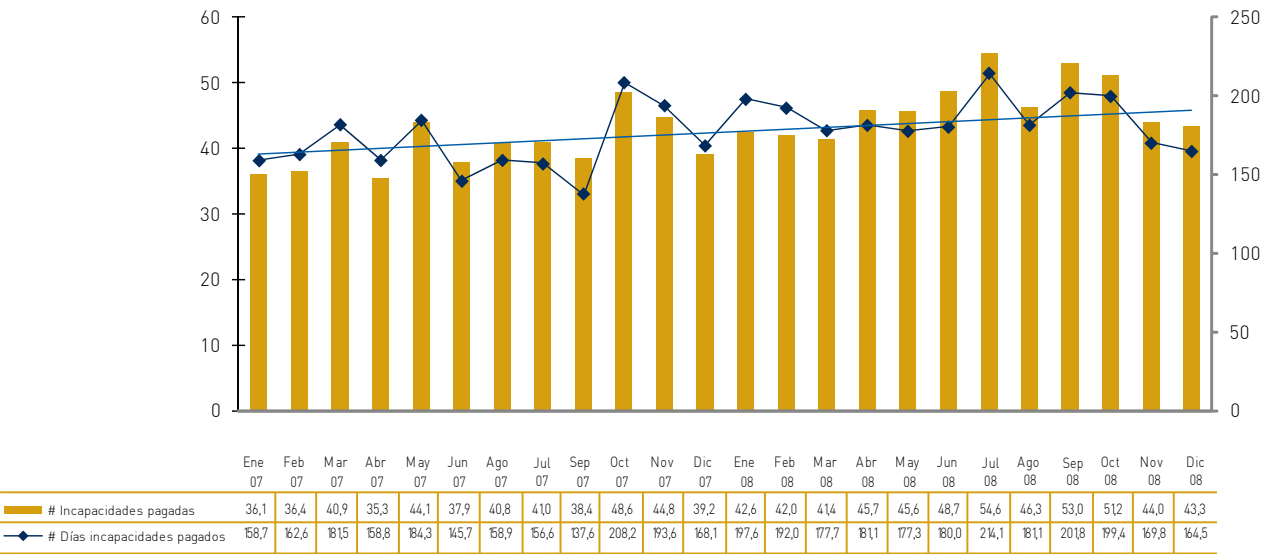
La Seguridad Social en Colombia a través de la Ley 100 refiere la salud ocupacional a toda actividad encaminada a proteger el trabajador de los riesgos presentes en su actividad laboral que puedan ejercer sobre él un peligro de contraer una enfermedad relacionada con el trabajo o tener un accidente laboral. La Salud Ocupacional es el conjunto de disciplinas dirigidas a lograr el bienestar del trabajador; así tenemos, la medicina ocupacional o del trabajo, la seguridad industrial y la higiene industrial, que constituyen los pilares en los que se sustenta el concepto de Salud Ocupacional, sin menospreciar los aportes que nos facilitan la psicología, la nutrición o la normativa vigente. EPS SURA, dentro del marco regulatorio de la Seguridad Social, expide los certificados de incapacidad que requiere la población trabajadora afiliada para el denominado ausentismo laboral de causa médica y las licencias derivadas de la maternidad y la paternidad.

En EPS SURA, durante 2008, se generaron por todas las causas un total de 2.236.458 días de incapacidad (2.014.479 en 2007) el incremento respecto al año 2007 fue un 11% más (221.979), véase gráficas 30 y 31. La problemática

del ausentismo ocupa un lugar cada vez más importante en la gestión del recurso humano y, por consiguiente, en la gestión empresarial, hecho que llevó al diseño e implementación de estrategias de intervención que involucran el punto de vista médico y el administrativo. Una de las experiencias exitosas realizadas en asocio con ARP SURA, es la creación de un modelo personalizado de gestión del ausentismo. Un ejemplo que permite ver los resultados de este modelo de gestión es el de una empresa metalmecánica en la cual se logró disminuir en 1.585 días el ausentismo durante el año 2005 y en 2.253 durante 2006, lo cual, para el número de trabajadores de la empresa serían dos días de producción que llevados a unidad producto representarían 30.000 unidades adicionales de producción en 2006.



Gráfica 30 Incapacidades pagadas por EPS SURA 2007 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

La importancia del ausentismo radica, principalmente, en un cambio de cultura empresarial, procurando desarrollar la salud ocupacional como una herramienta de inversión, que mejore la productividad y que tenga una estrategia más efectiva para enfrentarse al mercado global. Se busca el cambio del concepto de la salud ocupacional como una norma para convertirla en una acción que la organización hace por el trabajador. El ausentismo es multicausal, siendo estas causas de índole:

- Sociodemográfica: edad, género, estado civil, nivel cultural, etc.
- Laboral: satisfacción en el trabajo, relación contractual, remuneración, tipo de trabajo, etc.
- Sanitaria: sistema de salud, tipo de régimen de seguridad social, relación médico paciente, oportunidad de los servicios de salud, entre otras.

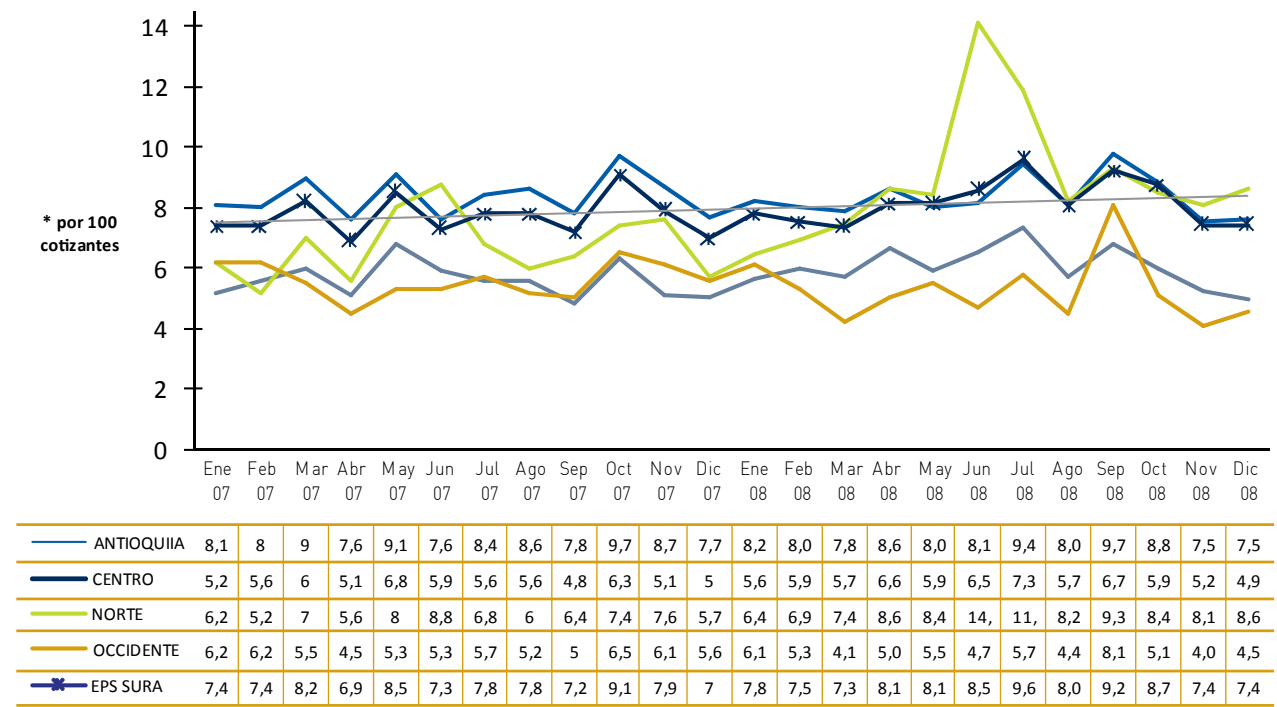
El ausentismo laboral médicamente justificado es el resultado de la interacción de factores y fuerzas que se interrelacionan y que involucran variables económicas, psicosociales, de atención médica y de organización de trabajo²⁴.

La evolución en el número de incapacidades generadas por cada 100 cotizantes (tasa de incidencia de incapacidades), durante los años 2008 y 2007

24. Mc Elroy J, Morrow P, Fenton J: a comparison of incentives in alternative organizations. Journal of Managerial Issues. Spring 1995; 7:91(8)

en EPS SURA, se aprecia en la gráfica 31. Esta tasa viene incrementándose con el tiempo, siendo este fenómeno mayor en Antioquia - EC, seguida por la regional Norte, regionales en donde sería importante analizar los factores que pueden estar influyendo en este valor como lo son: la oportunidad en la atención de los usuarios, el tipo de morbilidad, los patrones de conducta de médico y de los afiliados en lo que respecta al manejo de las incapacidades, entre otros.

Gráfica 31 Tasa de incidencia de incapacidades POS EPS SURA 2007 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2006 - 2008.

Las diez principales causas de morbilidad en incapacidad de los cotizantes afiliados a EPS SURA en 2008, de acuerdo con la frecuencia, se aprecian en la tabla 26. En ella, las cinco primeras causas: lumbago, esguince y torcedura del tobillo, amenaza de aborto, falso trabajo de parto y síndrome del túnel carpiano.

Tabla 26 Diez diagnósticos más frecuentes de incapacidad EPS SURA 2008

Orden	Descripción diagnóstico	Número de Incapacidades	PROMEDIO	COSTO
1	Lumbago no especificado	2.743	\$ 98.791	\$ 270.982.471
2	Amenaza de aborto	1.792	\$ 132.846	\$ 238.059.425
3	Esguinces y torceduras del tobillo	1.712	\$ 132.478	\$ 226.802.052
4	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestacion	1.547	\$ 181.464	\$ 280.724.500
5	Varicela sin complicaciones	1.055	\$ 125.768	\$ 132.685.062
6	Bronquitis aguda, no especificada	933	\$ 72.256	\$ 67.414.880
7	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	920	\$ 86.690	\$ 79.754.835
8	Síndrome del tunel carpiano	918	\$ 243.683	\$ 223.700.558
9	Leiomioma del utero, sin otra especificacion	782	\$ 404.113	\$ 316.016.173
10	Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	695	\$ 234.315	\$ 162.848.989
	Causas evitables laboral	9.407	1.023.575	1.403.117.995
	Causa evitables programas de promoción y prevención	2.908	284.714	279.854.777
	Total evitables	12.315	1.308.289	1.682.972.772

Laboral-Sev: evitable desde el punto de vista laboral y se agrava la severidad con el reintegro antes de tiempo
P&P: evitable con programas de promoción y prevención.
Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.

La varicela, bronquitis aguda y la infección urinaria que se registran en la lista y probablemente se pueden prevenir con estrategias de promoción y prevención, tuvieron un costo de 279 millones de pesos 2007[\$96]. Al sumar los grupos probables por intervención de actividades de P y P como son: Lumbago, amenaza de aborto, esguinces, síndrome del túnel del carpo y trastornos del disco, se obtiene una adición de los costos por casi 1.682 millones de pesos por incapacidades evitables en los cotizantes afiliados a EPS SURA en 2008; esto hace pensar que si se concentran los esfuerzos en éstas se podría impactar la salud de los trabajadores afiliados a la EPS, pues al mejorarla, se mantiene la producción y se disminuyen los costos indirectos de atención, parálisis y pérdidas.

En la tabla 27, se encuentran las 10 principales causas de morbilidad por incapacidad en los cotizantes afiliados a EPS SURA en 2008, de acuerdo con el número de días pagados. En ella se encuentran posibles patologías evitables desde del punto de vista laboral y de prevención, por las cuales se pagaron 1.562 millones de pesos durante 2008 en 2007[1.087].

Tabla 27 Diez diagnósticos relacionados con más días de incapacidad EPS SURA 2008

Orden	Descripción diagnóstico	Número de Incapacidades	PROMEDIO	COSTO
1	Lumbago no especificado	11.984	11	\$ 270.982.471
2	Síndrome del tunel carpiano	11.612	22	\$ 223.700.558
3	Leiomioma del utero, sin otra especificacion	11.377	24	\$ 316.016.173
4	Fractura de la diafisis de la tibia	11.292	87	\$ 213.068.321
5	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestacion	10.522	14	\$ 280.724.500
6	Esguinces y torceduras del tobillo	9.303	11	\$ 226.802.052
7	Amenaza de aborto	8.888	10	\$ 238.059.425
8	Fractura de la epifisis inferior del radio	8.628	53	\$ 88.610.640
9	Trastornos de disco lumbar y otros, con radiculopatía	7.403	33	\$ 162.848.989
10	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	7.261	20	\$ 182.765.945
	Causas evitables laboral	40.302		884.334.070
	Causa evitables programas de promoción y prevención	29.483		677.929.798
	Total evitables	69.785		1.562.263.868

Laboral-Sev: evitable desde el punto de vista laboral y se agrava la severidad con el reintegro antes de tiempo
P&P: evitable con programas de promoción y prevención.
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS-SURA. Año 2008..

Enfermedad profesional

Se considera enfermedad profesional todo estado patológico, permanente temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

La Ley 776 de 2002, se constituye en un conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, al obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo. En este sentido, el sistema de protección social debe promover el derecho a la salud en el trabajo, por medio de las diferentes acciones que viene adelantando el Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Riesgos Profesionales y específicamente, en el tema de las enfermedades profesionales.

Según el informe de 2005 publicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), cada día mueren en promedio 5.000 personas como resultado de accidentes y dolencias relacionadas con el trabajo, esto es, entre 2 y 2,3 millones de trabajadores, de los cuales 350.000 corresponden a muertes por accidentes en el trabajo y de 1,7 a 2 millones a muertes ocasionadas por enfermedades contraídas por el tipo de trabajo. El mismo informe menciona que los trabajadores en el mundo sufren 270 millones de accidentes laborales que acarrearán más de tres días de incapacidad y que se producen cerca de 160 millones de casos de enfermedades con consecuencias no fatales²⁵.

Según la OIT, la rápida expansión de la economía mundial ha ocasionado que se produzcan cerca de 430.000 muertes de trabajadores por exposición a sustancias tóxicas en el trabajo y se estima que el 10% del cáncer de piel se debe a este fenómeno²⁶.

25. Ministerio de la Protección Social. Informe de enfermedad profesional en Colombia 2003-2005. [acceso 21 abril de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No15901DocumentNo3578.PDF>
26. Ministerio de la Protección Social. Informe de enfermedad profesional en Colombia 2003-2005. [acceso 21 abril de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No15901DocumentNo3578.PDF>

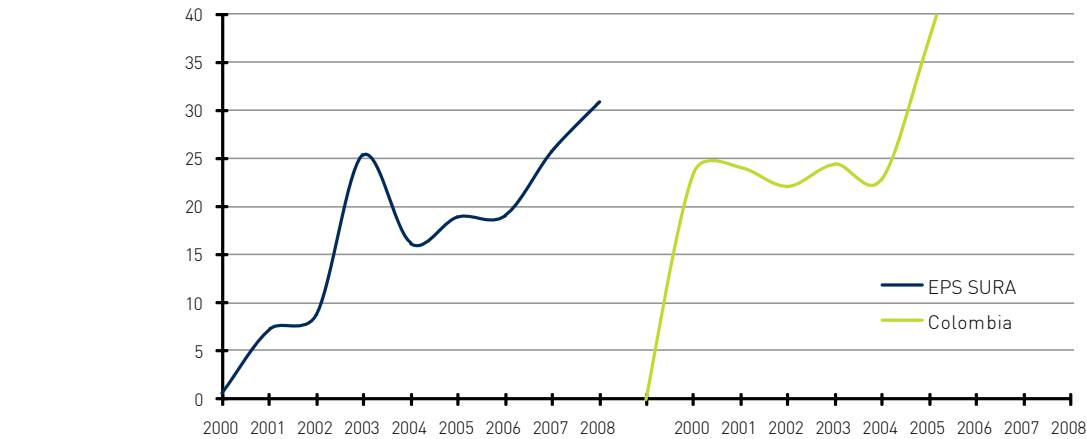


La enfermedad profesional (EP) tiene una probabilidad 10 a 20 veces mayor de ocurrir en países en desarrollo socioeconómico, con el consiguiente costo humano, social y económico que representa. El costo se ha estimado en cerca del 4,5% del PIB, llegando a ser hasta del 10% en los países en desarrollo. Las tasas de calificación de enfermedad profesional en Colombia, se encuentran muy por debajo de las esperadas y según cifras del Ministerio de la Protección Social, se han dejado de calificar entre 13.293 y 22.666 enfermedades profesionales al año.

La prevención de la enfermedad profesional implica la interrelación de actores que intervienen en los procesos productivos, como son las empresas o centros de trabajo quienes deben intervenir los factores de riesgo, de manera ideal en la fuente y, los sistemas de aseguramientos de la seguridad social.

En la gráfica 32 se observa el comportamiento de las tasas mensuales de incidencia y prevalencia de la enfermedad profesional (EP) en los cotizantes afiliados a EPS SURA, ambas con tendencia creciente. Durante 2008 se diagnosticaron 177 nuevas enfermedades profesionales, 43 casos más que en 2007, lo cual incrementó la tasa anual para EPS SURA (véase gráfica 32) en cerca de cinco EP por cada 100.000 cotizantes, acercándose cada vez a la tasa de Colombia que para 2006, fue de 52 EP por cada 100.000 cotizantes.

Gráfica 33 Incidencia de enfermedad profesional por año
EPS SURA – Colombia 2000 - 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2000 - 2007.
Ministerio de la Protección Social Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

Accidente de trabajo

“...Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo...”²⁷.

Además de los costos directos e indirectos, los accidentes de trabajo involucran múltiples fenómenos adicionales cuya magnitud es muy difícil de precisar. Estos son:

Al trabajador:

- Sufrimiento físico y moral.
- Disminución o pérdida de sus capacidades físicas.
- Disminución de su vida productiva.
- Restricción de su ingreso económico y presupuesto personal.
- Disminución de sus expectativas de desarrollo personal.
- Reducción de su esperanza y calidad de vida.

La familia:

- Aparición de fenómenos de alteración de la dinámica familiar en relación con: la disminución del ingreso y presupuesto familiar.
- Presencia de disfunción familiar.

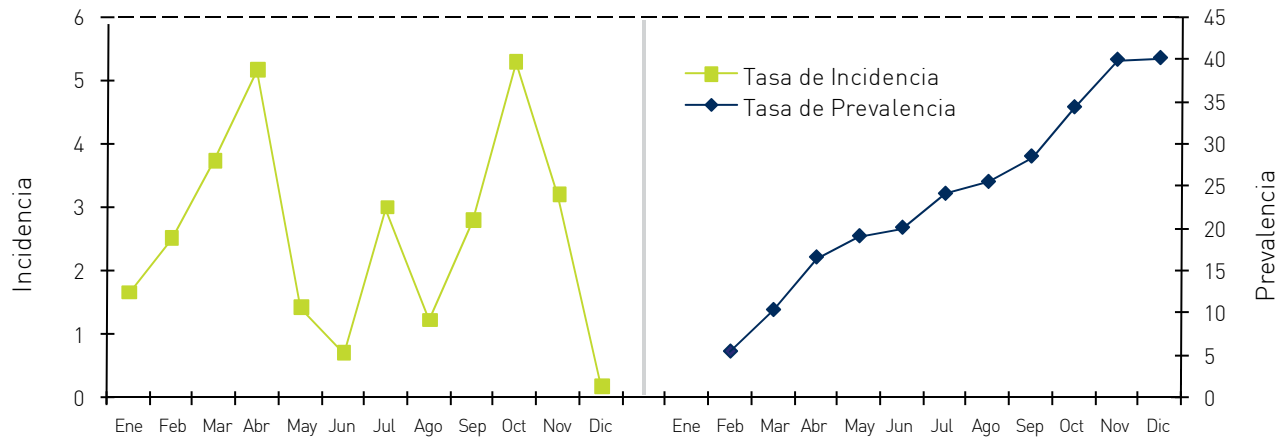
La sociedad:

Directamente proporcional con la magnitud de las secuelas de los riesgos de trabajo e inversamente a la efectividad de la rehabilitación se presenta:

- Discriminación laboral.
- Segregación social.
- Conductas antisociales.
- Psicopatología.
- Mortalidad prematura.

27. Comunidad Andina de Naciones – CAN.
Artículo 1 de la Decisión 584 de 2004 en el instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Gráfica 32 Tasas de enfermedad profesional por mes EPS SURA 2008



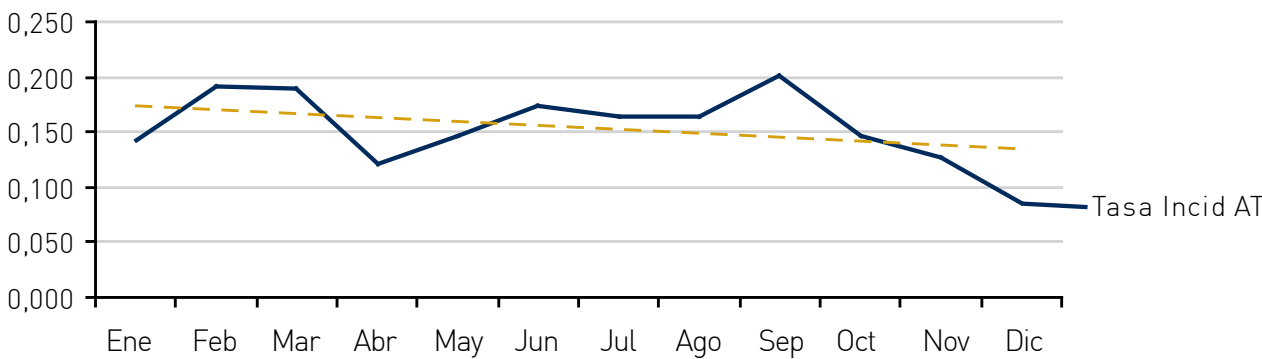
Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2006 - 2008.

El estudio del origen y la forma como se presentan los accidentes de trabajo deja claro que es mejor prevenir que curar y que evitarlos es más conveniente tanto desde el punto de vista humano como económico. De cada seis accidentes de trabajo uno lo provocan las máquinas, los cinco restantes son producidos por el llamado factor humano, sin embargo, todos se pueden evitar con sencillas estrategias de prevención.

En Colombia, la tasa de accidentes considerados como profesionales en 2006 fue de cinco accidentes por cada 100 afiliados²⁸. En los cotizantes afiliados a EPS SURA durante 2008, se presentaron 6.478 AT, tasa anual de 1,38 AT por cada 100 cotizantes. Significa que, por cada cuatro AT que se presentan en la población de trabajadores en Colombia, se registra uno en los afiliados cotizantes de EPS SURA. La gráfica 34 muestra la evolución de la tasa de AT mensual de enero de 2006 a diciembre de 2008, en ella se aprecia cómo la tasa ha venido decreciendo lentamente.

28. Ministerio de la Protección Social.
Dirección de Riesgos Profesionales.
Estadísticas 2006.

Gráfica 34 Incidencia accidentes de trabajo por mes EPS SURA 2008



Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2006 – 2008

2.5 Medicamentos

La formulación de una política para medicamentos se enmarca en la búsqueda de respuestas a los principales problemas de salud de la población colombiana, sin olvidar que en muchos de ellos tienen o deben tener soluciones no farmacológicas.

El acceso a los servicios de salud y a los medicamentos, cuando se requieran, es un componente fundamental de la lucha contra la pobreza, de la búsqueda de la equidad y del fortalecimiento del sector social.

Los medicamentos constituyen la más común y la más relevante respuesta de los Sistemas de Salud a las necesidades de atención de los usuarios, son uno de los recursos terapéuticos más costo-efectivos, representan una fracción importante del gasto en salud y son el renglón más significativo después de los recursos humanos, sin embargo, el acceso a medicamentos de buena calidad, en condiciones de eficiencia y equidad, no es garantizado por los mercados libres de intervención estatal, debido a múltiples factores como: la presencia de información asimétrica y los monopolios, entre otros.

En el Sistema de Seguridad Social colombiano, los medicamentos son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, sin embargo, la mayoría implican la cancelación de copagos y requieren la autorización del médico de la IPS donde consulta el afiliado para reclamarlos.

En el régimen contributivo, el listado de los medicamentos son los descritos en los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud No 228, 236, 263, 282, y 336, 368 y 380 siempre y cuando sean formulados por el médico de su IPS y cumplan con las características de principio activo, concentración y forma farmacéutica que se encuentran en el listado de medicamentos POS, además de cumplir con los contenidos de la prescripción, según lo dispuesto en los Artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005.

En EPS SURA, el suministro de medicamentos se clasifica de acuerdo con el nivel de atención y el tipo de cobertura.

Según el nivel de atención se tienen:

- Los medicamentos ambulatorios, que corresponden a los suministrados a los usuarios en la red de farmacias de cada regional.
- Los medicamentos hospitalarios, son los utilizados en el paciente hospitalizado para su tratamiento médico, quirúrgico o para su atención en urgencias.

Según el tipo de cobertura están:

- Los medicamentos POS, son los incluidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del POS según los Acuerdos 228 de 2002, 263 y 282 de 2004 y 336 de 2006.
- Los medicamentos NO POS, son los suministrados a los afiliados por autorización del Comité Técnico Científico (CTC) o por un fallo de tutela.

Para el suministro de los medicamentos ambulatorios EPS SURA cuenta en cada regional o ciudad, con un operador logístico encargado de dispensar estos medicamentos a los usuarios, a través de una red de droguerías. En 2008 la red estaba conformada como puede observarse en la tabla 28:

Tabla 28 Red de droguerías EPS SURA 2008

Regional	Proveedor	No de droguerías
Antioquia - Eje Cafetero	Antioquia: Botica Junín	35
	Eje Cafetero: Audifarma	5
Centro	Audifarma	26
Norte	Audifarma	9
Occidente	Audifarma	6

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2008.

A cada medicamento del listado del POS se le asigna una marca o laboratorio, de acuerdo con criterios de calidad, en el medio existe suficiente control que garantice equivalencia farmacéutica, puesto que el Invima exige a los laboratorios farmacéuticos las respectivas pruebas de estabilidad para el medicamento, el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura, (BPM) y manufactura según normas de las farmacopeas internacionales. Pero es importante anotar que la equivalencia terapéutica de los genéricos en nuestro país no se garantiza, puesto que no se realizan ensayos clínicos prospectivos y controlados. Este tipo de equivalencia no hace parte de las exigencias regulatorias del ente controlador. Por lo anterior, debe hacerse especial énfasis en los estudios de bioequivalencia, o cual va a resolver en parte la intercambiabilidad segura del medicamento asignado. Para ello en



EPS-SURA el análisis de todos estos criterios es realizado por un grupo multidisciplinario especialmente asignado para esta labor.

- El uso de los medicamentos se establece desde el punto de vista de unidades despachadas o del costo económico.
- Las unidades despachadas, identifica diferencias geográficas en el consumo, tendencias, hábitos de prescripción, frecuencias, además, permite evaluar medidas de regulación o control del uso de los medicamentos, entre otras.
- El costo económico, permite observar la importancia económica de un determinado fármaco en un sistema sanitario o en una institución, sobre todo si se expresa como porcentaje sobre el gasto total.

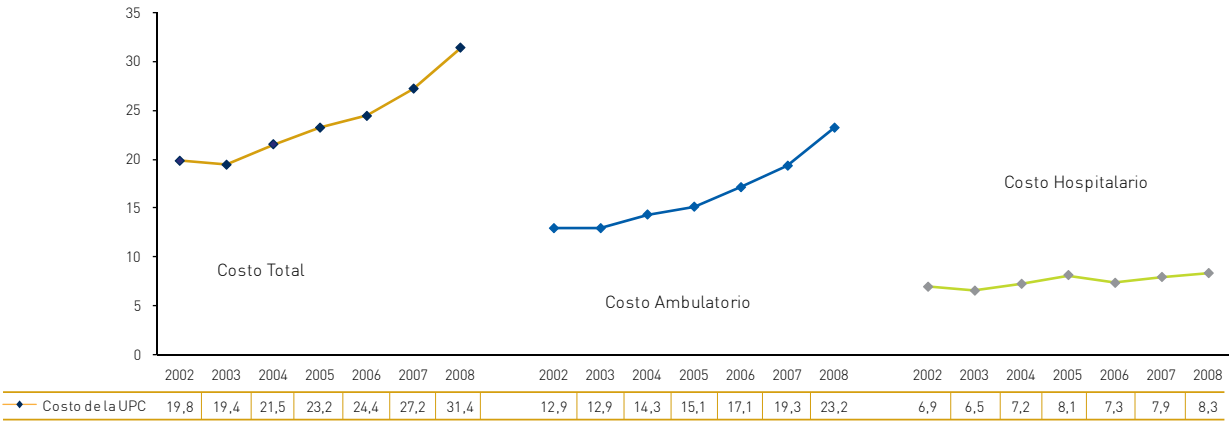
En EPS SURA durante 2008, el gasto total en medicamentos representó el 31,5% de la Unidad de Pago por Capitación (27,2% en 2007). De este porcentaje el 23,2% (19,3% en 2007) fueron por medicamentos consumidos a nivel ambulatorio y el 8,3% (7,9% en 2007) por los medicamentos suministrados a nivel hospitalario (véase tabla 29 y gráfica 35).

Tabla 29 Porcentaje del Costo de Medicamentos Ambulatorios de la UPC EPS SURA 2000 - 2008

Tipo de Cobertura	TIPO DE MEDICAMENTO								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
POS AMBULATORIO	9,2	8,9	7,3	5,8	5,8	5,3	5,0	5,1	4,6
"POS CATASTROFICAS (Cáncer-Sida)"	1,9	1,6	1,8	1,7	1,6	2,2	2,0	1,9	1,7
TOTAL POS	11,1	10,4	9,1	7,5	7,4	7,5	7,0	7,0	6,4
CTC O TUTELAS	0,9	1,9	3,8	5,4	6,9	7,6	10,1	12,3	16,8
TOTAL Ambulatorio	12,0	12,3	12,9	12,9	14,3	15,1	17,1	19,3	23,2
Total HOSPITALARIOS (IPS)	-	-	6,9	6,5	7,2	8,1	7,3	7,9	8,3
Total General	12,0	12,3	19,8	19,4	21,5	23,2	24,4	27,2	31,4

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2000 - 2008.

Gráfica 35 Porcentaje del costo de medicamento en la UPC EPS SURA 2002 - 2008



Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2002 - 2008.

En la tabla 30, la gráfica 36 y el anexo 6, se observa que a pesar de la disminución anual en la frecuencia de utilización de medicamentos ambulatorios del POS, el costo por usuario y el porcentaje en la UPC no han disminuido. En los medicamentos catastróficos POS y NO POS en los últimos tres años se ha presentado una frecuencia estable con variaciones en el costo por usuario tendiendo este a disminuir, a un ritmo de 1,5% de la UPC en los tres últimos años. Es importante aclarar que la frecuencia se calcula teniendo en cuenta el total de medicamentos despachados en un período, dividido por la población expuesta en el mismo período; para estimar el total de medicamentos despachados se utiliza la unidad mínima de entrega, entendiendo por ésta, la mínima unidad en que se puede fraccionar un producto: la tableta, gragea o cápsula para los sólidos, el frasco para los líquidos orales, la ampolla o el vial para los inyectables y, el frasco, pote o tubo para los medicamentos dermatológicos.

Los grupos farmacológicos de medicamentos POS en los cuales se registraron los mayores incrementos en el número de unidades despachadas por afiliado expuesto fueron: hospitalarios (Salud en Casa), sida, cáncer y hormonas (véase anexo 6).



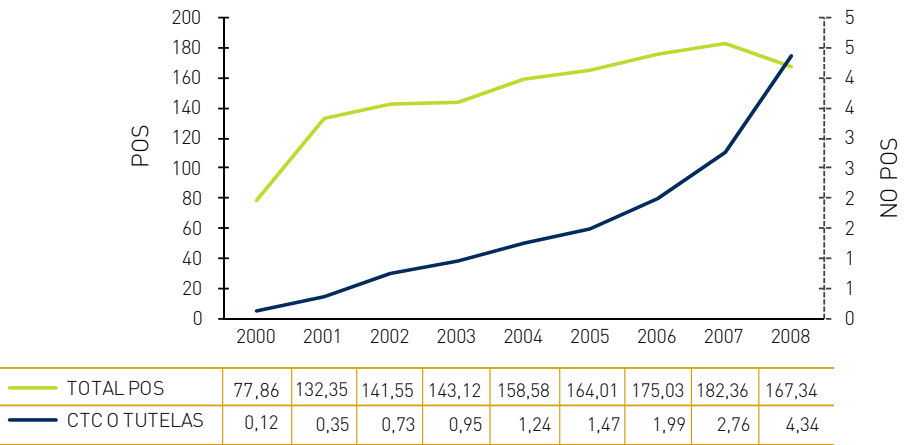
Tabla 30 Frecuencia y Costo por Usuario según Tipo de Cobertura
EPS SURA 2002 - 2008

Tipo de medicamentos	2002		2003		2004		2005		2006	
	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto
POS AMBULATORIO	140	22.136	142	18.636	157	20.080	162	19.411	172	19.394
POS CATASTROFICAS										
(cáncer-Sida)	1	5.496	2	5.493	2	5.623	2	7.870	3	7.716
TOTAL POS	142	27.632	143	24.130	159	25.704	164	27.281	175	27.110
CTC O TUTELAS	1	11.472	1	17.554	1	23.842	1	27.926	2	39.017
TOTAL GENERAL	142	39.104	144	41.684	160	49.546	165	55.207	177	66.127

Tipo de medicamentos	2007		2008		% de diferencia 2007 - 2008	
	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo /afiliado expuesto
POS AMBULATORIO	180	20.648	165	19.913	-8	-4
POS CATASTROFICAS						
(cáncer-Sida)	3	7.569	3	7.524	-2	-1
TOTAL POS	182	28.217	167	27.437	-8	-3
CTC O TUTELAS	3	49.827	4	72.331	57	45
TOTAL GENERAL	185	78.044	172	99.768	-7.26	28

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS-SURA. Años 2000 - 2008.

Gráfica 36 Frecuencia medicamentos
POS y No POS EPS SURA 2000 - 2008



Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2000-2008

En el año 2008 se registró una reducción del 7% en el número de unidades de medicamentos despachada por afiliado expuesto, se puede observar que a pesar de la reducción en las unidades despechadas ésta no produjo una disminución del costo proporcional a número de frecuencia obtenidas para el año analizado. Por el contrario, se presentó un incremento del 28% en el costo por afiliado (véase anexo 6). En este mismo año, el 72% del costo se debió a los medicamentos de CTC o tutelas (64% en el 2007 y 59% en 2006); el 20,0% a los clasificados como POS ambulatorios (26,5% en 2007 y 29,3% en 2006) y el 7,5% a los POS de cáncer y SIDA (9,7% en 2007, 11,7% en 2006).

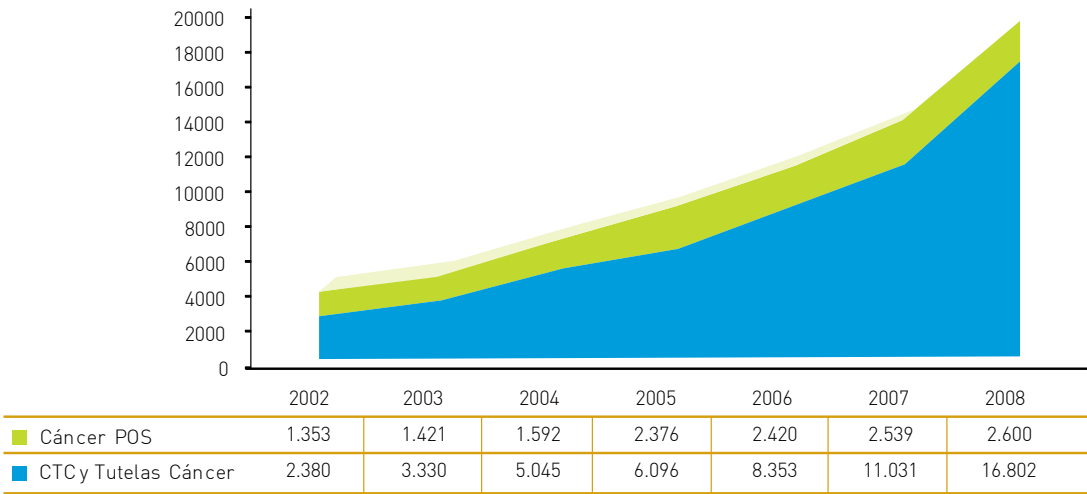
El costo unitario de los medicamentos POS ha tenido una tendencia a la disminución a lo largo de tiempo, que podría deberse a la capacidad de EPS SURA en la negociación de tarifas y al aumento de la competencia de genéricos con mejoramiento de precios para las EPS y los consumidores. Situación contraria con los medicamentos NO POS, los cuales en su mayoría no tienen alternativas genéricas, lo que lleva a adquirirlos en un solo laboratorio (Innovador) con poca capacidad en la negociación del precio. Lo anterior se evidencia en 89 medicamentos que corresponden al 80% del costo de medicamentos NO POS EPS SURA, de los cuales 41 (66%) medicamentos no tienen copias o alternativas genéricas.

Cuando se compara el costo por usuario entre medicamentos POS y NO POS se observa que estos últimos han aumentado su representatividad dentro del costo total, al pasar del 16% en 2001 al 72,4% en 2008.

En la gráfica 37 se observa que mientras los medicamentos de cáncer del POS tuvieron un costo por usuario de 2.600 pesos en 2008 (2.539 pesos en 2007), los NO POS, para esta misma patología, tienen un costo por usuario de

16.802 pesos (11.031 pesos en 2007); el incremento del 52% en los NO POS se debe a la utilización de medicamentos para el cáncer relativamente nuevos como: Imatinib, Rituximab, Temozolamida, Sorafenib y Trastuzumab. De la misma manera se evidencia un aumento importante, tanto en frecuencia como en costo usuario de medicamentos NO POS para todas las patologías. Otros medicamentos de importancia en el costo NO POS son los utilizados para el tratamiento de la artritis (Infliximab, Etanercept, Adalimumab), la hormona de crecimiento, los interferones y las inmunoglobulinas, varios de estos últimos obtenidos con tecnología DNA recombinante, con pocas alternativas genéricas y la posible disminución del costo.

Gráfica 37 Costo por afiliado medicamento cáncer POS y NO POS EPS SURA 2002 - 2008



Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2000 - 2008

2.6 Insuficiencia renal crónica (IRC)

Las enfermedades renales causan 60.000 muertes en forma directa y están relacionadas con la causa de muerte de más de un cuarto de millón de personas por año en E.U.A. Más de 360.000 norteamericanos necesitan diálisis o un transplante de riñón para sobrevivir²⁹.

Las principales patologías que finalizan en la falla renal en el mundo y en nuestro país son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

La diabetes es la causa principal de insuficiencia renal, responsable de aproximadamente el 35,0% de los casos nuevos de insuficiencia renal crónica en los E.U.A. Al menos 50 millones de norteamericanos tienen presión arterial alta, la cual requiere tratarse con medicación y controles regulares. Alrededor del 15,0% no sabe que tiene hipertensión, siendo ésta la segunda causa de insuficiencia renal. Casi el 66,0% de las personas con insuficiencia renal son menores de 65 años de edad y, casi el 27,0% tiene menos de 44

29. Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de alto costo. [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.rgs.gov.co/noticias.shtml?x=16590>

30. National Kidney and Urologic diseases information cleringhouse [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNews-No16539DocumentNo6283.PDF>

31. Informe de la Asociación Colombiana de Nefrología y el Ministerio de la Protección Social. [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNews-No16539DocumentNo6283.PDF>

32. El peso de la insuficiencia renal crónica en el sistema de salud [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/feb05/general/general-11.htm>



años. Lamentablemente algunos de ellos son niños. Los grupos raciales minoritarios padecen insuficiencia renal en mayor proporción que la población general.

La Organización Mundial de la Salud, OMS- reconoce que la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una epidemia que está impactando la expectativa y calidad de vida de los seres humanos y los costos de atención en los diferentes sistemas de salud.

En Colombia se hace evidente este llamado de atención pues se calcula, según el reporte de las EPS al Ministerio de la Protección Social, 11.239 personas del régimen contributivo reciben tratamiento de Diálisis como consecuencia de la progresión de una Enfermedad Renal Crónica, donde el tratamiento integral de estos pacientes esta cerca de 900 mil millones de pesos al año. No obstante que hoy es posible, según los expertos, prevenir o retrasar la aparición de esta alteración, se considera que hay un subregistro en la información y que según las proyecciones de los últimos años, éstos podrían llegar a más de 16.000.

El mayor número de pacientes en Diálisis se encuentra entre los 50 y los 59 años, seguido por el grupo de 60 a 69 años y el de 40 a 49. El 68,0% de los pacientes son menores de 60 años y el restante 32,0% mayor de 60 años³⁰.

Según los reportes de la Asociación Colombiana de Nefrología, uno de cada diez adultos en el mundo, incluyendo Colombia, tiene algún grado de daño renal, la tasa de crecimiento de los pacientes en terapia de sustitución (diálisis y trasplante) ha sido del 15,0% anual en la última década.

Según la Coordinación Nacional Red de Donación y Trasplante, durante el año 2006 se realizaron en Colombia 870 trasplantes de órganos, incremento del 32,0% con relación al año anterior. A 31 de diciembre de 2006 se habían realizaron 610 (70,1%) trasplantes de riñón, 24,2% más que en el año 2005³¹. Gráfica 38³².

Lo preocupante del asunto es que el número de casos de ERC en el país va en aumento, eso sin contar con que un número indeterminado de los casos no son diagnosticados ni tratados, sobre todo en las poblaciones más pobres y alejadas, Tabla 31. Según cifras oficiales, si la tendencia se mantiene, para el año 2010 Colombia tendría alrededor de 28.000 personas afectadas por este mal, para cuya atención el sistema de salud tendría que destinar por lo menos 2 billones de pesos cada año, a precios de hoy. Estos gastos están representados, en su mayoría, en diálisis, trasplantes y manejo de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

Estas cifras exigen hacer enormes esfuerzos para asegurar su tratamiento pero, lo más importante es hacer eficientes campañas de promoción y prevención que permitan disminuir, a largo plazo, la evolución de esta patología³³.

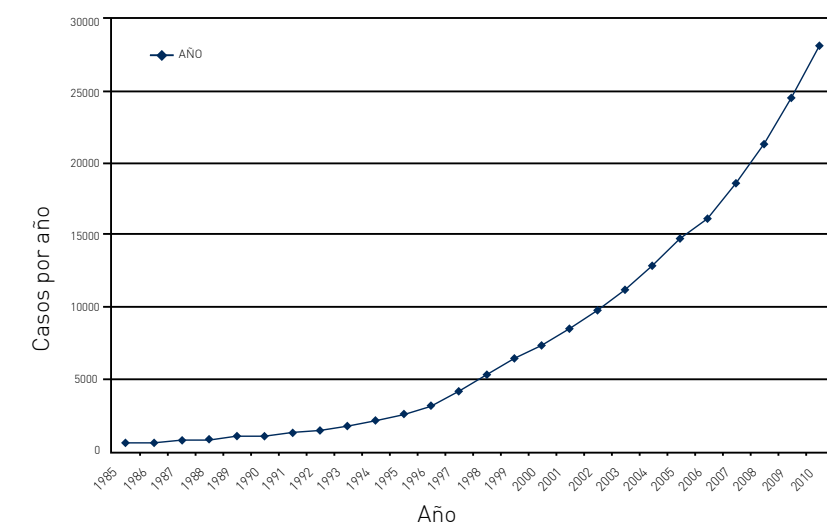
La insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades de mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. La Ley 1122 de 2007 modificatoria de la Ley 100 de 1993 estableció y definió en los artículos 19 y 25, literal b, algunas características relacionadas con el aseguramiento de las enfermedades de alto costo y facultó al Gobierno Nacional para reglamentar este aspecto. De igual manera, y en desarrollo del Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 en el cual se instituyó la definición del Plan Nacional de Salud Pública -PNSP-, fue expedido el Decreto 3039 de 2007 contenido en dicho PNSP, en el cual se orientó como “objetivo 6: disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades”, el promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC.

Cabe destacar que en diciembre de 2004, el Consejo Nacional de Seguridad Social, (CNSSS), autorizó incluir en el Plan Obligatorio de Salud la Eritropoyetina, un medicamento que se usa para el tratamiento de la anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis (en adultos y niños) o a diálisis peritoneal (en adultos).

En agosto de 2006 y teniendo en cuenta las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para la atención de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, el CNSSS autorizó incluir en el POS los medicamentos: Clonidina Clorhidrato, Minoxidil, Losartan y el Clorhidrato de Sevelamer para los afiliados los regímenes contributivo y subsidiado.

Con la implementación de las anteriores disposiciones, se reconoce la importancia de garantizar la atención, la promoción por medio de educación y la prevención de factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión y la diabetes³⁴.

Gráfica 38 Proyección de pacientes con diálisis crónica 1985-2010



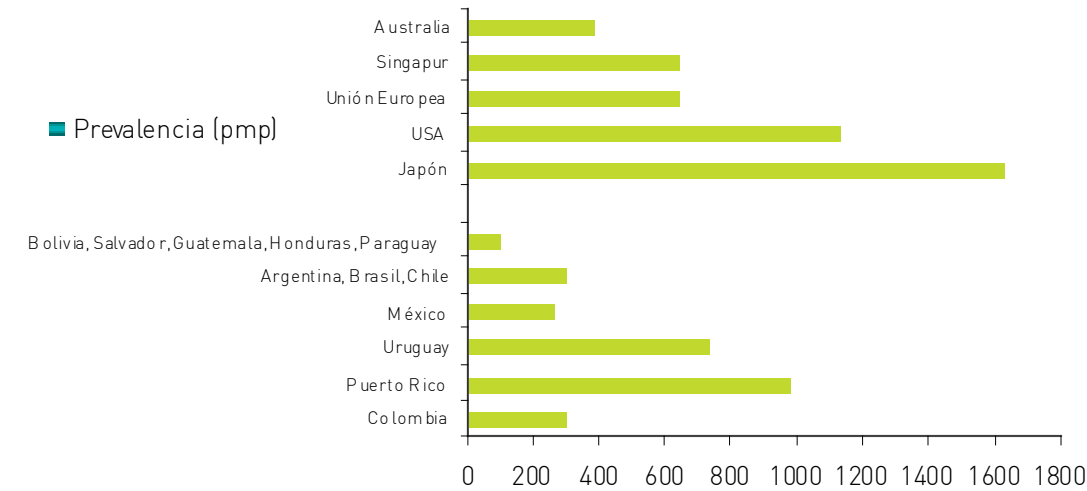
Fuente: Datos consolidados con información de perspectivas en Nefrología : Carlos López Viñas Hernando Altahona Suárez , año 2000.

Estadísticas en Latinoamérica

En Latinoamérica es similar la frecuencia de enfermedad renal, tiene una amplia variabilidad. Puerto Rico y Uruguay registran las mayores prevalencias, (véase gráfica 39); países como Argentina, Brasil, Chile y México tienen frecuencias que fluctúan alrededor de los 300 casos por millón de habitantes (pmp), y países como Bolivia, Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay tienen prevalencias menores de 100.

Al comparar estas cifras con las de países como Japón con 1.624 pmp, Estados Unidos con 1.131, la Unión Europea con cerca de 644, Singapur con 646 y Australia con 386 pmp, se encuentra que en los países latinoamericanos las prevalencias son mucho menores.

Gráfica 39 Prevalencia enfermedad renal en el mundo



Fuente: Informe de la Asociación Colombiana de Nefrología y el Ministerio de la Protección Social.

33. Swinford RD, Elemberg E, Ingelfinger JR. Persistent renal disease. In: Walker WA, Watkins JB (eds.) Nutrition in pediatrics. Ontario: BC Decker; 1997. p. 493-515.
34. Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de alto costo. [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.rgs.gov.co/noticias.shtml?x=16590>
35. Guías de practica clínica y los modelos de gestión [acceso junio 5 de 2009]. Disponible en: <http://www.rgs.gov.co/noticias.shtml?x=16590>

Tabla 31 Evolución de pacientes con falla renal terminal en (diálisis) en Colombia³⁵.

Año	Número de pacientes	Tasa de crecimiento
1992	1.420	
1993	1.660	15%
1994	2.041	18%
1995	2.501	20%
1996	3.058	28%
1997	4.059	24%
1998	5.200	20%
1999	6.400	19%
2004	11.347	
2005	14.949	12%
2006	Entre 16.000 y 16.400 aprox. consolidado de 8 a 10%	

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA 2000 - 2008.

Las prevalencias e incidencias por cada 100 afiliados expuestos, en los afiliados a la EPS SURA inscritos en el PPR, para el periodo 2006 – 2008, aparece en la Tabla 32.



Con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal y su atención en los servicios de salud, se hace preciso establecer estrategias como:

- Implementar programas de prevención primaria y secundaria.
- Velar por el correcto tratamiento de la hipertensión y la diabetes.
- Definir y aplicar medidas de protección renal.
- Diagnosticar oportunamente la enfermedad para retardar el paso de los pacientes a terapias de reemplazo y una vez se llegue a este estadio, optimizar los tratamientos para disminuir los costos de complicaciones, incapacidades y la mortalidad.

Programa de protección renal de EPS SURA

En junio de 2004, se creó el Programa de Protección Renal (PPR) de EPS SURA. Entre sus objetivos se encuentran:

- Realizar un manejo integral y articulado entre la IPS básica y un equipo multidisciplinario conformado por nefrólogo, médico internista, nutricionista, psicólogo, médico general, entre otros.
- Evitar la progresión de la enfermedad renal y sus complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Disminuir el alto costo que genera la atención de esta patología.
- Brindar educación al paciente y a la familia para promover el autocuidado.

Tabla 32 Tasas por estadio Programa de Protección Renal
EPS SURA 2006 - 2008

Por estadio	2006			2007			2008		
	Incidencia	Prevalencia	% Estadio	Incidencia	Prevalencia	% Estadio	Incidencia	Prevalencia	% Estadio
Depuración Creatinina									
Estadio 1 (90-100 ml/min)	0,0229	0,0550	9,7%	0,0172	0,0624	9,3%	0,0145	0,0740	9,9%
Estadio 2 (60-89 ml/min)	0,0686	0,1743	30,9%	0,0458	0,2015	29,9%	0,0389	0,2320	31,0%
Estadio 3 (30-59 ml/min)	0,0888	0,2679	47,5%	0,0839	0,3243	48,1%	0,0803	0,3704	49,6%
Estadio 4 (15-29 ml/min)	0,0138	0,0537	9,5%	0,0099	0,0501	7,4%	0,0098	0,0644	8,6%
Estadio 5 (<15 ml/min sin TRR)	0,0032	0,0120	2,1%	0,0057	0,0168	2,5%	0,0006	0,0043	0,6%
CAPD Dial Perit									
Manual Dep Cre <15ml/min	0,0002	0,0006	0,1%	0,0007	0,0029	0,4%	0,0002	0,0014	0,2%
APD Dial Perit Automat									
Dep Cre <15ml/min	0,0001	0,0001	0,0%	0,0007	0,0011	0,2%	0,0003	0,0007	0,1%
Total general	0,1978	0,5638	100,0%	0,1757	0,6740	100,0%	0,1447	0,7472	100,0%

Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. 2006 - 2008

A diciembre de 2008 se tenían 8.123 pacientes en PPR, 15,5% más respecto al referente del año anterior. El 80,0% de los pacientes se encontraban concentrados en los estadios dos y tres así: 49,6% (48,1% en 2007) en el estadio tres (depuración de creatinina de 30-59 ml/min) y el 31,0% (29,9% en 2007) en el estadio dos (depuración de creatinina de 60-89 ml/min). En el estadio cuatro (depuración de creatinina de 15-29 ml/min), estadio inmediatamente anterior al inicio de las terapias de reemplazo renal, se encontraban el 8,6% (7,8% en 2007) (Tabla 32).

El comportamiento de las tasas de incidencia registradas durante el periodo analizado, muestran una tendencia a disminuir (contrario a lo que ocurre con las prevalencias), hecho posiblemente debido a que desde 1998, en el programa de Riesgo Cardiovascular del nivel básico, se controlan factores de riesgo para la insuficiencia renal como la hipertensión, la diabetes mellitus y las dislipidemias. De igual manera, desde el inicio del PPR, el control y el seguimiento de los pacientes con insuficiencia renal, ha impactado el progreso de la enfermedad y la aparición de sus complicaciones, incluyendo la diálisis.

En la Tabla 33 y Gráfica 40 se encuentran los pacientes del estadio uno al cinco, por regional y clase de IPS. De acuerdo a la distribución de los pacientes se puede decir que, en la regional Centro es donde se captan la mayor proporción de los pacientes en los estadios iniciales de la enfermedad, 94,6% en estadios uno al tres y 6,1% en estadio cuatro; a diferencia de la regional Norte es donde se captan los pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad, 84,5% en estadios de uno al tres y 16,2% en estadios cuatro y cinco

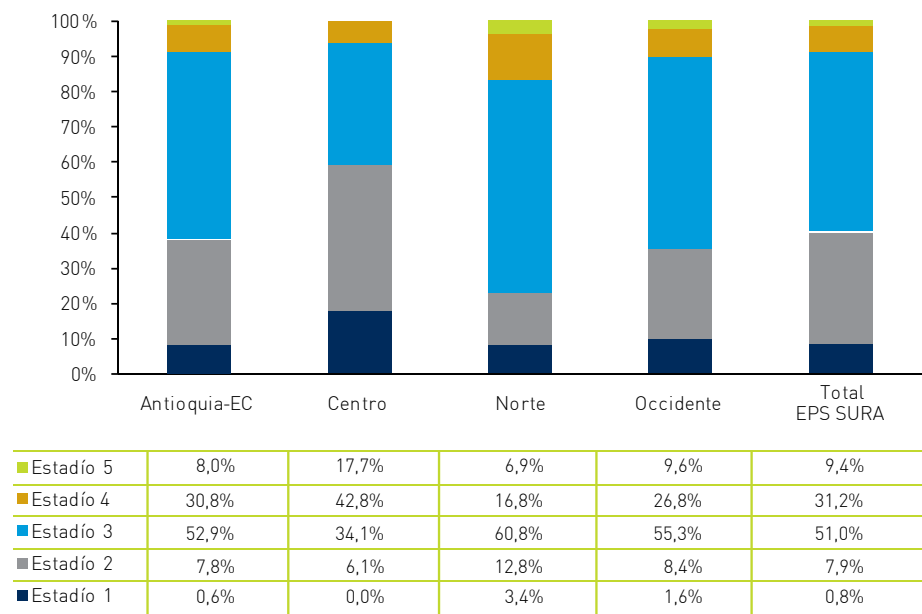
Tabla 33 Distribución pacientes por tipo estadio y clase de IPS
Programa de Protección de EPS SURA 2008

Regional	Clase IPS	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Total pacientes	% por IPS	% por regional
Antioquia-EC	Adscrita	8,2%	27,7%	54,5%	9,2%	0,5%	1.455	25,1%	
	COMFAMA	7,9%	32,0%	52,5%	7,6%	0,2%	2.158	37,2%	
	Punto de Salud	8,1%	32,8%	52,7%	5,9%	0,5%	2.101	36,2%	
	Salud en Casa	-	2,4%	42,9%	38,1%	12,2%	84	1,4%	
	Total regional	8,0%	30,8%	52,9%	7,8%	0,6%	5.798	100,0%	71,4%
Centro	Adscrita	16,0%	45,4%	41,1%	4,6%	-	175	15,6%	
	Punto de Salud	18,3%	42,5%	32,9%	5,4%	-	904	80,5%	
	Salud en Casa	13,6%	37,5%	31,8%	25,0%	-	44	3,9%	
	Total regional	17,7%	42,8%	34,1%	6,1%	0,0%	1.123	100,0%	13,8%
Norte	Punto de Salud	7,1%	16,6%	60,8%	12,9%	3,5%	451	99,8%	
	Salud en Casa	-	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	2	0,4%	
	Total regional	6,9%	16,8%	60,8%	12,8%	3,4%	452	100,0%	5,6%
Occidente	Adscrita	7,1%	0,0%	86,7%	-	0,0%	15	2,0%	
	Punto de Salud	9,4%	27,9%	55,0%	7,9%	1,4%	720	96,0%	
	Salud en Casa	20,0%	0,0%	40,0%	33,3%	7,1%	15	2,0%	
	Total regional	9,6%	26,8%	55,3%	8,4%	1,6%	750	100,0%	9,2%
Total EPS SURA		9,4%	31,2%	51,0%	7,9%	0,8%	8.123		100,0%

Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. Año 2008.



Gráfica 40 Distribución porcentual de estadios por regional
PPR EPS SURA 2008

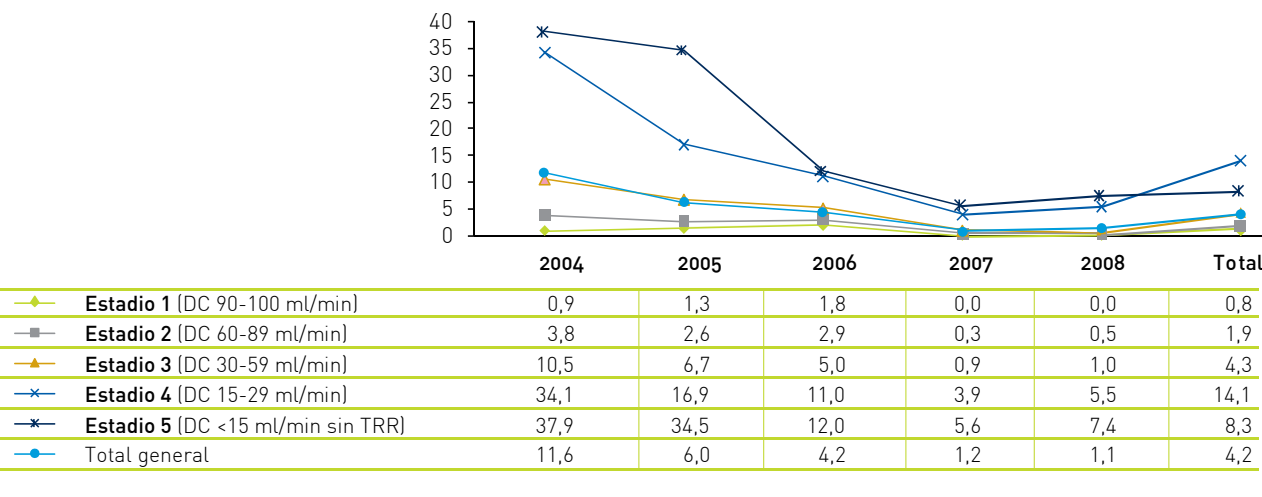


Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. Año 2008

La información sobre el número de muertes³⁶ por cada 100 pacientes del estadio, en los afiliados inscritos en el Programa de Protección Renal de EPS-SURA, se encuentra consignada en la gráfica 41. A nivel general, se puede decir que, durante todo el periodo analizado, por cada 100 pacientes de un estadio inscritos en el PPR fallecieron cuatro, indicador que viene descendiendo, al compararse con el año 2007 en que fueron 5 de cada 100.

36. Muertes por todas las causas.

Gráfica 41 Mortalidad por Insuficiencia Renal PPR
EPS SURA 2004 - 2008

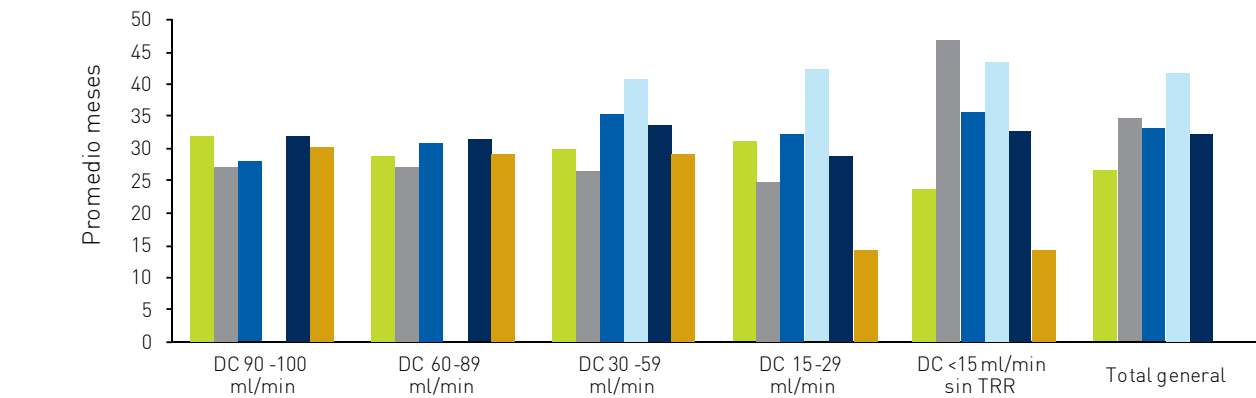


Tasa Mortalidad *100
Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. Mortalidad 2004 a 2008.

37. Este cálculo se realizó teniendo en cuenta los pacientes que conformaban la cohorte del año 2004.

En la gráfica 42 se encuentran los datos que hacen referencia a la permanencia³⁷ promedio (en meses) de los pacientes por estadio y por tipo de IPS, a diciembre de 2008. De esta gráfica es importante resaltar que en todos los estadios la permanencia promedio de los pacientes de EPS SURA es mayor que la de los estándares establecidos a nivel mundial.

Gráfica 42 Promedio mes permanencia por estadio por tipo de IPS
PPR EPS SURA Cohorte 2004



Adscrita	32	28	30	31	23	26
COMFAMA	27	27	26	25	47	35
Punto de Salud	28	31	35	32	35	33
SC	0	0	41	42	43	41
Total EPS SURA	32	31	33	29	32	32
Estándar	30	29	29	14	14	

Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. 2004 - 2008

Los anteriores indicadores del programa respaldan cada vez más la conclusión de la investigación Evaluación Integral del programa de atención de pacientes con deterioro de la función renal 2006 de EPS-SURA, realizado por el grupo de Medicina Preventiva y Salud Pública de la facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que dice: “Luego de la revisión sistemática, estamos convencidos que este es el camino a recorrer, con programas de este tipo que permitan equilibrar la intervención de la salud pública, con la sostenibilidad y viabilidad de los sistemas de salud”.



Capítulo 3

Mortalidad

Afiliados al POS EPS SURA



El concepto mortalidad se refiere a las defunciones como un componente del cambio en la población. Todos los individuos de una población mueren, pero la proporción en que esto ocurre depende de muchos factores, tales como: la edad, el sexo, la raza, la ocupación y la clase social, entre otros. El valor de esta tasa puede proporcionar información acerca del nivel de vida y de los servicios de salud de una población.

La mortalidad ha variado a través de los años y se encuentra muy ligada a las condiciones de vida y a los avances tecnológicos. Esta tasa fue muy alta antes del siglo XIX debido a las enfermedades, el hambre y las guerras, pero luego comenzó su descenso gracias a las vacunas y a las mejores condiciones de vida (mejor alimentación, acceso al agua potable y a la educación, entre otros).

Anteriormente era relativamente fácil clasificar un país por su mortalidad. Los países subdesarrollados tenían tasas superiores al 13%, a diferencia de los países desarrollados, que tenían tasas inferiores a este valor. Actualmente, esta relación ha cambiado; las tasas continúan bajando en los países subdesarrollados, y están aumentando en muchas naciones desarrolladas a causa del envejecimiento de sus poblaciones.

Los datos de mortalidad no sólo permiten evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las enfermedades y la sobrevivencia de la población. Por lo anterior, son insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, y la programación y evaluación de programas y políticas de salud¹.

3.1 Mortalidad general

La mortalidad como indicador, refleja la atención que una sociedad brinda a grupos etáreos como niños, mujeres en edad fértil o ancianos. Los datos acerca de cuándo, dónde, cómo y de qué se muere la gente, no sólo suministran información sobre mortalidad y sus causas, sino también del estado de salud de la población.

Según el informe Estadísticas de Salud de las Américas 2006, en los países de la región Andina, entre los cuales se encuentra Colombia, las tres primeras causas de mortalidad son: la enfermedad isquémica del corazón con una tasa de 54,9 por 100.000 habitantes, las agresiones u homicidios con 45,4 y enfermedad cerebrovascular con 36,7 por 100.000. Por género, los

hombres tuvieron como principal causa de muerte la agresión u homicidio con una tasa de 83,3 por 100.000 hombres, seguido de la enfermedad isquémica cardíaca con 60,9 y enfermedad cerebrovascular con 33,9 por 100.000. En las mujeres la primera causa fue la enfermedad isquémica cardíaca con una tasa de 48,8 por 100.000 mujeres, la segunda fue la enfermedad cerebrovascular con 39,6 y la tercera la diabetes con 24,5 por 100.000 mujeres².

En Colombia la mortalidad descendió a partir de 1930 debido inicialmente, a la inversión realizada en agua potable y saneamiento ambiental y, posteriormente, al desarrollo de las campañas de prevención e inmunización contra enfermedades transmisibles (viruela, tétanos, difteria, sarampión y tuberculosis) y al aumento de la calidad en la atención hospitalaria. Medidas que permitieron bajar la tasa bruta de mortalidad de 2.240 muertes por cada 100.000 individuos en 1938 a 417 muertes por cada 100.000 para el 2006³.

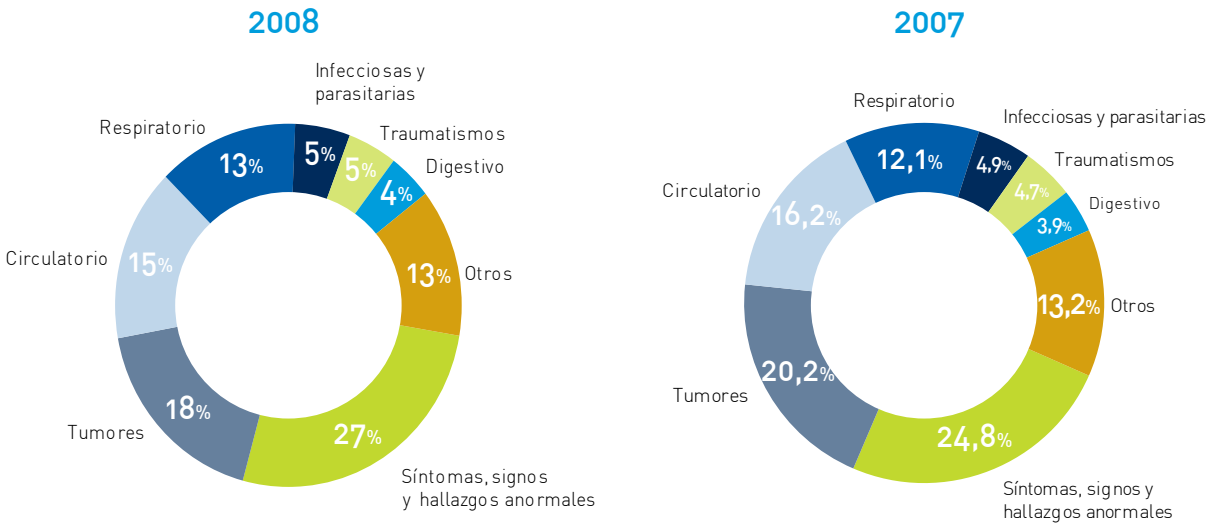
Las causas específicas de mortalidad para Colombia son:

2. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de Salud de las Américas 2006. [acceso 8 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/HSA2006.htm>
3. DANE. Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985 - 2015.
4. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006. p.9
5. Para establecer las causas de muerte en los afiliados a EPS SURA se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: los egresos hospitalarios, Salud en Casa, los reportes de notariás y los de empleadores. Se sigue mejorando el subregistro y la calidad de la información sobre mortalidad, pero hay problemas para detectar las muertes de los afiliados beneficiarios que se presentan por fuera de la red de instituciones de EPS SURA.

- Enfermedades crónicas: enfermedades del aparato circulatorio 119,8 muertes por 100.000 habitantes; enfermedad isquémica del corazón en mayores de 45 años 254,1; enfermedad cerebrovascular en mayores de 45 años 137,5; cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mayores de 45 años 11,6 y la diabetes mellitus en mayores de 45 años con 75,8 muertes por 100.000 habitantes.
- Enfermedades neoplásicas malignas: tasa de 66,5 por 100.000 habitantes.
- Causas violentas: agresiones u homicidios 49,4 por 100.000 habitantes, muestra una disminución importante pues en 1999 fue de 62,8, a diferencia de la tasa de suicidios y lesiones autoinflingidas que aumentó pasando de 4,2 en 1999 a 5,0 por 100.000 en 2006⁴.

Como en los años anteriores⁵, en los afiliados a EPS SURA durante el año 2008 las principales causas especificadas de mortalidad fueron los tumores con el 18,2% (20% de 2007), las enfermedades del aparato circulatorio 15,3% (16,2% de 2007) y las del aparato respiratorio con 13,4% (12,2% de 2007) de las muertes en los afiliados (véase Gráfica 43 y Anexo 7).

Gráfica 43 Mortalidad por grupos de causas EPS SURA

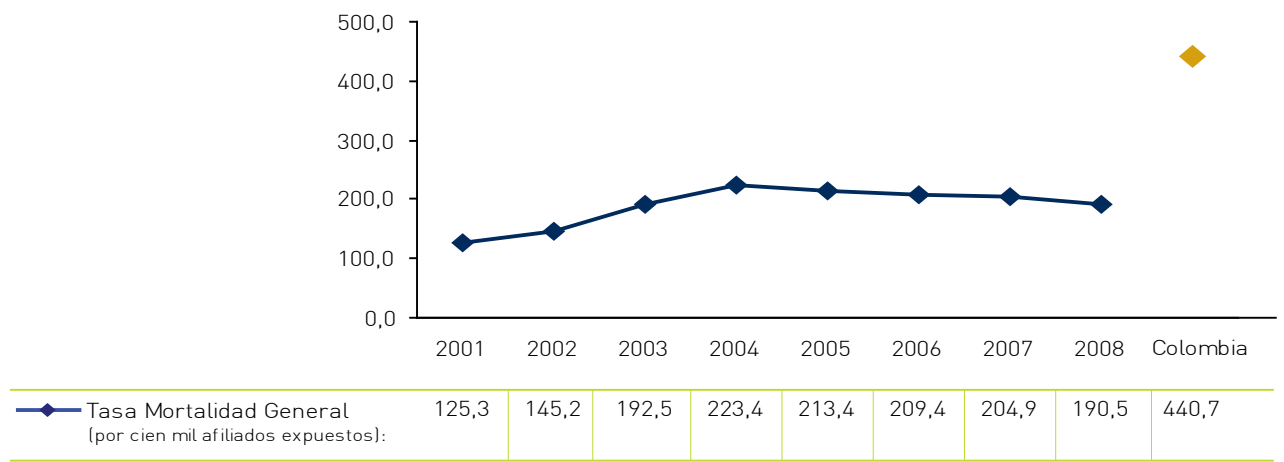


Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2007 - 2008.

1. De Datos Básicos a Índices Compuestos: una revisión del análisis de mortalidad. OPS/OMS. Boletín Epidemiológico 2002;23 (4).

La mortalidad general de los afiliados a EPS SURA en 2008 fue de 190,4 muertes por 100.000 afiliados expuestos (204,7 en 2007), indicador que ha disminuido en los últimos cuatro años. En la población colombiana fue igual a 440,7 muertes por 100.000 habitantes lo cual indica que por cada muerte que se produce entre los afiliados a EPS SURA, se presentan dos en la población colombiana (Gráfica 44).

Gráfica 44 Tasa de Mortalidad General POS EPS SURA 2001 - 2008



Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2001- 2008.

3.2 Mortalidad específica

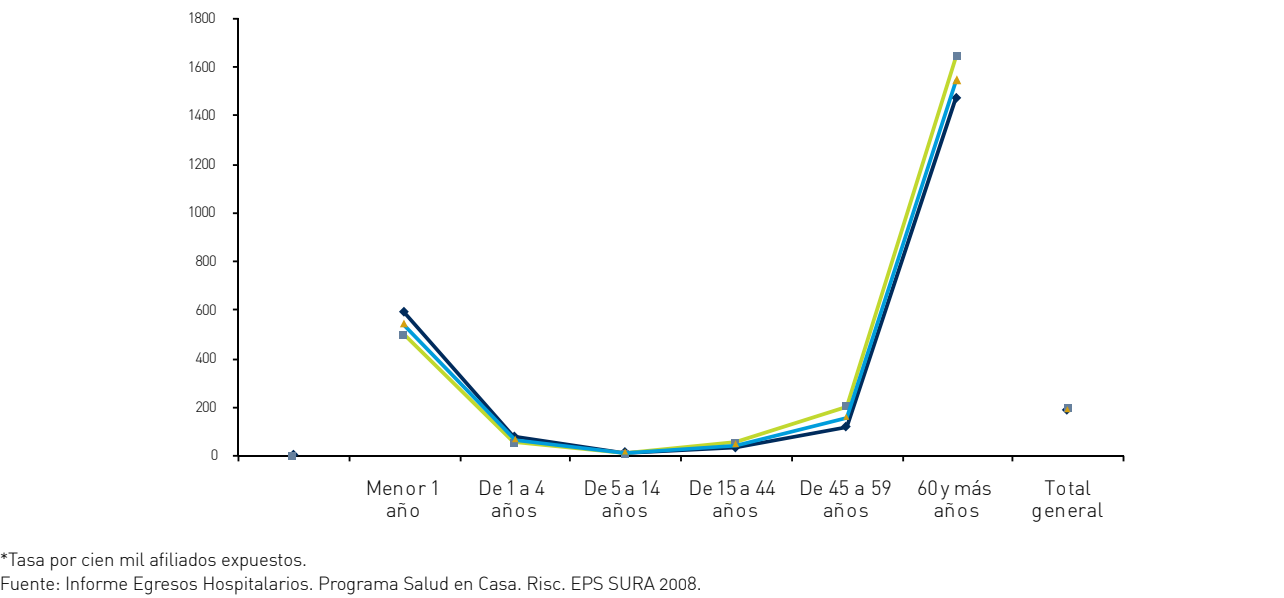
Mortalidad por género

Por género la mortalidad es diferente y eso parece deberse a características biológicas y socioeconómicas. Hasta ahora las mujeres han presentado una mortalidad menor que los hombres.

La diferencia en la esperanza de vida al nacer entre los dos géneros puede ser hasta de ocho años. Son muy pocos los países donde la esperanza de vida de las mujeres al nacer es menor, hecho que sólo se presenta en algunos países de África y Asia.

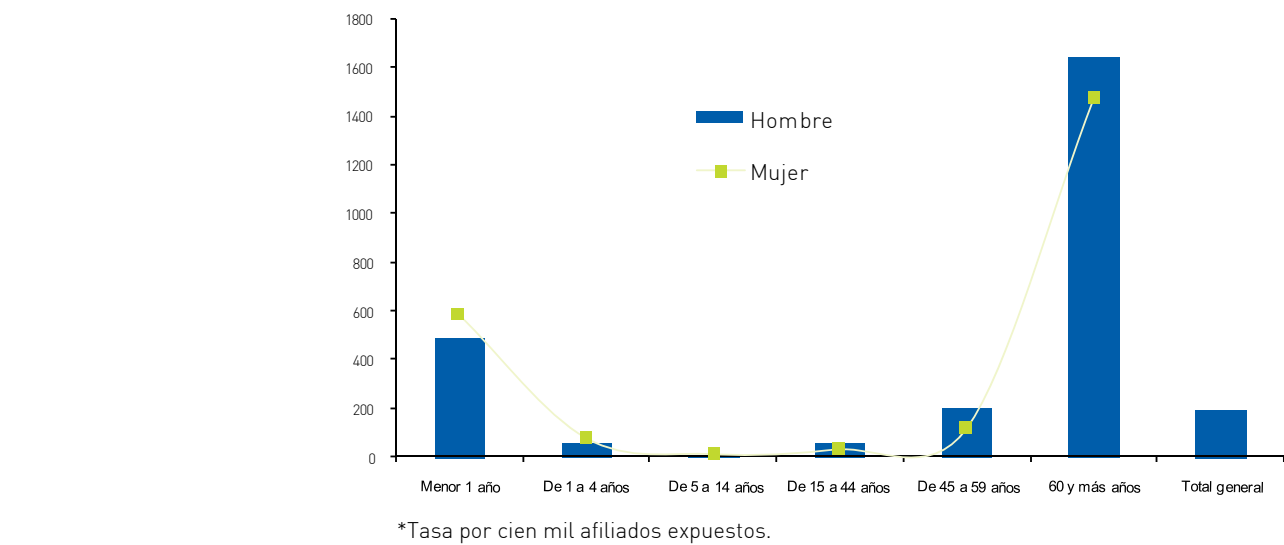
En la Gráfica 45, se presentan las tasas de mortalidad por género y edad de los afiliados a EPS SURA, en ella se observa que las tasas de mortalidad de la población masculina son mayores en todas las edades. De igual manera, la gráfica permite apreciar que el riesgo de morir es alto en los menores de un año y luego desciende para comenzar nuevamente su ascenso alrededor de los 45 años.

Gráfica 45 Tasa de Mortalidad por edad y género EPS SURA 2008



La Gráfica 46 representa el indicador de la sobremortalidad masculina, cociente que resulta de dividir para cada grupo de edad, la tasa de mortalidad masculina entre la femenina. En ella se puede observar que prácticamente, en todas las edades la mortalidad en los hombres es mayor.

Gráfica 46 Sobremortalidad Hombre/Mujer POS EPS SURA 2008



Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2008.

La mortalidad por género en EPS SURA, en 2008 fue de 196,4 hombres muertos por cada 100.000 afiliados (220,9 en 2007) y de 184,8 mujeres por cada 100.000 afiliadas (190,2 en 2007). En 2008 y en relación con el año anterior, por cada 100.000 afiliados del mismo género se evitaron cerca de 24 muertes

en hombres y 5 en mujeres (Anexo 7). Las cifras de mortalidad en Colombia más actualizadas son del año 2007, con tasas de mortalidad por género de 517,3 hombres muertos por cada 100.000 habitantes del género masculino y 366,0 mujeres muertas por cada 100.000⁶.

1. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.3.

Tasa de mortalidad por edad

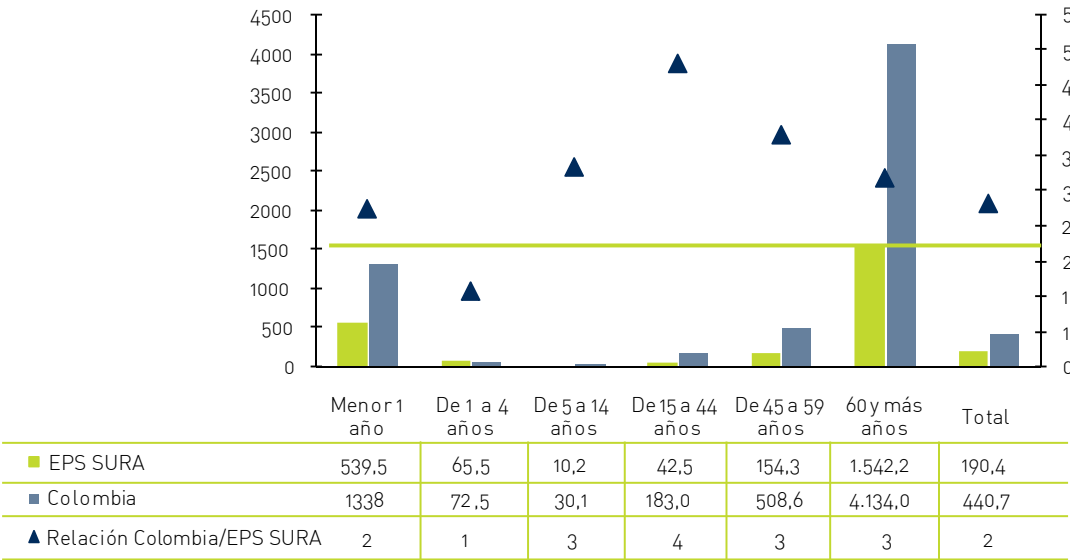
La edad es una de las variables más importantes en demografía debido a que muchos eventos tienen un comportamiento diferencial a través de ella, lo que es utilizado para construir índices como, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer.

La mortalidad es uno de los eventos que varía de acuerdo con la edad de los individuos. Este indicador es alto en los primeros días de vida, desciende rápidamente después de la primera semana y es relativamente bajo durante la niñez (de los 5 a los 10 años de edad), luego aumenta alrededor de los 40 a 50 años y posteriormente el ritmo de crecimiento alcanza niveles elevados en las últimas edades (Gráfica 45).

En los afiliados a EPS SURA, la edad promedio de los fallecidos fue de 64,4 años para 2008 (63,2 años en 2007). La regional Centro registró la edad promedio más baja con 57,62 años (60,6 en 2007) y la regional Occidente la edad promedio más elevada con 72,6 años (66,9 años en 2007). Por género, el promedio de edad en las mujeres fallecidas fue de 67,3 años (66,5 en 2007), superior al de los hombres donde fue igual a 61,5 años (60,1en 2007), comportamiento que se presentó en todas las regionales.

Por grupo de edad, las tasas de mortalidad más elevadas, la registran los grupos de menores de un año y los mayores de 60 años (Gráficas 45 y 47), hecho que se registra tanto en los afiliados a EPS SURA como en la población colombiana. La Gráfica 46 también permite apreciar que hay sobremortalidad en la población colombiana en relación con la de EPS SURA, para todos los grupos de edad.

Gráfica 47 Mortalidad por grupo de edad EPS SURA Colombia 2008



*La mortalidad en <1 año (infantil) es: niños muertos antes del año después del nacimiento/niños nacidos vivos*1000 nacidos vivos. En esta gráfica se da por cien mil nacidos vivos para guardar las proporciones con las demás tasas.
Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2008.
Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2006. p.12 - 13.

7. Mortalidad infantil: Número de niños muertos antes de un año después del nacimiento en el área y periodo dado, dividido por el número de nacidos vivos en esa área y periodo. Generalmente se expresa por mil nacidos vivos.
8. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡cada madre y cada niño contarán! OMS. [acceso 17 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>
9. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.3.
10. World Health Statistics 2007. World Health Organization. Health Status: mortality. p.22
11. Romero, Arturo. Historia de la Salud Pública y la Epidemiología en Colombia. FNSP. U. de A. Medellín. 1999. p.718.
12. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.10-11.
13. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de demografía y salud 2005. p.190.
14. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.3.
15. Mortalidad perinatal: Número de nacidos muertos de más de 28 semanas de gestación más niños muertos antes de 7 días después del nacimiento en área y periodo dado dividido por número de nacidos vivos en área y periodo dado. Se expresa por mil nacidos vivos.
16. Yáñez-Velasco L. y Col. Salud Pública de México. Mayo-junio 1990, Vol. 32, No.3. p.289.

Mortalidad en menores de un año

La mortalidad infantil⁷ y la perinatal son los dos indicadores que se relacionan con las condiciones de vida de la madre, la calidad y acceso a los servicios de salud y con las condiciones ambientales, económicas y socioculturales.

La tasa de mortalidad infantil incluye la mortalidad neonatal, la cual hace referencia a las muertes ocurridas durante las cuatro primeras semanas de vida, generalmente debidas a causas relacionadas con la atención del parto. Las muertes neonatales son responsables de los dos tercios de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo, principalmente por la falta de prestaciones médicas. Justo antes del parto, durante él y en las primeras horas y días de existencia cuando ocurre el mayor riesgo de morir. Los niños siguen siendo muy vulnerables durante toda la primera semana de vida pero, una vez superado ese período, las posibilidades de sobrevivir aumentan considerablemente⁸.

La mortalidad infantil ha disminuido sustancialmente en los países desarrollados en las últimas décadas, sin embargo, en los países en vía de desarrollo las cifras continúan siendo altas. Por ejemplo, en África Subsahariana, aproximadamente 87 bebés de cada 1.000 mueren antes de cumplir los 12 meses, mientras que en América del Norte (Estados Unidos y Canadá) la cifra es más de 10 veces inferior, situándose en siete por cada 1.000 nacidos vivos (FNUAP, 1999:69).

En Colombia para el año 2007 se reportó una tasa de mortalidad infantil de 15,9 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos⁹. En los últimos 32 años (de 1975 a 2007) se observa una disminución del 71% en la mortalidad infantil, al pasar de 54 a 15, 9 defunciones por 1.000 nacidos vivos¹⁰. Los dos principales grupos de causas de la mortalidad infantil son las enfermedades transmisibles y las afecciones perinatales. El primer grupo se impacta con cambios asociados a las condiciones de vida como el suministro de agua potable, el saneamiento ambiental y la educación (en especial de la madre), mientras que el segundo componente se encuentra relacionado con el acceso a servicios de salud con calidad¹¹.

En Colombia, en el año 2007, las principales causas de muerte en el grupo de los menores de un año fueron: los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (24,9%), las malformaciones congénitas (19,2%) y otras afecciones del período perinatal (10,2%)¹². Dichas cifras pueden variar por factores sociales como la educación superior en la madre que influye para que estas cifras sean tres veces inferiores a las de los niños hijos de madres sin educación (14 vs. 43 por 1.000) respectivamente. De acuerdo con el índice de riqueza, la mortalidad en el estrato más bajo es casi el doble de la ocurrida en el estrato más alto (23 vs. 14 por 1.000)¹³.

La tasa de mortalidad infantil en los afiliados a EPS SURA, en el año 2008 (Gráfica 47) fue igual a 5,4 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, 15,9 en Colombia¹⁴. Entre las causas de muerte se encontraron: la dificultad respiratoria del recién nacido, los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y el bajo peso al nacer, la sepsis y la ictericia neonatal.

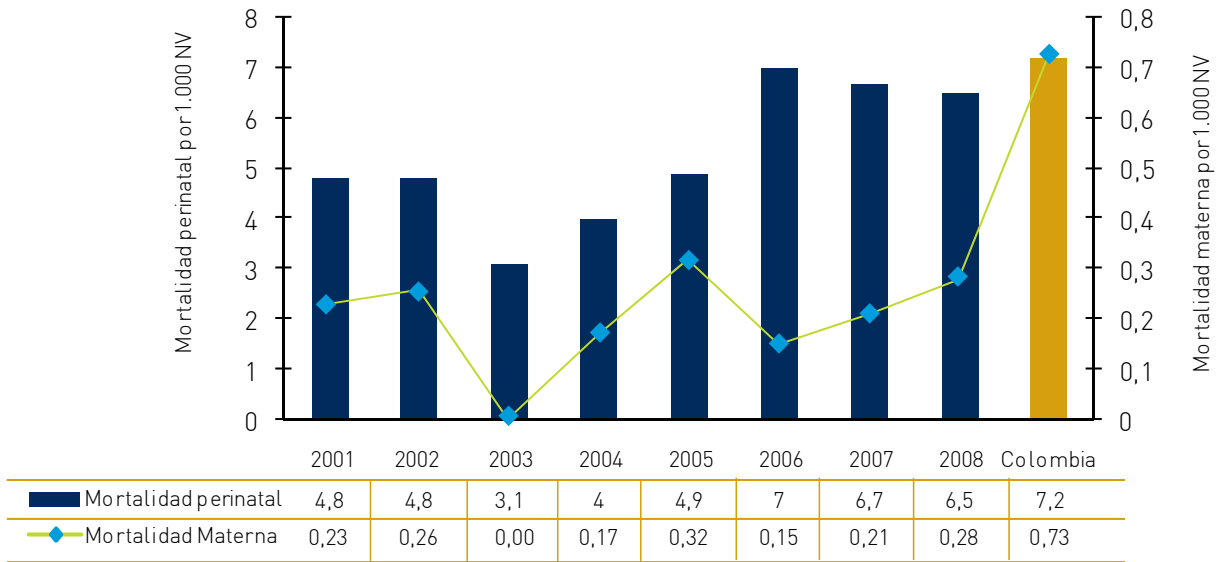
Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal¹⁵ es un indicador que se encuentra estrechamente relacionado con el parto pretérmino. Se estima que del 8 al 10%

de todos los embarazos terminan antes de tiempo¹⁶. En Colombia, la tasa de mortalidad perinatal publicada en el año 2005 en la Encuesta de salud sexual y reproductiva, fue de 17 muertes por cada 1.000 embarazos de siete o más meses de gestación, tasa que se encontró directamente relacionada con la edad de la madre al momento del nacimiento del niño, (va desde 15 por 1.000 para las menores de 15 años hasta 47 para las mayores de 40 años), e inversamente relacionada con el nivel socioeconómico y educativo de la gestante¹⁷.

En EPS SURA, durante el año 2008, se registró una tasa de mortalidad perinatal corregida¹⁸ (Gráfica 48) de 6,5 muertes por cada 1.000 nacidos (6,7 en 2007). Al examinar la edad gestacional en que se presentaron estas muertes perinatales se encontró que el 72% ocurrieron en gestaciones menores de 37 semanas (73,0% en 2007), dato que se correlaciona con los reportados por la OMS, donde 50 al 70% de las muertes perinatales se deben al parto pretérmino¹⁹.

Gráfica 48 Mortalidad Materna y Perinatal POS EPS SURA 2001 -2008



Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA 2001 - 2008.

La información referente a la edad gestacional y el peso de los bebés se puede apreciar en la Tabla 34. Otras características encontradas en las gestantes que presentaron muertes perinatales fueron:

17. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de demografía y salud 2005. p.190.
18. En la Mortalidad perinatal corregida sólo se tienen en cuenta los recién nacidos con peso igual o mayor a 1.000 gramos y este indicador es el que se utiliza para hacer las comparaciones a nivel internacional.
19. Plata, María Isabel. Hacia la Maternidad Segura, Resumen World Health Day. 7 abril 1998. Profamilia. p.22.

- El 90,0% de las gestantes asistía a control prenatal, 92,0% en 2007.
- El 82,6% ingresó al control en el primer trimestre del embarazo, 76,5% en 2007. El ingreso más tardío registrado fue en la semana 32.
- El 70,0% de ellas tenía cuatro o más controles al momento de la muerte Perinatal, 71,8% en 2007.
- El 53,0% de estos niños nacieron por parto natural (58,8% en 2007), 38,0% por cesárea (40,0% en 2007) y el 1,0% por parto instrumentado (1,2% en 2007).
- El peso promedio al nacimiento fue de 2.315 gramos (2.099 en 2007).

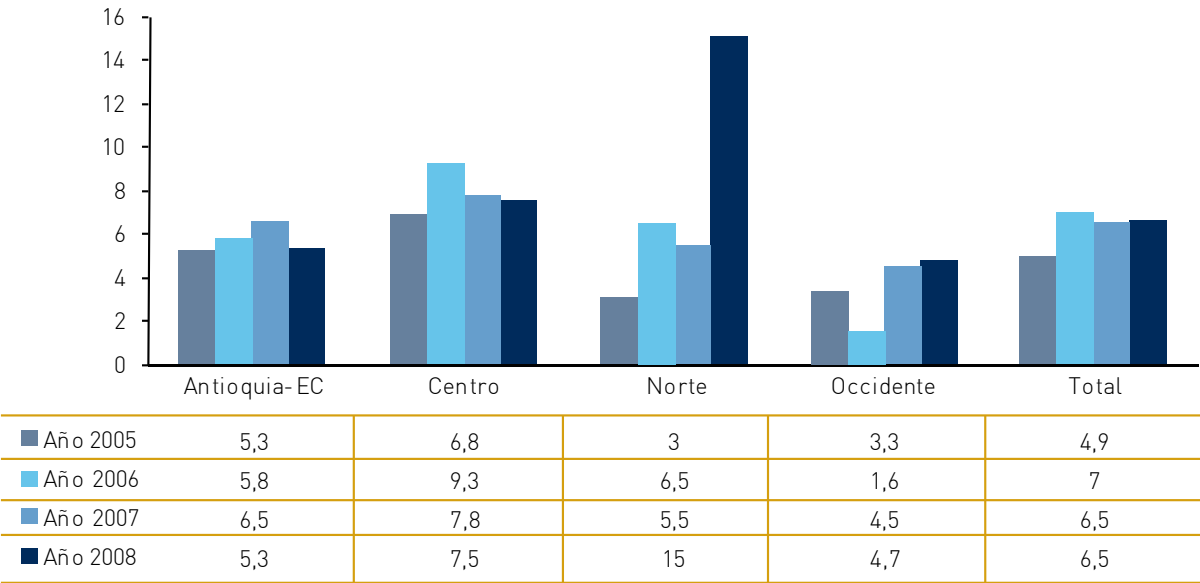
Tabla 34 Características de muertes perinatales
POS EPS SURA 2008

Regional	Número de muertes	Edad gestacional (EG) al momento muerte (semanas)			Edad gestacional al 1er. Control (semanas)			Promedio peso del recién nacido (gramos)		
		Promedio EG	Mínima EG	Máxima EG	Promedio 1er Cont.	Mínima EG 1er Cont.	Máxima EG 1er Cont.	Promedio peso	Mínimo peso	Máximo peso
Antioquia	53	34	23	40	11	5	32	2.374	1.000	4.370
Centro	17	33	24	39	9	0	25	2.047	1.000	3.300
Norte	19	34	25	40	10	0	24	2.427	1.089	4.590
Occidente	3	37	36	38	21	5	30	2.077	1.763	2.600
Total EPS SURA	92	34	23	40	11	0	32	2.315	800	4.590

Fuente: Dirección de auditoría. EPS SURA 2008.

El comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal por regional, en los últimos cuatro años, se puede ver en la Gráfica 49, en ella se aprecia que esta tasa en la regional Antioquia – EC venía registrando un incremento paulatino hasta el año 2008 cuando desciende. En la regional Norte la tasa casi se triplicó con relación a la tasa del año 2007 en la misma regional, lo que llevó a ejecutar un plan de choque, buscando impactar en la disminución de dichas muertes en 2009.

Gráfica 49 Mortalidad Perinatal POS EPS SURA 2008



*Tasa por mil nacidos vivos.
Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría.EPS SURA 2005 - 2008.

Mortalidad en el grupo de 1 a 4 años

En Colombia, en el año 2007, las tres primeras causas de muerte en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas con el 11,1%, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales con el 8,9% y las malformaciones congénitas 8,4% en los niños y con el 8% las enfermedades infecciosas intestinales en las niñas²⁰.

En EPS SURA, para el grupo de niños de uno a cuatro años, las principales causas registradas fueron la neumonía y los tumores.

Mortalidad en el grupo de 5 a 14 años

La OPS en 2006 describe cómo en 23 de los 31 países de América Latina y el Caribe, la principal causa de muerte en estas personas es el accidente de transporte²¹.

En el año 2007 las principales causas de muerte, en este grupo de edad en Colombia fueron para los hombres; accidentes de transporte 14,3%, ahogamiento y sumersión 8,6%, tumores malignos del tejido linfático 8,1%. Para las mujeres fueron accidentes de transporte 10,6%, Tumores malignos linfáticos 8,7% y enfermedad del sistema nervioso (excepto meningitis) el 6,3% .

En EPS SURA en 2008, en el grupo de afiliados de 5 a 14 años, la principal causa de muerte fueron los tumores. Comportamiento similar al de los dos últimos años. Al igual que en el grupo anterior, sólo se tuvo registro de la causa de la muerte en el 48% de los casos.

Mortalidad en el grupo de 15 a 44 años

En Colombia para el año 2007 las agresiones u homicidios fueron la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 44 años en ambos sexos con el 31,9%, les siguieron accidentes de transporte con el 8,2%, la tercera causa en los hombres fue el VIH/SIDA con el 4,6% y las patologías asociadas al embarazo, parto y puerperio, con el 5,6% en las mujeres.

En EPS SURA para 2008 las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron: los tumores malignos (colon, linfoma principalmente), las enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades Infecciosas. Es importante anotar que para el grupo de 15 a 24 años, los últimos datos reportados en 2006 por la OPS, los suicidios aparecen entre las cinco principales causas de muerte en 25 de los 31 países de las Américas, ocupando el primer lugar en Chile y el segundo lugar en Canadá, Costa Rica y Uruguay. En Colombia, y según datos suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de este país, durante 2005 se registraron 1.786 casos.

Mortalidad en el grupo de 45 a 64 años

Para el año 2007 en Colombia las primeras tres causas de muerte en este grupo de edad, tanto para hombres como mujeres fueron: las enfermedades isquémicas del corazón 14,5%, para los hombres siguen en orden de frecuencia las agresiones u homicidios con el 11% y las enfermedades cerebrovasculares con el 6,4%;para las mujeres están las enfermedades cerebrovasculares con el 9% y la diabetes mellitus con el 6,7%.

En EPS SURA durante 2008, las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron: los tumores (pulmón, mama, colon, hígado, páncreas, útero, estómago, próstata, entre otros) y las enfermedades del aparato circulatorio (infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, principalmente).

Mortalidad en el grupo de 65 años o más

En Colombia para el año 2007, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte tanto para hombres como mujeres con el 20,2%, para los hombres siguen en orden de frecuencia enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con el 9,5% y enfermedades cerebrovasculares el 9,1%; para las mujeres están las enfermedades cerebrovasculares con el 11,8% y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores el 7,9%

En EPS SURA en 2008, las principales causas de muerte para los mayores de 65 años fueron: los tumores (pulmón, colon, estómago, hígado, mama, útero, próstata), las enfermedades del sistema circulatorio (infarto agudo, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, angina de pecho, entre otros), y las enfermedades respiratorias.

3.3 Años potenciales de vida perdida (APVP)

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), son una medida de la mortalidad prematura o muerte precoz. Los años APVP reconocen que la muerte que ocurre en la misma persona en una edad menor conlleva claramente una mayor pérdida de años de productividad futuros que la muerte que se produce en una edad más avanzada. Para calcular este indicador, generalmente se utilizan los 65, 70 u 85 años de edad como límite superior o la esperanza de vida y, como límite inferior, la edad de un año. Puede calcularse para todas las causas de muerte o para causas específicas. Este indicador también recibe el nombre de Años Esperados de Vida Perdidos (AEVP) en el caso de que para su cálculo se utilice la esperanza de vida como límite superior²³.

En la Tabla 35 se observa el resumen de los APVP por afiliado expuesto a EPS SURA, para los años 2006 a 2008 y por género. Para su cálculo se utilizó la edad de un año como límite inferior y la esperanza de vida por género como límite superior. En ella se observa que, por un lado, en los respectivos años hubo un exceso de APVP en los hombres respecto a las mujeres y, por otro, que en 2008 la pérdida en APVP por afiliado expuesto fue menor que en 2007, lo que hizo que en 2008 los afiliados a EPS SURA dejarán de perder 1.727 años en total, siendo esta ganancia mayor en las mujeres.

23. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). [acceso 12 marzo de 2008]. Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/metodologia_00.doc

Tabla 35 Años Potenciales de vida Perdidos (APVP)
POS EPS SURA 2006-2008

Indicador	Mujer	Hombre	Total	Exceso años Hombre/Mujer
APVP/afiliado expuesto en 2006	-0,01974	-0,02693	-0,02316	-0,00719
APVP/afiliado expuesto en 2007	-0,01917	-0,02577	-0,02232	-0,00661
APVP/afiliado expuesto en 2008	-0,01655	-0,02535	-0,02077	-0,00880
Años ganados/afiliado expuesto 2008 vs 2007	0,00262	0,00042	0,00156	0,16056
Total años ganadas afiliados EPS SURA	1.511	223	1.727	0,14754

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2004 – 2008

20. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.10-11.
21. Estadísticas de salud de las Américas, edición 2006. [acceso 8 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/HSA2006.htm>
22. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.10-11

3.4 Mortalidad materna

Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región.

La muerte materna se define como “la defunción de una mujer mientras estaba embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”²⁴.

Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores; la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y, dentro del componente asistencial, por el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Más de un millón de niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres. Esto niños reciben menos cuidados, menos educación, y tienen un rendimiento escolar más bajo. Los niños menores de diez años que pierden a su madre tienen 10 veces más probabilidades de morir dentro de los siguientes años que aquellos que tienen los padres vivos; igualmente, los recién nacidos que sobreviven a la muerte de su madre tienen menor posibilidad de sobrevivir²⁵. La muerte de una madre trae consecuencias profundas para su familia, especialmente para los hijos, para su comunidad y país.

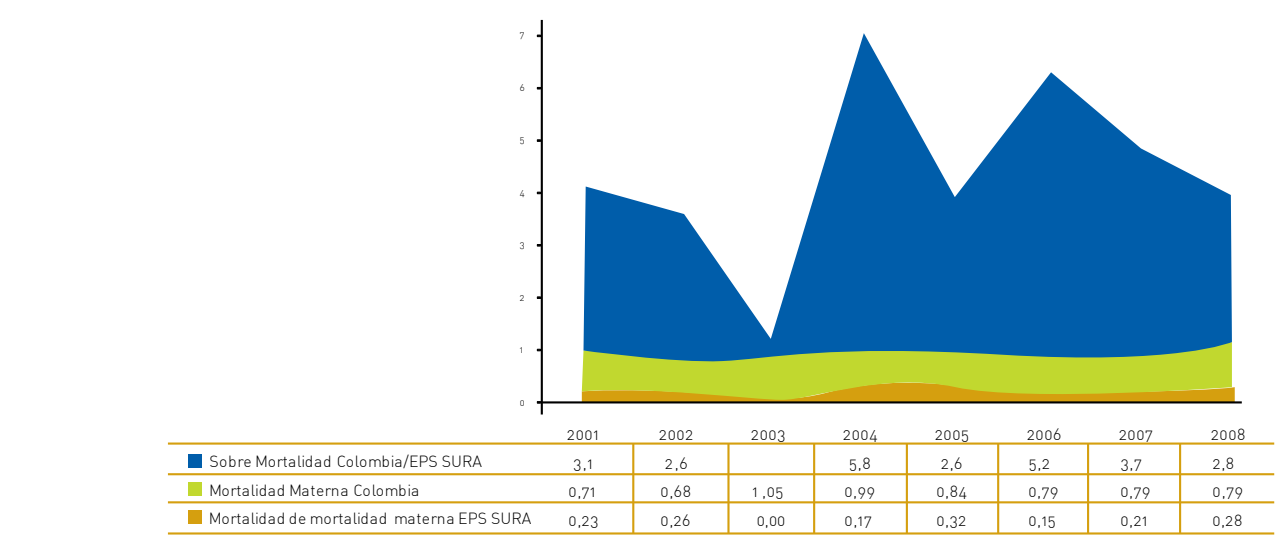
La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de uno en 130 durante la vida reproductiva de una mujer, en Norte América el riesgo es de uno en 3.700²⁶. En el mundo cada año mueren 529.000 mujeres por patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio²⁷, una mujer cada minuto. Cerca del 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo, en los que el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo es casi 45 veces mayor que aquel que presentan las mujeres de los países desarrollados.

Entre las principales causas de mortalidad materna en el mundo se encuentran: la hemorragia grave con el 25%, las infecciones 15%, el aborto en condiciones de riesgo 13%, la eclampsia 12% y el parto obstruido el 8%. Referente a la morbilidad en las gestantes, se conoce que más del 25%, casi 300 millones de las mujeres que viven en los países en vía de desarrollo sufren de enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto²⁸.

Se calcula que por cada mujer que muere, 100 de ellas sobreviven al embarazo, pero lo hacen sobrellevando enfermedades graves, discapacidad o daño físico a causa de las complicaciones asociadas al embarazo. Las consecuencias de estas complicaciones a largo plazo incluyen prolapso uterino, enfermedad inflamatoria de la pelvis, fístulas, incontinencia, infertilidad y dolor durante las relaciones sexuales.

En las gestantes afiliadas a EPS SURA, durante 2008 (Gráfica 50), se registraron cuatro muertes maternas (tres en 2007), lo que dio una razón de mortalidad materna igual a 0,28 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos (0,21 en 2007). En Colombia esta tasa en el año 2007 fue de 0,73 muertes por 1.000 nacidos vivos²⁹, lo anterior significa que, aproximadamente por cada tres muertes maternas que se presentan en Colombia ocurre una en las afiliadas a EPS SURA.

Gráfica 50 Razón de mortalidad materna POS EPS SURA 2001 - 2008



Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA 2001- 2008
Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2001 - 2008.

En la Tabla 36 se encuentra un resumen de las principales características de las gestantes que fallecieron en el 2008 en EPS SURA, a resaltar:

- Como el período crítico para la mortalidad materna sigue siendo el pos-parto igual que en 2007.
- Aunque en 2008, en EPS SURA, se registró una muerte materna más que el año inmediatamente anterior, en la EPS existe el compromiso de todos los colaboradores para enfrentar la problemática y reducir las causas de mortalidad materna. Por esta razón, se están implementado estrategias tendientes a prevenir las muertes en el postparto, a fortalecer el control prenatal, el seguimiento estricto de la materna y el recién nacido durante los primeros 20 días postparto y a la captación temprana de la gestante para su control prenatal. Dichas acciones que se encuentran contempladas y medidas en el Plan Nacional de Salud Pública.

Tabla 36 Principales características de las gestantes fallecidas

Regional	Tipo Afiliada	Edad madre Años	Edad gestacional Semanas	Edad gestacional Semanas	No de controles	Diagnóstico final	Muerte o complicación	Tipo de parto
Centro	cotizante	27	16	12	2	Embolia pulmonar	Lupus erimatosi	na
Antioquia-ec	beneficiaria	36	17	12	3	Tormenta tiroidea	Disfuncion organica multiple	Parto vertice espontaneo
Antioquia-ec	beneficiaria	17	32	15	5	Parto único espontáneo presentación cefálica de vértice	Comunicación interauricular shunt invertido	Parto vertice espontaneo
Antioquia-ec	beneficiaria	33	41	8	8	Muerte obstétrica de causa no especificada	Hemorragia postparto	Parto vertice espontaneo

Fuente: Dirección de Auditoría. EPS SURA 2008

24. Ministerio de la Protección Social. SIVIGILA. Mayo 14 al 20 de 2000. p.1.
25. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán! OMS. [acceso 17 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>.
26. Maternidad sin riesgo. [acceso 11 de junio de 2007]. Disponible en: http://www.icmer.org/RHO/html/sm_over-view.htm
27. Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán! OMS. [acceso 17 de mayo de 2007]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>.
28. Plata MI. Hacia la Maternidad Segura. Informe Especial de Profamilia, Resumen de World Health Day. 7 abril 1998. p.20.
29. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.3.

Cabe anotar que cada una de estas muertes se analizó desde los diferentes niveles de atención; a nivel interno se realizó una revisión detallada por el Comité de Análisis de Muertes Maternas y los representantes de las instituciones involucradas en el control y la atención de la gestante y, a nivel externo, por un equipo académico, entes territoriales y centros asociados al CLAP. Estos estudios tienen como propósito detectar fallas en el proceso de control y atención de la gestante y definir estrategias para mejorar la calidad de la atención. En EPS SURA estamos comprometidos con la atención integral del binomio madre-hijo buscando disminuir y controlar la morbilidad y mortalidad.

Desde 1999, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha señalado una serie de factores en los cuales es necesario intervenir para reducir la mortalidad materna, ellos son:

- Reducir las inequidades entre géneros.
- Mejorar el estado nutricional de las mujeres.
- Mejorar el acceso de las niñas a la educación.
- Brindar atención profesional durante el parto.
- Crear sistemas eficaces de derivación.
- Asegurar atención materna para todas las mujeres.
- Desarrollar planificación a nivel de Distrito y participación comunitaria.
- Usar indicadores de proceso para evaluar el progreso³⁰.

30. Safe Motherhood. [acceso 11 de junio de 2007]. Disponible en: http://dcc2.bumc.bu.edu/IH887/Online_Textbook/2002/SafeMotherhood11.doc



Capítulo 4

Enfermedades de interés en Salud Pública y Vacunación Afiliados al POS de EPS SURA



En Colombia el Plan de Salud Pública 2007 - 2010 (PNSP) emanado por el Ministerio de la Protección Social, según el Decreto 3039 de 2007, define la salud pública como:

“El conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen **en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país**” .¹

El propósito del Plan Nacional de Salud Pública es definir las políticas en salud que garanticen las condiciones para mejorar el estado de salud de la población colombiana, prolongando la vida y los años libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y minimizando el daño mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) se enfoca en 3 grandes temas:

- **Enfoque Poblacional:** Son las intervenciones simples o combinadas que buscan modificar el riesgo de los indicadores acumulativos en los diferentes ciclos de vida, en la población en general.
- **Enfoque de determinantes:** Son un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones, y están relacionados con cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia, y de respuesta de los servicios de salud.
- **Enfoque de gestión social al riesgo:** Se construyen soluciones a partir del abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y la modificación de los mismos para evitar desenlaces adversos.

Los principios que enmarcan el PNSP son:

- Universalidad
- Equidad
- Calidad
- Eficiencia

- Responsabilidad
- Respeto por diversidad cultural y étnica
- Participación social
- Intersectorialidad

El Plan Nacional de Salud Pública dirige sus acciones a mejorar las condiciones de salud en la población, planteando los siguientes ejes programáticos, enmarcados en la Resolución 425 para el desarrollo de la política de salud²:

- De aseguramiento
- De prestación y desarrollo de servicios de salud
- De salud pública
- De promoción social
- De prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
- De emergencias y desastres

Estos ejes buscan armonizar y articular el sistema de protección social para el logro de las metas y la reducción de las brechas existentes entre regiones y grupos poblacionales.

Algunas de las responsabilidades de la prevención de los riesgos y la calidad de vida según sus actores se pueden observar en la tabla 37:

2. Ministerio de Protección Social. Resolución 425 de [acceso 13 de Marzo de 2009]. Disponible en :

Tabla 37 Responsabilidades de la Prevención de los Riesgos, según actores del Plan Nacional de Salud Pública

Nación	Entidades territoriales	EPS, ARP, IPS
Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios.	Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios.	Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.	Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del Plan Obligatorio de Salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.	Desarrollo de su red de instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y del sistema de referencia y contrarreferencia.
Definición de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.	Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.	Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS.
Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS.	Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS, en sus competencias.	Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.
Definición, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública.	Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.	Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

Según el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), las prioridades nacionales en salud, para el periodo 2007-2010 son:

- Mejorar la salud infantil
- Mejorar la salud sexual y reproductiva
- Mejorar la salud oral.
- Mejorar la salud mental
- Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis
- Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades
- Mejorar la situación nutricional
- Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental
- Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral
- Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Para EPS SURA, la prioridad y el compromiso con más de un millón cien mil afiliados, es la realización oportuna de las actividades de detección temprana y protección específica. Desde sus inicios, EPS SURA como asegurador, ha sido uno de los pioneros en la vinculación de la Salud Pública como pilar de sus procesos de atención, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, protegiendo y superando los riesgos de sus afiliados como un derecho esencial y colectivo, especialmente, de aquellos más vulnerables, mediante la definición de estrategias sectoriales y multisectoriales en su población afiliada.

Las estrategias planteadas en el PNSP de la EPS SURA (2008-2011), buscan identificar grupos poblacionales con riesgos inherentes a su edad, género, historia familiar, condición socioeconómica para realizar demanda inducida a los servicios de salud, permitiendo la detección temprana de enfermedades crónicas, protección específica, tratamiento precoz y rehabilitación según el caso. EPS-SURA fortalece el PNSP liderado por el Ministerio de Protección Social a través del cumplimiento de las políticas en salud que buscan garantizar unas mejores condiciones del estado de salud de la población colombiana.

El proyecto del PNSP de EPS SURA, evidenciará experiencias en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, identificando puntos críticos de éxito, lo cual se logrará con el trabajo articulado con los entes territoriales. El gran objetivo del Plan Nacional de Salud Pública de EPS SURA, es generar un impacto positivo en cada uno de los indicadores de gestión planteados por cada eje programático, según el Plan territorial enmarcado en la Resolución 425, y que progresivamente mejorará la morbimortalidad de los afiliados. Algunos de los indicadores expuestos en el Plan Nacional de Salud Pública son:

- Eliminar la sífilis congénita, pasar de una incidencia de 1,7 por 1000 nacidos vivos a cero, evitando 209 casos por año.
- Reducir el embarazo de los adolescentes en un 25,0%.
- Alcanzar cifras inferiores a 62,4 muertes por cien mil nacidos vivos, en la tasa de mortalidad materna.
- Lograr cifras inferiores a 7 muertes por cien mil mujeres, en la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino.

4.1 Vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene a cargo la eliminación, la erradicación y el control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de cinco años y mujeres gestantes.

Entre los objetivos del PAI en Colombia se encuentran:

- Mantener la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis intensificando las acciones integrales del PAI. En Colombia el último caso reportado de esta patología fue en Arjona (Bolívar) en 1991^{3,4}.
- Eliminar el sarampión, el tétanos neonatal, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita en todos los municipios del país.
- Controlar la hepatitis B, tosferina, difteria, enfermedades invasivas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, fiebre amarilla, formas graves de tuberculosis (meníngea y miliar), parotiditis e influenza.
- Garantizar la vacunación gratuita a los usuarios, en toda la red de prestadores de servicios de salud, en horarios adecuados y oportunos para la población objeto del PAI.

Coberturas de vacunación

El PAI, en nuestro país, ha arrojado excelentes resultados y se ha constituido como el mejor programa de Latinoamérica, según la OPS. El objetivo del Gobierno Nacional a través del PAI que tiene a su cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles, es disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas en la población menor de 5 años^{3,4}.

En general, los esquemas de vacunación empleados en la mayoría de los países de Latinoamérica, están dentro de los recomendados por el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), a través del Comité Asesor

³ Hinman AR., *Public Health Considerations*. En: Plotkin SA, Mortimer EA, Jr. Eds. *Vaccines*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988.

⁴ Instituto Nacional de Salud. *Subdirección de vigilancia y control. Protocolo de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda 2007*. [acceso 28 de mayo de 2009]. [Disponible en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=5592#>]



de Prácticas de Inmunización (ACIP) y por la Academia Americana de Pediatría y de Médicos Familiares (AAP- AAFP). Estos esquemas están basados en las características de los productos inmunobiológicos, en el conocimiento científico de los principios de inmunización activa y pasiva, en la epidemiología, el ataque de ciertas enfermedades y la consideración de factores como morbilidad y mortalidad, costos de tratamiento y pérdidas de productividad de cada región⁵.

Para 1978, Colombia tenía las coberturas de vacunación en cerca del 20%. Después del establecimiento del PAI fueron en progreso hasta alcanzar más del 93% para todos los biológicos⁶. A partir de 1997, las coberturas se redujeron al 75 y 88%, dando paso al brote de enfermedades, concretamente el sarampión, la tosferina y la neumonía, objeto de control a través del PAI. Por esta razón, en 2001 y 2002 se tomaron medidas para frenar esa tendencia y en consecuencia las tasas nacionales de cobertura de algunas vacunas (DPT, Polio, Triple Viral) mejoraron, alcanzando niveles cercanos a los observados en 1996 y llegando a más del 90% en todos los biológicos para el año 2003⁷.

En Colombia, para el 2008, las coberturas de vacunación no alcanzaron la meta esperada del 95% en todos los biológicos. Este año se lograron las siguientes coberturas nacionales: Polio 93,9%, DPT 93,5%, BCG 92,7%, Hepatitis B 95,8%, HiB 93,4% y la Triple Viral 95,4%⁸.

EPS SURA, desde sus inicios se ha comprometido con la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), ofreciendo:

- Servicio de vacunación en todas las IPS básicas, con la estrategia “cero barreras” que consiste en ofrecer este servicio en jornada continua durante el tiempo que la IPS permanece en funcionamiento y permitir el acceso a la vacunación sin importar la IPS a la que pertenezca el usuario.
- Programas de promoción y prevención cuyas actividades se efectúan con el fin de mejorar las condiciones de salud de las personas, educarlas en el cuidado de la salud Individual, familiar y comunitaria, e incentivar el uso adecuado de los servicios de salud, tanto a las personas afiliadas como aquellos que acuden en calidad de Medicina Prepagada. Los programas están diseñados por grupos de edad y sexo para riesgos específicos y en ellos se encuentra la vacunación como un medio preventivo para todas las edades.

Se presentan dificultades que, en ocasiones, limitan el cumplimiento de las metas de coberturas en vacunación (más del 95%) como son:

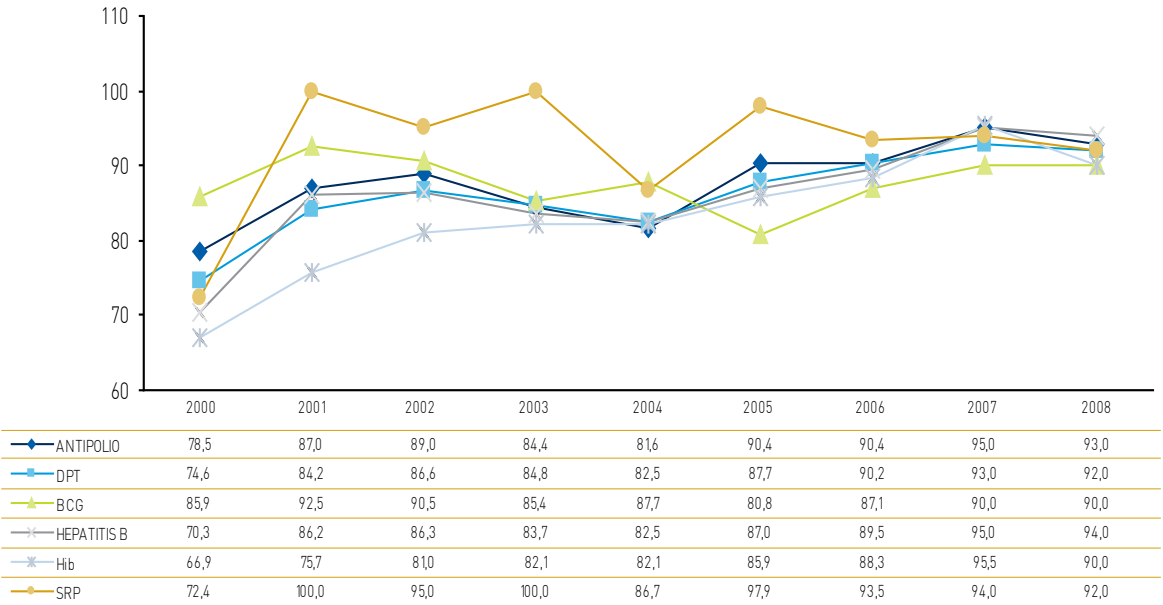
- La fluctuación en el número de usuarios, debido a los continuos retiros y cambios de éstos dentro del sistema de salud y las controversias con respecto al total de la población asignada para cumplir dichas coberturas que, al parecer, están por encima de las reales (proyecciones de población del Censo DANE/2005).
- La falta de disponibilidad de información de los biológicos aplicados por la red pública, por planes privados o por pagos directos de los usuarios, lo cual origina subregistro, por esto se esta mejorando la calidad del dato, utilizando la herramientas dada por algunos entes territoriales como es el software del MIPAIsoF y las implementadas por EPS SURA como es IPSiQ vacunación.

Con el objeto de garantizar la protección inmunobiológica a los afiliados de EPS SURA y permitir el control de brotes, las coberturas de vacunación se calcularon teniendo en cuenta el número de esquemas completos aplicados a la población objeto.

Para el año 2008, en los menores de un año, las coberturas alcanzadas se pueden observar en la Gráfica 51, en ella se aprecia que el número de actividades realizadas en 2008 no presentaron cambios si se compara con el año anterior. En 2008, se continuó con las estrategias implementadas en 2007, para la captura de la información sobre vacunas aplicadas.

Dentro de las estrategia del PNSP de EPS SURA, se tiene como meta para los menores de cinco años coberturas útiles del 95%, reconociendo como meta el número de población afiliada en las edades determinadas en una cohorte de tiempo según el PAI frente al número de biológicos aplicados para esta población en riesgo.

Gráfica 51 Coberturas de Vacunación POS EPS SURA 2001 - 2008



Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2000 - 2008

Los porcentajes de cumplimiento alcanzados con los biológicos en relación con lo programado para la población de EPS SURA en 2008 fueron: 110% de Hepatitis (116% en 2007), 106% para la vacuna DPT (165% en 2007) (véase tabla 38).

4.2 Enfermedades de interés en Salud Pública

La salud es un estado, que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales. La salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico, salud para realizar actividades productivas y buscar la realización individual, ha sido una constante a través de la historia de la humanidad. Los innumerables intentos por definir el significado de la palabra “salud”, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido diversos y pluralistas, pues, el concepto, es dinámico e histórico y cambia con la época y las condiciones ambientales.

5 WHO.INT. Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization WHO.INT; 2003. [Acceso 21 de Abril de 2008] Disponible en URL: <http://www.who.int/vaccines-diseases/history/history.shtml>

6 UNICEF, United Nations Children's Fund. Fraser C, Restrepo-Estrada S. Sensibilización y movilización social a favor de los niños a raíz de la descentralización y las elecciones en Colombia. En: La Iniciativa de la Comunicación [actualizado en abril 04 de 2005]. [Acceso 25 de Abril de 2008] Disponible en URL: <http://www.comminit.com/la/>

7 Balladelli P. Reunión Nacional del Programa Ampliado de Inmunización. OPS, Organización Panamericana de la Salud, 4 marzo de 2005. [acceso 8 de Abril de 2008] Disponible en URL: <http://www.col.ops-oms.org/pai/reunionnacional/2005/PAI-04032005.pdf>.

8 Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p.18-19.



Las enfermedades de interés en Salud Pública, algunas de ellas previstas en el Decreto 3039 y la Resolución 425 dando cumplimiento a Ley 1122 de 2007⁹, hablan sobre la actuación comunitaria en materia de Salud Pública y las acciones que debe realizar el asegurador en lo referente a la prevención de las enfermedades y al fomento de la investigación de sus causas a través del diagnóstico de salud, documento que permite conocer la transición demográfica y epidemiológica de la población asegurada en cada municipio donde opera EPS SURA. La educación en salud constituye una estrategia importante para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados en el plan de Salud Pública de la EPS. El contenido del PNSP enmarca en sus apartes el monitoreo, seguimiento y evaluación semestral de esas estrategias, con el propósito de vigilar el impacto en los indicadores de los eventos en salud pública.

El PNSP establece los objetivos en el ámbito de salud pública (2007-2010). Las actuaciones de dicho programa se orientarán principalmente a la información, la capacidad de respuesta a las amenazas de salud y la prevención de enfermedades tanto en el orden individual como colectivo, acciones cuyo objetivo central es del promover la salud y la calidad en el acceso a la atención¹⁰.

El PNSP (2007-2010) emanado por el Ministerio de Protección Social establece las prioridades objetivo, metas en salud, y define las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre los ámbitos de trabajo con los cuales el Ministerio de Protección Social implementa la política se encuentra:

Promoción y Prevención: Se establece como el proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud como son: la creación de ambientes saludables, el fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, el desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud

Vigilancia en Salud Pública: Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, que consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

VIH/SIDA: El Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA, es una instancia técnica en la Dirección General de Salud Pública, que tiene por objetivo disponer de un sistema de información de la gestión y de las estrategias eficaces de intervención en VIH/SIDA como mecanismo de seguimiento al Plan Nacional de Respuesta a la Epidemia.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es un proceso sistémico que permite monitorear el comportamiento de los diferentes eventos de salud. Este proceso proporciona información oportuna que permite orientar las acciones de los niveles directivos y decisorios del sector salud, en un área determinada. El prestador tiene la obligación de notificar a los entes competentes para tal fin, en nuestro caso, las diferentes secretarías de salud donde opera EPS SURA.

En Colombia, mediante el Decreto 3518 de octubre de 2006, se establece el sistema de vigilancia en Salud Pública, para enfatizar que no se trata simplemente de análisis de temas epidemiológicos o de enfermedades infecciosas, sino en buscar acciones que impacten en la salud pública de las comunidades.

La utilidad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública se extiende a numerosos aspectos como:

- Estimar la magnitud de los eventos en Salud Pública
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en Salud Pública
- Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas

Una de las tareas esenciales de la vigilancia en Salud Pública, es la prevención y el control de enfermedades y factores de riesgo, para la cual se deben perfeccionar constantemente los métodos para la detección de brotes y epidemias¹¹, para que ello sea efectivo.

Este sistema de vigilancia en salud pública de EPS SURA, se debe articular con el PNSP (Plan Nacional de Salud Pública) de cada una de los entes territoriales municipales donde opere, el cual será orientado y dirigido por el Ministerio de Protección Social.

EPS SURA, desde sus inicios, implementó el sistema de vigilancia epidemiológica, convirtiendo las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) en Unidades Primarias Generadora de Datos (UPDG), aplicativo que genera el reporte de casos para determinados eventos, el cual se encuentra soportado por la Ley 715 del 2001, Ley Novena de 1979 y Decreto 1562 de 1984, normatividad que reglamenta el control y vigilancia epidemiológica.

El SIVIGILA que es el sistema de Vigilancia en Salud Pública tiene como objetivo principal facilitar la generación de datos y el intercambio de información entre las UPDG, los municipios, departamentos y distritos y el Instituto Nacional de Salud (INS) acerca del reporte de eventos de interés en salud pública, para su continua vigilancia y control con el propósito de satisfacer las necesidades de información. Tiene entre otras, las siguientes funciones:

- Velar por la implementación de los protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Capacitar los médicos y personal de salud, para optimizar la recolección de datos con calidad en la clasificación de casos y el manejo de eventos

⁹ Ministerio de Protección Social. Ley 1122 de 2007 [acceso 23 de marzo de 2008] Disponible en : <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNews-No365112.pdf>.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública y la Organización Mundial en Chile 1902 – 2000: 100 Años de Colaboración.

¹¹ Wagner M, Fu Chiang T, Espinoza J. The emerging science of very early detection of disease outbreaks. J Public Health Management Pract. 2001;7(6):51-7

- de notificación obligatoria.
- Notificar todos los eventos definidos como de interés en salud pública, teniendo en cuenta los diferentes momentos de la notificación.
- El análisis periódico de la información con el fin de establecer si el comportamiento de los eventos son los esperados o no.
- Comparar los datos actuales con los datos de similares periodos (curvas endémicas).
- Participar de los comité de vigilancia epidemiológicos, los cuales tienen como objetivo el análisis periódico del comportamiento de las patologías, con el fin de orientar las acciones de prevención y promoción.

En Colombia, las tasas de enfermedades de notificación obligatoria se establecieron así: Parotiditis con 5,1 casos por 100.000 habitantes, Difteria 0, Tétanos Neonatal 0,01, Tos ferina 4,7, Parálisis Flácida 1,5, Meningitis por Haemophilus Influenzas 0,05, Hepatitis B 2,4, Rubéola 3,1, Dengue Clásico 147,7, Dengue Hemorrágico 24,1, Malaria Falciparum 3,5 y VIH/SIDA 8,2 casos por 100.000 habitantes¹².

En la tabla 38 se observan las incidencias registradas de las enfermedades de notificación obligatoria en 2008, las cuales se calcularon con los casos confirmados en las diferentes IPS de EPS SURA.

Durante 2008, en EPS SURA, se registraron incrementos en las tasas de: Tos ferina, Varicela, Dengue Clásico, Dengue Hemorrágico, Malaria, Sífilis congénita, Meningitis por TBC. Así mismo, disminuyeron las tasas de: VIH/ Sida, Rubéola y Hepatitis B.

La sífilis congénita

La sífilis y, especialmente, la sífilis congénita, (SC) ha venido en incremento, a raíz de la aparición de enfermedades como el SIDA, la disminución de los programas de vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, con la consecuente falta de diagnóstico y tratamiento oportunos, el aumento del consumo de drogas ilegales, intercambio de sexo con múltiples compañeros y el incremento de gestaciones no deseadas a través de esta clase de relaciones.

Para aumentar el problema, hacer diagnóstico de sífilis congénita no es fácil, si se tiene en cuenta que aproximadamente el 66% de los recién nacidos (RN) infectados son asintomáticos al nacimiento¹³, se agrega que la interpretación de los resultados de las pruebas de laboratorio usadas comúnmente para el diagnóstico de la enfermedad en este periodo de la vida es muy complicada por exisitir paso de anticuerpos maternos al bebé durante la gestación; se comprende que a pesar de ser una enfermedad prevenible y con un tratamiento accesible, siga teniendo una alta prevalencia y causando diversas secuelas en niños de países en desarrollo.

En la región de América Latina y el Caribe, la sífilis es la Infección de Transmisión Sexual (ITS) de menor prevalencia entre las ITS clásicas. Es decir, la prevalencia de sífilis marca el límite inferior del espectro de prevalencia de todas las ITS¹⁴.

Según los datos suministrados a la OPS por los programas nacionales de ITS/VIH/SIDA durante el año 2002, la prevalencia estimada de sífilis en embarazadas es de 3,1% en la Región y oscila entre 1,00 % en Perú y 6,21 % en Paraguay. Según esos datos, la incidencia de sífilis congénita varía desde 1,4 por 1000 nacidos vivos en El Salvador, hasta 12 por 1000 nacidos vivos en Honduras, mientras que en Estados Unidos es de 0,10 casos por 1000 nacidos vivos¹⁵.

Sin embargo, esos datos presentaban algunas limitaciones como no realizar las mismas pruebas diagnósticas y una subtipificación elevada.

Tabla 38
 Enfermedades de notificación obligatoria
 EPS SURA 2001 a 2008

Enfermedades de Notificación Obligatoria	EPS SURA 2002	Colombia 2002	EPS SURA 2003	Colombia 2003	EPS SURA 2004	Colombia 2004	EPS SURA 2005	Colombia 2005	EPS SURA 2006	Colombia 2006	EPS SURA 2007	EPS SURA 2008
Tos ferina	0	0,7	0,92	1,04	0,36	1,31	0,00	2,80	0,00	4,76	0,63	1,26
Rubéola	0,51	3,7	3,36	2,24	2,37	2,1	1,82	3,80	0,10	3,18	0,13	0,00
Meningitis TBC	0,13	0,07	2,75	SD	0,71	SD	0,11	0,01	0,42		0,50	1,00
Hepatitis B	1,18	2,8	2,44	2,42	3,44	2,37	2,62	2,40	3,14	2,38	4,78	3,77
Sífilis congénita*	8,9	1,25	1,53	1,29	0,47	1,6	0,17	1,30	0,16	2,00	0,08	0,57
Dengue clásico	13,19	176,2	52,24	262,35	58,37	96,83	14,24	165,40	14,45	147,73	12,44	15,95
Dengue hemorrágico	12,93	12,0	3,97	24,54	0,59	9,66	4,78	18,60	2,51	24,14	2,26	5,52
Malaria	2,35	699,7	2,14	2249,51	0,12	271,94	1,48	10,10	0,63	10,10	0,50	1,63
Varicela	86,46	SD	307,35	SD	303,47	SD	104,79	SD	99,47	SD	56,05	135,61
Tuberculosis	15,41	26,0	19,20	25,8	20,15	22,1	18,79	25,20	20,00	25,64	20,61	22,85
VIH/Sida	20,77	5,1	16,40	4,26	16,73	9,73	17,65	10,50	19,37	8,17	21,42	20,10

*Tasa por mil nacidos.
 Incidencia: Casos nuevos por 100.000
 Fuente: Sistema Alerta Acción. EPS-SURA. 2002 -2008
 Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2002 - 2007.

Se estima que de los 330.000 embarazos con resultados positivos en la prueba de sífilis que no reciben tratamiento, 110.000 culminan en el nacimiento de niños con sífilis congénita y un número similar termina en aborto espontáneo¹⁶.

Dentro de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública Nacional, se encuentra la reducción de la sífilis congénita como problema de salud pública. A nivel nacional el indicador 2,0 por mil nacidos vivos. La meta es reducir esta incidencia a cero casos, la idoneidad de esta cifra se justifica en la búsqueda del siguiente resultado:

- Más del 95% de las embarazadas infectadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo.

En EPS SURA, durante 2008 se presentaron nueve casos de sífilis congénita (dos en 2007), aumento del 450% en el número de casos respecto al año anterior, con una tasa de incidencia del 0,58 por mil nacidos vivos (0,08 de 2007). Este es un indicador centinela de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3384 de 2000, su origen es multicausal y por lo tanto, su disminución depende de la interacción de diversos factores. Una vez detectado un caso de sífilis congénita en EPS SURA se da paso las siguientes medidas

- Se documenta la situación por cada caso en cada municipio donde opere EPS SURA.
- Se desarrollan actividades de comunicación y sensibilización sobre el tema para la formulación de políticas.
- Se fundamentan las políticas en investigaciones de la EPS y en los programas nacionales emanados por el Ministerio de Protección Social.
- Se verifican las condiciones mínimas de atención contempladas, según las normas técnicas, en lo referente a oportunidad, suficiencia y calidad.

¹² Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007. p. 18-19.

¹³ Valderrama J, Zacarías F, Mazin R.Sífilis congenital y maternal en América Latina : un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pub. 2004;16(3). [acceso 5 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004000900012&script=sci_arttext

¹⁴ Walker DG, Walker GJA. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. Lancet Infect Dis. 2002; 2:432?6

¹⁵ OPS, La Salud Pública y la Organización Mundial en Chile 1902 – 2000: 100 Años de Colaboración

¹⁶ Temmerman M, Hira S, Laga M. Las ETS y el embarazo. En: Dallabeta G, Laga M, Lamptey P. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño la administración de programas. Proyecto para la Prevención el Control del SIDA [AIDSCAP]. Ciudad de Guatemala: Family Health International; 1997. p. 181-199

La persistencia de casos de sífilis congénita contribuye a agravar la mortalidad infantil, la salud materna y la transmisión del VIH en los afiliados de EPS SURA. La prevención de la sífilis congénita es una intervención con una relación costo/efectiva comparable a la de la inmunización, la terapia de rehidratación oral o la prevención de la transmisión vertical.

Tuberculosis

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis constituye una amenaza creciente debido a las diferencias en las maneras de diagnosticar y tratar la enfermedad. China registró 1,3 millones de nuevos casos de tuberculosis en 2007, incluyendo 112.000 nuevos casos de tuberculosis multirresistente (MDR-TB).

Como ocurre con la mayoría de las enfermedades infecciosas existen muchas diferencias en la frecuencia de un país o región a otro. Anteriormente, la tuberculosis estigmatizaba al país debido a la pobreza o características sociales peyorativas de aquellos quienes la padecían, sin embargo, actualmente se ha visto cómo esta enfermedad infecto contagiosa se encuentra presente en todas las clases sociales.

La situación epidemiológica de la tuberculosis en Colombia la ubica como un problema de Salud Pública, cada año se reportan 11.000 casos nuevos. Sin embargo, la tasa de incidencia de acuerdo con los resultados del SIVIGILA 2007, es de 24,6 casos por 100.000 habitantes. Analizando la situación en todo el territorio se encuentra que existe un alto número de departamentos con incidencias altas y muy altas, también se estima que entre la tercera y cuarta parte de la población se encuentra infectada y por ende está en riesgo de desarrollar la enfermedad.

La información sobre la mortalidad por tuberculosis, fue tomada del grupo de estadísticas vitales DANE, pero los datos sólo se encuentran disponibles hasta el 2002. El porcentaje de muerte en el periodo comprendido entre 1990 y 2002, ha sido en promedio de 0,7% del total de defunciones. El comportamiento de la tasa ha ido aumentando a partir de los 35 años y muestra una tasa alta a partir de los 50 años¹⁷. En Colombia la cobertura de vacunación para BCG en el 2008 fue de 92,7%¹⁸.

El Plan Nacional de Salud Pública de Colombia se articula al plan mundial para detener la tuberculosis 2006-2015 OPS-OMS, donde se plantean metas como: detectar el 70% de los casos existentes, curar el 85% de los casos nuevos BK positivos y, reducir la mortalidad e incidencia. Colombia, a través de su campaña nacional “Colombia libre de tuberculosis 2006-2015”, pretende, en este cuatrienio, aumentar el porcentaje de detección de casos de TB pulmonar, el cual actualmente se encuentra en un 63% pasando a un 85% de casos detectados.

EPS SURA, apoyando el PNSP, se articula trazándose una meta del 85% detección de casos de TB, utilizando para ello la estrategia IEC (Información, Educación, Comunicación). La estrategia utilizada estipula la continua valoración de los métodos para la búsqueda activa de usuarios sintomáticos respiratorios, independiente del motivo de consulta y, la cura rápida de los casos infecciosos mediante el tratamiento directamente observado que comprende: un compromiso para el control de la tuberculosis, un diagnóstico bacteriológico de calidad, accesibilidad de la población, dotación permanente de medicamentos, tratamiento por esquemas acortados y estandarizados, toma de medicación y sistema de registro y monitoreo. Estrategias que han contado con el apoyo de todas las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud del país¹⁹.



En el año 2008, la incidencia de TBC en los afiliados al POS EPS SURA, se incrementó ligeramente pasando de 20,6 casos por cada 100.000 afiliados expuestos en 2007 a 22,8 en 2008. Hecho que puede estar relacionado con la búsqueda activa de y estudio de pacientes sintomáticos respiratorios. Tabla 38.

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que afecta a miles de familias sin importar su edad o condición social, con altas tasas de incidencia y prevalencia registradas, pero la verdadera magnitud del problema no se hace evidente por la aceptación que tienen en algunos ámbitos de la sociedad.

La violencia intrafamiliar se define como: todo tipo de agresión física, psicológica y/o sexual, que una persona realiza contra otra, ocasionándole daño físico y psicológico e impidiendo su desarrollo armónico y su bienestar individual.

El estado colombiano ha logrado, a través de elementos de protección y conciliación, reducir la violencia, fortaleciendo los derechos humanos en la esfera de la vida doméstica.

Según los datos, tomados del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Colombia, en 2008, el 80,0% de los casos de violencia intrafamiliar se debieron a maltrato de pareja, el 18,0% a maltrato infantil y el 2,0% a maltrato al adulto mayor²⁰.

El maltrato de pareja según sexo y edad, se discriminó así: un 25,0% de los casos en mujeres con edades comprendidas entre los 25 a 29 años, se-

17 Ministerio de Protección Social. Situación de salud en tuberculosis, Colombia. [acceso 6 de abril de 2009] Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2664.PDF>

18 Ministerio de Protección Social. Resultados de la semana de vacunación en las Américas 2008 [acceso 6 de abril de 2009] Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vbecontent/>

19 WHO.INT. Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization WHO.INT; 2003. [acceso 21 de Abril de 2008] Disponible en URL: <http://www.who.int/vaccines-diseases/history/history.shtml>.

20 Alcaldía mayor de Bogotá D.C. Centro de Estudio y análisis en convivencia y seguridad ciudadana. Violencia Intrafamiliar Colombia. [acceso 07 de abril de 2009]. Disponible en: http://www.ceacsc.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=162&Itemid=175

guido del 23,0% de los casos en mujeres con edades entre 20 y 24 años. En los hombres para el mismo periodo y en las mismas edades, se presentaron un 22,0% y 12,0%, respectivamente. Según el tipo de agresor y el sexo, el grupo de las mujeres fueron las más agredidas por su compañero permanente en un 60% y por su esposo en un 35%. En el maltrato infantil, el 51% de los casos ocurrió en niñas y 49% en niños²¹.

Enfocar esfuerzos hacia la violencia intrafamiliar, es brindarle la obligada importancia pública a uno de los fenómenos que más ha permanecido oculto, sin importar el género, la edad, los factores sociales, raciales, económicos, educativos o religiosos, a lo largo y ancho de la historia social del país.

El Plan Nacional de Salud Pública expone entre sus apartes, el indicador “Incidencia de violencia intrafamiliar”, en el eje programático Salud Pública, subdividido en el proyecto de Salud Mental, presentando el indicador de impacto como línea base a nivel país 61,1 casos por 100.000 habitantes.

En EPS SURA, durante los últimos años se ha detectado que la violencia intrafamiliar es un problema social, el cual debe ser asumido para toda su población afiliada. Teniendo en cuenta esta perspectiva, se está estimulando la sensibilización y la conciencia acerca de su gravedad y su alcance en el seno de la familia. El comportamiento de violencia intrafamiliar observado en los afilados al POS EPS SURA se aprecia en la Tabla 39. Entre las características más sobresalientes se encuentran:

- Durante el periodo 2003 a 2008, fueron registrados 607 casos de violencia intrafamiliar. El 82,0% (498) pertenecían al sexo femenino (80,1% 2007) y, de éstos, el 57,0% (283 casos) fueron por abuso sexual.
- El total de casos registrados en 2008 (209), tuvo un incremento del 73,0% respecto al 2007 (136 casos).

La cifra obtenida en el total de casos en 2008 (209), es uno de los registros más altos en el periodo analizado (2003 a 2008), lo cual podría explicarse entre otros por una sensibilización del personal asistencial frente al reporte de los casos.

- El 11,4% (24) de los reportes acumulados de violencia intrafamiliar ocurre en el grupo de uno a cuatro años de edad, de estos, el 50,0% (12 casos) son por abuso sexual y el restante 50,0% corresponden a síndrome de maltrato, negligencia o abandono, abuso físico y violencia física.
- En el grupo de 15 a 44 años de edad, género femenino, los tipos de violencia con mayor frecuencia son: el abuso sexual, el síndrome de maltrato, el abuso físico y la violencia física, los cuales incrementaron su porcentaje para el 2008 en 78,0% (47,0% en 2007).
- En todo el periodo, el 17,9% de los casos corresponden al sexo masculino.

21 La palabra [acceso 10 de abril de 2009]
Disponible en: <http://www.lapalabra.gov.co/descarg/CARTILLAS/Cartilla%205%20Violencia%20Intrafamiliar.pdf>

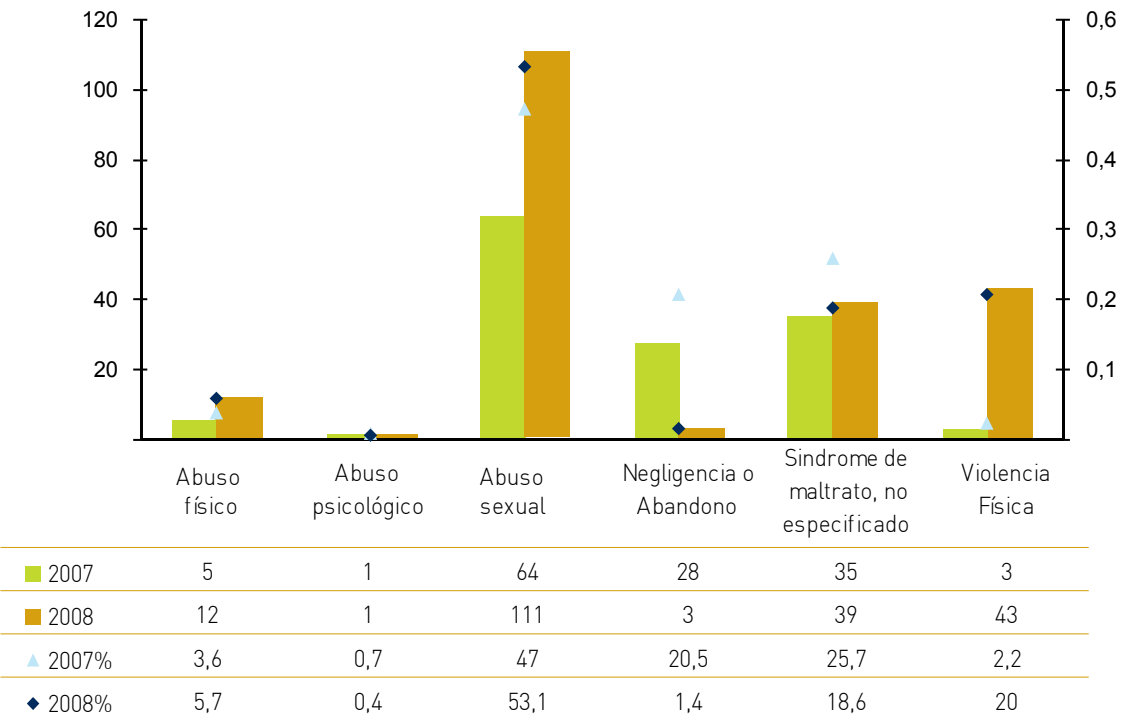


Tabla 39 Violencia Intrafamiliar EPS SURA 2008

Mujer	Grupo de Edad	Causa	2003	2004	2005	2006	2007	2008	total por sexo	% por grupo Edad y sexo	% por sexo
	De 1 a 4 años	abuso físico	1	-	-	-	-	-			
		abuso sexual	3	8	3	5	5	12			
		negligencia o abandono	-	-	-	-	2	1			
		síndrome de maltrato	-	1	-	2	5	5			
		violencia física	-	-	-	-	1	-			
	Total 1 a 4		4	9	3	7	13	18	54	10,8%	
	De 5 a 14 años	abuso físico	-	-	-	2	1				
		abuso sexual	8	10	10	13	16	33			
		negligencia o abandono	-	-	-	1	-	1			
		síndrome de maltrato	-	1	1	2	2	2			
		violencia física	1	-	2	1	-	3			
	Total 5 a 14		9	11	12	19	19	39	109	21,9%	
	De 15 a 44 años	abuso físico	1	-	-	3	3	9	2		
		abuso psicológico	1	-	1	1	-	-			

En la Gráfica 52 se puede observar la distribución de las tasas y porcentajes, por tipos de violencia intrafamiliar, ocurridos en la población afiliada al POS EPS SURA durante el año 2008. El abuso sexual tiene una tasa de 10,0 casos por cada 100.000 afiliados expuestos (6,6 en 2007), en la violencia física la tasa fue de 3,9 (3,3 en 2007) y en el síndrome de maltrato de 3,5 casos por cada 100.000 afiliados expuestos (2,7 en 2007).

Gráfica 52 Distribución tipos de violencia intrafamiliar EPS SURA 2008



Tasa por cien mil afiliados expuestos.
 Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS-SURA. 2008.

De igual manera, la Gráfica 52 presenta las tasas de violencia intrafamiliar por grupos quinquenales para el sexo femenino, comportamiento que presenta variaciones importantes entre los grupos de edades, entre las que se encuentran:

- En primer lugar, el grupo de 15 a 19 años presentó una tasa de violencia intrafamiliar de 81,8 por cada 100.000 afiliadas expuestas, 60,2 por abuso sexual, 7,2 por violencia física y 7,2 casos para el síndrome de maltrato por 100.000 afiliadas expuestas.
- En segundo lugar se encuentra el grupo de 25 a 29 años con una tasa de 43,5 casos por 100.000 afiliadas expuestas, con tasas de 10,0 por abuso sexual, 17,4 para el síndrome de maltrato y 5,2 por 100.000 niñas expuestas a la violencia física.

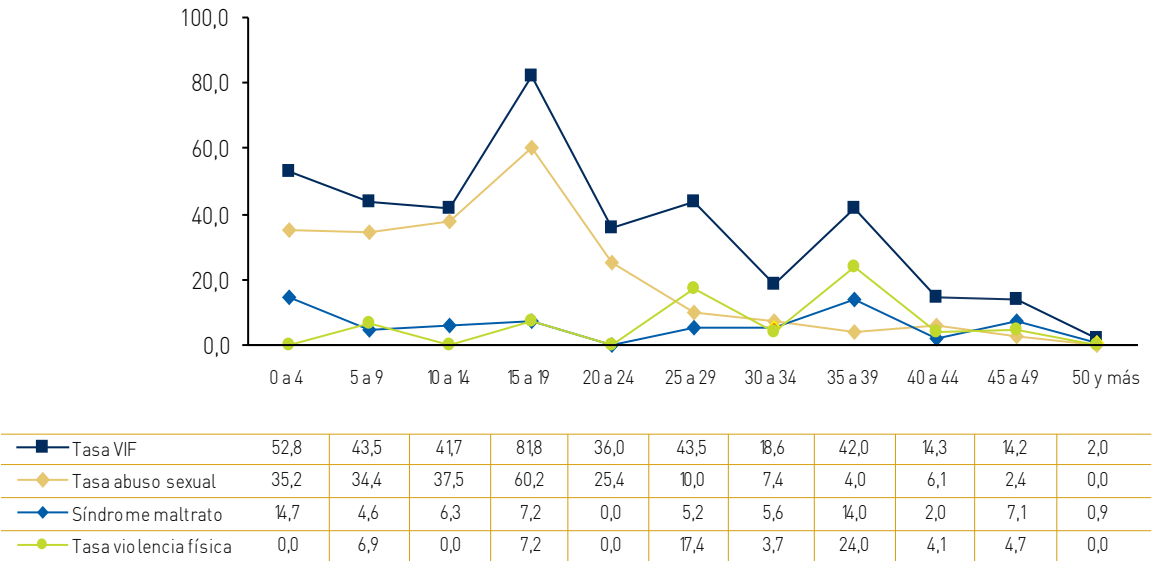
	abuso sexual	16	18	12	21	31	56	1		
	negligencia o abandono	-	-	-	-	1	-			
	síndrome de maltrato	-	2	4	10	17	17	1		
	violencia física	11	8	6	11	27	32			
Total 15 a 44		29	28	23	46	79	114	319	64,1%	
De 45 a 59 años	abuso sexual	-	-	1	1	-	1			
	síndrome de maltrato							3		
	violencia física	-	-	1	2	-	2			
Total 45 a 59		0	0	2	3	0	6	11	2,2%	
60 y más años	abuso sexual	-	1	-	1	-	0			
	negligencia o abandono							1		
	síndrome de maltrato							1		
	violencia física	-	-	-	-	1				
Total 60 y más		0	1	0	1	1	2	5	1,0%	
Total mujer		42	49	40	76	112	179	498	100%	82%
Hombre										
De 1 a 4 años	abuso sexual	1	2	1	1	2	-			
	síndrome de maltrato	1	1	-	2	1	6			
Total 1 a 4		2	3	1	3	3	6	18	16,5%	
De 5 a 14 años	abuso físico	-	-	-	-	1	-			
	abuso psicológico	-	1	-	-	-	-			
	abuso sexual	1	4	5	9	9	8			
	síndrome de maltrato	-	1	1	4	3	4			
	violencia física	2	-	-	-	1	1			
Total 5 a 14		3	6	6	13	14	13	55	50,5%	
De 15 a 44 años	abuso físico	-	-	-	2	-	2			
	abuso sexual	1	-	-	-	1	1			
	síndrome de maltrato	-	1	-	1	-	1			
	violencia física	3	1	1	2	4	4			
Total 15 a 44		4	2	1	5	5	8	25	22,9%	
De 45 a 59 años	abuso psicológico	-	-	-	-	1	1			
	abuso físico							1		
	violencia física	-	-	-	-	1	1			
Total 45 a 59		0	0	2	3	2	3	10	9,2%	
60 y más años	abuso psicológico	1	-	-	-	-				
Total 60 y más		1	0	0	0	0	0	1	0,9%	
Total hombres		10	11	10	24	24	30	109	100%	18%
Total general		52	60	50	100	136	209	607	100%	

Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA. 2003 – 2008

- Para el periodo analizado, el grupo con menos riesgos de sufrir violencia intrafamiliar, es el de 45 a 49 años de edad, mientras que los grupos más vulnerables son las mujeres de 0 a 4 años de 15 a 19 años de edad.
- Los tipos de violencia intrafamiliar más reportados por los afiliados a EPS SURA son: abuso sexual, violencia física, síndrome del maltrato y abuso físico.

En EPS SURA en 2008, se incrementó el número de casos y aparecieron nuevas causas de violencia intrafamiliar. Aumento que puede ser el resultado de la búsqueda activa por parte del equipo asistencial, dando así inicio al compromiso realizado ante ACEMI donde las EPS se comprometieron a fortalecer la búsqueda, el reporte y la gestión de este evento.

Gráfica 53 Tasas de violencia intrafamiliar en mujeres por grupo de edad. EPS SURA 2008



Tasa por cien mil afiliadas expuestas.
Fuente: Inteligencia de Negocios EPS SURA 2008.



Infección por VIH/SIDA

En el mundo, el número de personas que viven con el VIH ha aumentado como efecto del número permanente de nuevas infecciones contraídas cada año y de los efectos de la mayor efectividad y disponibilidad de terapia antirretroviral. Algunas estadísticas sobre VIH/SIDA, en 2007, fueron:

- África subsahariana continuó siendo la región más afectada por el VIH, allí se encontraban el 67% de las personas que viven con el virus y se produjeron el 72% de los fallecimientos por SIDA registrados en todo el mundo²².
- En Kenia, en 2007, la prevalencia del VIH osciló entre el 7,1% y el 8,5% en comparación con el 6,7% estimado para el 2003.
- Se estimó que en la zona latinoamericana habían 1.700.000 personas que vivían con VIH y SIDA, de estas, 140.000 se habían infectado en el mismo año y, 63.000 murieron por SIDA²².
- La prevalecía de VIH en países como Belice, Guyana, Panamá y Surinam se estimó en el 1%. En el Brasil, país más poblado de Suramérica, se encontraban el 43% de las personas que viven con VIH en Latinoamérica²³.

En el mundo en 2007, 33,2 millones de personas vivían con el VIH, 15,4 millones eran mujeres y 2,5 eran menores de 15 años²⁴.

La epidemia del VIH/SIDA, en Colombia, se encuentra confinada a grupos definidos de población altamente vulnerables. Para el año 2004, la prevalencia nacional en la población de 15 a 49 años se estimó en siete por cada 1.000.000 habitantes de este grupo. Lo anterior, ha llevado a realizar un análisis minucioso de las características de la epidemia en Colombia, a intensificar los programas preventivos y de atención en los grupos más vulnerables y a focalizar la intervención en los adolescentes y en la población adulta joven. Cerca del 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años de edad, donde el 77% (tres cuartas partes) son hombres²⁵.

La ciudad de Bogotá registra el número más alto de casos, 14.281, seguida por los departamentos de Valle con 11.017, Antioquia 7.977, Atlántico 2.548 y Santander 2.332 casos.

En el país, el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en los hombres de la misma edad, desde comienzos de los noventa²⁶. La alta fragilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/SIDA está determinada por:

- El contexto cultural machista que le asigna relaciones sexuales sometidas por el hombre.
- El abuso sexual dentro y fuera de la familia.
- La historia de inequidad de género y de diferencia social, económica, educativa y laboral.
- La permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales.
- La bisexualidad de sus compañeros estables.
- Las exigencias del rol femenino de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado.
- El permanente aumento del número de mujeres cabeza de familia.

El desplazamiento forzoso es otro aspecto que está afectando a los menores de edad y a las mujeres, generando desapego, manutención, marginalidad y propiciando el trabajo sexual forzado, han contribuido a la expansión del VIH/SIDA en el mundo. En Colombia, la relación hombre/mujer en el número de casos de VIH para 1987 fue de 37:1, en el año 1995 esta razón se había disminuido a 5:1 y, para el año 2003, esta fue de 6:2 lo que confirma la feminización de la epidemia²⁷.

22 Informa nacionales de Vigilancia y ONUSIDA/OMS/UNICEF, hojas informativas epidemiológicas sobre el VIH/Sida. Julio 2008

23 AVERT. Estadística Latinoamericana [acceso 13 de abril de 2009]` Disponible en URL: <http://www.avert.org/latinoamerica.htm>

24 ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2007. [acceso 5 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.onusida.org.co/2007_epiupdate_es.pdf

25 Plan Nacional de Respuesta ante el Vih y el Sida. Colombia 2008-2011. [acceso 10 de abril de 2008]. Disponible en: http://www.onusida.org.co/Plan_Nacional_2008_2011.pdf

26 WHO.INT.Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization WHO.INT; 2003. [acceso 21 de Abril de 2008]` Disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/VerImp.asp?ID=16901&IDCompany=3>

27 Colombia Medica.[acceso abril 13 de 2009]. Disponible en: <http://colombia-medica.univalle.edu.co/Vol36No3Supl1/PDF/cm36n3s1a6.pdf>

Con el propósito de avanzar en el cumplimiento de los objetivos del milenio y acogiendo la recomendación de los “UNOS” impartida en el mundo por la ONUSIDA, el Ministerio de la Protección Social hizo el lanzamiento, en días pasados, del Plan de Respuesta Nacional del VIH para el periodo 2008 - 2011.

- El primer “UNO” consiste en que, la respuesta al VIH se debe dar bajo las directrices de una autoridad nacional, en este caso el Consejo Nacional de SIDA (CONASIDA), presidido por el Ministerio de la Protección Social.
- El segundo “UNO”, apunta a contar con un plan estratégico de carácter nacional.
- El tercer “UNO” va dirigido a que exista un sólo sistema de monitoreo y evaluación, el cual se realiza a través del observatorio de la gestión en VIH/SIDA”²⁸.

En Colombia, la atención del paciente con VIH/SIDA se encuentra reglamentada en:

- La Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.
- La Ley 972 de 2005 establece normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA.
- La Resolución N.º 3442 de septiembre de 2006, que contempla el modelo de gestión programático de VIH/SIDA en Colombia e incluye guías de práctica basadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA.

Situación del VIH/SIDA en EPS SURA

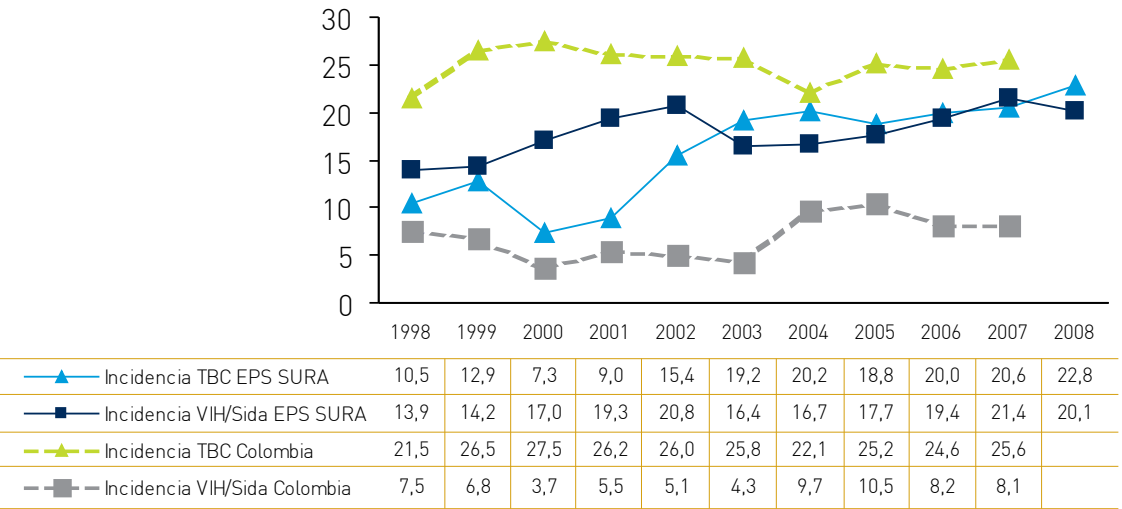
A través del tiempo, a los pacientes afiliados al POS EPS SURA, se les ha ofrecido:

- Garantía de acceso a los tratamientos antirretrovirales y la atención integral de la enfermedad.
- Programa de promoción de la salud sexual reproductiva.
- Actividades de prevención de la transmisión por medio del estímulo a la población para el uso de preservativos.
- Atención integral basada en guías de manejo y modelo de gestión del VIH.

En la Gráfica 54 se observa la incidencia de la tuberculosis y el VIH/SIDA en los afiliados al POS EPS SURA. En general, se aprecia la tendencia al incremento de personas con tuberculosis y la disminución con VIH/SIDA, en 2008 fue del 6% menos en incidencia de VIH con respecto al año anterior, pasó de 21,4 en 2007 a 20,1 casos nuevos por cada 100.000 afiliados al POS; en este año se tenían 1.431 pacientes en el Programa de VIH/SIDA de EPS SURA, los cuales habían ingresado desde 1996 al 2008.

28 Ministerio de Protección lanza plan de respuesta Nacional ante el VIH7SI-DA. [acceso 18 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/VerImp.asp?ID=16901&IDCompany=3>

Gráfica 54 Incidencia Tuberculosis vs. VIH/SIDA POS EPS SURA 1996-2008



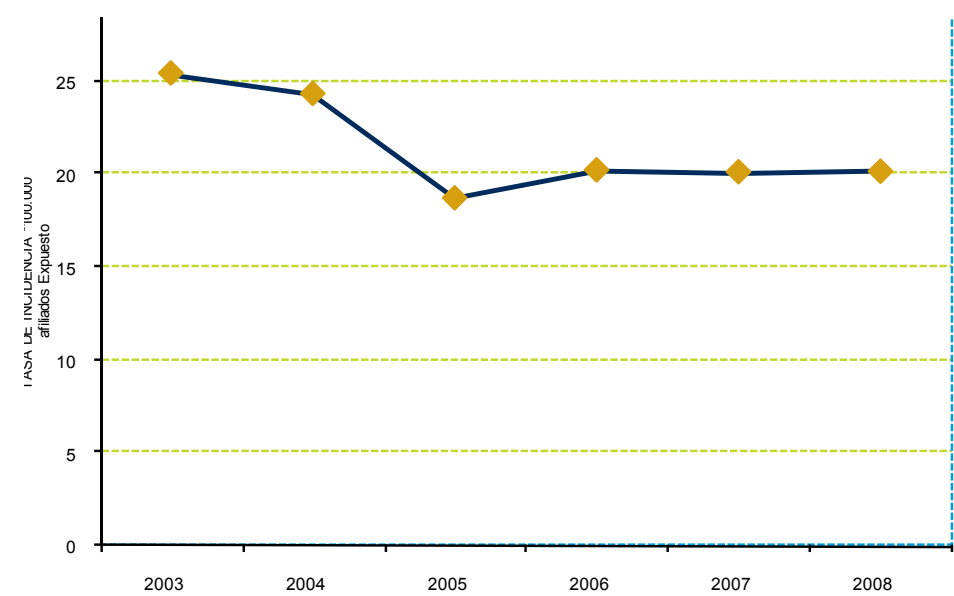
Incidencia por cada cien mil afiliados expuestos.
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS-SURA.1998 - 2008.
Programa Salud en Casa. 1998 - 2007.
Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2000 - 2008.

En los últimos seis años, la tasa de incidencia de VIH/SIDA tiene una tendencia al descenso (Gráfica 55), respecto a los años extremos de la serie. En los primeros años, 2003 y 2004, presentan tasas con tendencia al ascenso, sin embargo, en 2005, se evidencia una caída de la tasa de incidencia. En 2006, se evidencia una ligera inflexión para luego tomar una forma regular y sostenida hasta el 2008, donde registra una tasa de 20,1 casos por 100.000 habitantes expuestos.

El indicador de infección por VIH/SIDA en los afiliados a EPS SURA, plantea enormes desafíos, pues cada nuevo caso de esta infección, al igual que cada caso de violencia intrafamiliar o de embarazo de adolescente, conjuga una serie de factores, muchos de ellos evitables.

La meta en el área específica de la incidencia de VIH/SIDA, propuesta en los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública de EPS-SURA, obligan a la misma, para el año 2011, a mantener la prevalencia en un punto menos a lo establecido históricamente. Lo anterior implica analizar las características de la epidemia en los afiliados al POS EPS SURA e intensificar los esfuerzos en los programas preventivos y de atención en el grupo más vulnerable, lo que implica focalizar la intervención en el grupo de 15 a 49 años de edad.

Gráfica 55 Tasa de Incidencia de VIH/SIDA POS EPS SURA 2003-2008

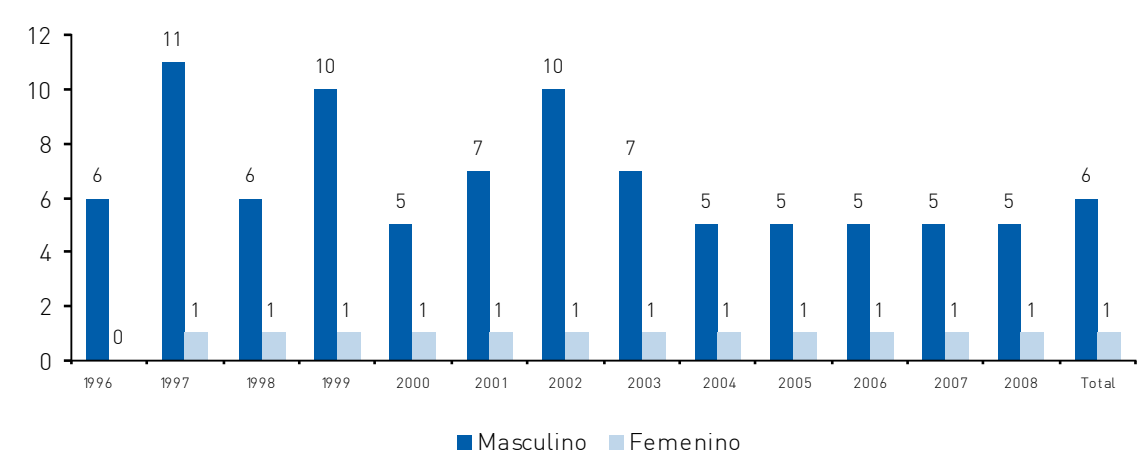


Incidencia por cada cien mil afiliados expuestos.
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención EPS SURA 2003 - 2008
Programa Salud en Casa 2003 - 2008.

Distribución por género

En EPS SURA, el 83,4% de los casos prevalentes en el año 2008 correspondieron al sexo masculino (80,0%% en 2007), con una relación aproximada de cinco hombres por cada mujer con VIH/SIDA (igual en 2008), lo cual indica una tendencia a la feminización de la enfermedad, prevista en el país y en el mundo. Por género, las incidencias en EPS SURA en 2008 (Gráfica 56) fueron: 35,0 casos nuevos por 100.000 hombres (34,2 en 2007) y 6,5 casos nuevos por 100.000 afiliadas expuestas (6,1 en 2007).

Gráfica 56 Relación Hombre/Mujer VIH/SIDA POS EPS SURA 1996-2008

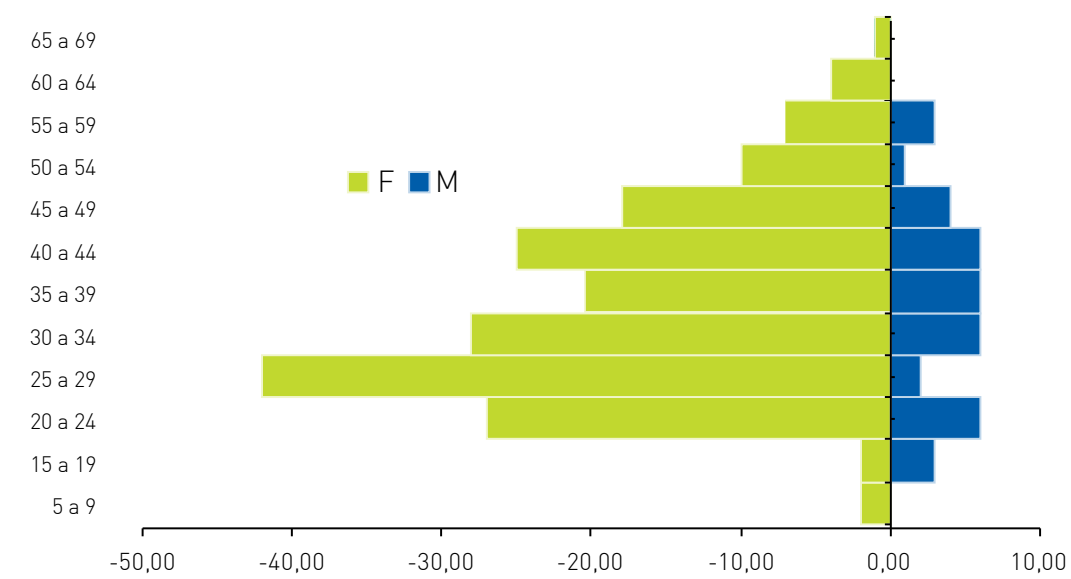


Fuente: Coordinación Promoción y Prevención EPS SURA 1998 - 2008.
Programa Salud en Casa. 1998 - 2008.
Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2000 - 2008.

Distribución por edad

El comportamiento por edades de la incidencia de la enfermedad, es decir, el riesgo de desarrollar la enfermedad que tiene cada grupo durante el periodo mencionado (Gráfica 57), muestra variaciones importantes entre los grupos de edades.

Gráfica 57 Distribución Tasa de Incidencia VIH/SIDA por grupo de edad y sexo POS EPS SURA 2008



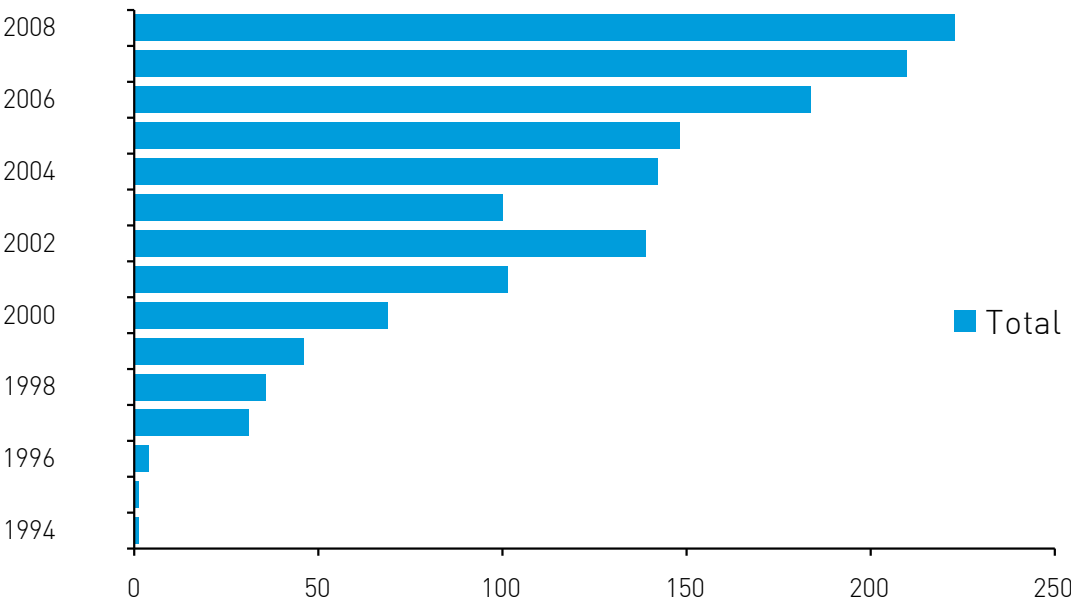
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención EPS SURA 1998 - 2008.
Programa Salud en Casa. 1998 - 2008
Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2000 - 2008.

La tasa de incidencia en el 2008, cambia según los grupos quinquenales. En primer lugar, el año analizado registró 2 casos en los niños en edades entre cinco y nueve años (0 casos en el 2007) Al parecer, para el periodo analizado fue el grupo con menos riesgos, y en donde, por lo general, el número de casos depende de la transmisión madre-hijo. A partir de los 15 a 29 años, se incrementa el riesgo de adquirir la enfermedad hasta el grupo de 40 a 44 años, son los de mayor riesgo en toda la población afiliada a EPS SURA. A medida que se superan los 45 años de edad, el riesgo tiende a decaer sostenidamente.

Es necesario señalar que aunque el grupo con edades de 25 a 29 años es el de mayor riesgo de desarrollar VIH/SIDA, no necesariamente significa que sea el grupo donde más activamente se transmite el VIH, pues se debe tener en cuenta el periodo de incubación de la enfermedad que es de varios años.

En la Gráfica 58, se presenta la tendencia del número de pacientes activos por año, mostrando que el año 2008 es el año con más número de afiliados con VIH/SIDA registrados en el programa.

Gráfica 58 Distribución de pacientes activos en el programa de VIH/SIDA POS EPS SURA 1996-2008



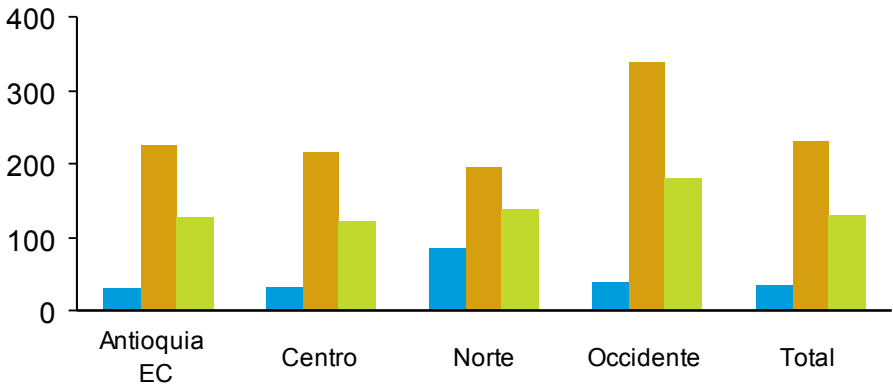
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención EPS SURA.1998 - 2008.
Programa Salud en Casa. 1998 - 2008
Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2000 - 2008.

Distribución geográfica

Las incidencias en las diferentes regionales de EPS SURA, fueron de mayor a menor: Occidente 25,5 casos por cien mil afiliados expuestos (34,6 en 2007), Centro 18,7 (16,9 en 2007), Norte 16,3 (29,0 en 2007) y Antioquia - EC 15,3 casos por cien mil afiliados expuestos (16,0 en 2007).

La prevalencia de VIH/SIDA, en los afiliados al POS EPS SURA en 2008, presentó el siguiente comportamiento (Gráfica 59):

Gráfica 59 Prevalencia del VIH/SIDA en población expuesta POS EPS SURA 1996-2008



■ Prevalencia Mujeres	32,3	31,7	84,9	39,2	36,2
■ Prevalencia hombres	226,1	214,2	194,2	338,8	230,1
■ Total Prevalencia	125,7	121,5	138	180,3	129

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención EPS SURA.1998 - 2008.
Programa Salud en Casa. 1998 - 2007.
Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2000 - 2008

- La prevalencia de VIH/SIDA más alta en 2008, le correspondió a la regional Occidente con 180,3 casos por 100.000 afiliados expuestos. Por sexo, en esta regional fue de 338,8 casos por 100.000 hombres expuestos y 39,2 casos por 100.000 mujeres expuestas.
- La regional Norte registró una prevalencia de 138 casos por 100.000 afiliados expuestos. Por sexo, los valores fueron de 194,2 casos por 100.000 hombres expuestos y 84,9 casos por 100.000 mujeres expuestas.
- La regional Antioquia - Eje Cafetero, alcanzó 125,7 casos por 100.000 afiliados expuestos. Por sexo fue de 226,1 casos por 100.000 hombres expuestos y 32,3 casos por 100.000 mujeres expuestas.
- En la regional Centro, la prevalencia fue de 121,5 casos por 100.000 afiliados expuestos. Por sexo fue de 214,2 casos por 100.000 hombres expuestos y 31,7 casos por 100.000 mujeres expuestas.

Distribución de usuarios con antirretrovirales

En la Gráfica 60 se representa a los afiliados que en el periodo 1996 -2008 ingresaron al programa de VIH/SIDA de EPS SURA. De ellos, el 43,0% eran pacientes con SIDA, es decir, pacientes que en algún momento de la evolución de su enfermedad han tenido recuentos de CD4 menores a 200 o han presentado una enfermedad trazadora, el 56,4% restante eran pacientes con VIH.

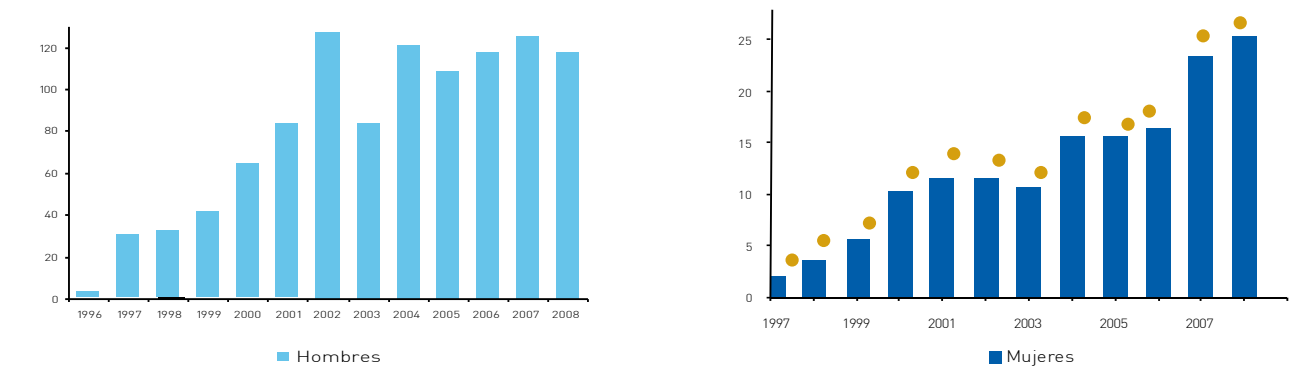
El 99% de los pacientes con SIDA recibieron terapia antirretroviral (TAR), mientras que de los pacientes con VIH sólo el 54% (30% en 2007) tuvieron terapia con medicamentos, estas cifras se explican porque según las recomendaciones de la guía de manejo de VIH/SIDA normada por el Ministerio de la Protección Social, el paciente clínicamente asintomático debe tener unas cifras de referencia del CD4 para dar inicio a la terapia.

Entre los objetivos del Plan Nacional de Salud de la EPS, para el 2011, se encuentra alcanzar la cobertura de terapia antirretroviral en un 85%, compromiso establecido con el Plan Nacional de Salud Pública Nacional. El porcentaje resultante en 2008 tuvo una variación respecto al año inmediatamente anterior del 80%, esto es, más afiliados expuestos que accedieron a la terapia antirretroviral.

Gráfica 60 Comparación de la cobertura de la terapia antirretrovírica entre varones y mujeres de la población expuesta al POS EPS SURA según población activa en el programa por cada año 1996-2008



Gráfica 60 Comparación de la cobertura de la terapia antirretrovírica por género de la población expuesta al POS EPS SURA en el programa 1996-2008



Fuente: Programa Salud en Casa. 1996 - 2008.

Capítulo 5

Conclusiones



La situación de salud y las principales características de los afiliados EPS SURA en el 2008 fueron:

- La EPS tuvo bajo su cuidado cerca de un millón cien mil afiliados de los cuales, el 74,3% de la población afiliada se encuentran en la regional Antioquia - Eje Cafetero. Durante la última década, la población afiliada ha tenido un crecimiento positivo, en los últimos dos años fue del 7%.
- Para la atención en salud de sus afiliados, se incrementó en un 4% la red de proveedores (clínicas, hospitales, médicos Sucita y médicos evento) y contó con 77 instituciones prestadoras de salud del nivel básico, 8% menos que el año inmediatamente anterior. Del total de afiliados expuestos, el 41,6% se encontraban en las IPS de Punto de Salud (41,3% en 2007), 30,7% en las IPS Adscritas (30,1% en 2007) y 27,6 % en las IPS de Comfama (28,3% en 2007).
- La población afiliada se encuentra en una etapa de envejeciendo progresivo. La proporción de los afiliados con edades entre 0 y 40 años viene disminuyendo a través de los años, contrario a lo que ocurre con la población de 40 años o más. Se ha incrementado el índice de vejez, la proporción de afiliados mayores de 65 y la razón de dependencia de la tercera edad. Este envejecimiento viene de la mano de una mayor esperanza de vida, la cual se encuentra cerca de 72 años para los hombres y

de 79 para las mujeres, lo que implica que, en la EPS se realice énfasis de las acciones de promoción y prevención hacia los adultos mayores con el propósito de lograr para ellos una mejor calidad de vida.

- Entre los aspectos sociodemográficos de los afiliados a EPS SURA, se tiene como una población donde tres de cada cinco afiliados son solteros, dos de cada cinco no tienen ningún tipo de estudios y tres de cada cuatro afiliados tienen ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes, provenientes, principalmente de los sectores de servicios, industria manufacturera y comercio.
- Respecto a la dinámica poblacional, el índice de fertilidad para el año 2008 fue de 1,4 hijos por mujer, se incrementó en un 7%, respecto al 2007, estando el mayor índice en la regional Norte. De la población de mujeres que tuvieron partos, una de cada dos eran solteras, una de cada dos no tenían ningún nivel de educación y ocho de cada diez tenían ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes.
- La proporción de los nacimientos atendidos en 2008 en los que se practicaron cesáreas, procedimiento en el cual existe riesgo tanto para la madre como para el recién nacido, aumento 12% respecto al año 2007. Al estimar el exceso de cesáreas practicadas a las gestantes de EPS SURA durante el periodo, se encontró que se realizaron alrededor de 3.382 cesáreas innecesarias, dato que se calculó teniendo como base 15%, valor de referencia definido por la Organización Mundial de la Salud.
- Rerefente al egreso hospitalario, las principales causas de atención fueron: la atención del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y genitourinario y los tumores; grupos de causas que han venido ocupando los primeros lugares desde hace una década; sin embargo, es importante resaltar que durante 2008 respecto a 2007, se registró un incremento del 13,7% en la tasa de hospitalización por enfermedades respiratorias.
- Las enfermedades del aparato respiratorio, osteomusculares, del sistema genitourinario y las del aparato digestivo, han sido uno de los principales grupos de causas de morbilidad en la consulta externa del médico general programada y no programada, desde 1999. Por grupo de edad, encontramos que la mayor frecuencia de utilización la ha tenido el grupo de los menores de 5 años y, la menor, el grupo de 5 a 14 años.
- Las principales causas de morbilidad oral en los afiliados se han mantenido a lo largo del tiempo, entre las se encuentran: la caries, la gingivitis aguda y crónica y otras enfermedades de tejidos dentarios duros. Algo similar sucede con la demanda del servicio odontológico por grupo de edad, los grupos con mayor demanda del servicio a lo largo del tiempo han sido los de 5 a 14 años y los de 15 a 44 años, por otro lado, los de menor demanda, han sido los menores de 5 años y los mayores de 60 años.
- Las principales causas de morbilidad en incapacidades, tanto en frecuencia como en severidad, de los cotizantes afiliados a EPS SURA, fueron: el lumbago, el esguince y torcedura del tobillo, la amenaza de aborto, el falso trabajo de parto, el síndrome del túnel carpiano y el leiomioma uterino.

- A pesar de la disminución anual en la frecuencia de utilización de medicamentos ambulatorios del POS, el costo por usuario y el porcentaje en la UPC no han disminuido.
- El Programa de Protección Renal, tenía en diciembre de 2008, un total de 8.123 pacientes. El 80% de estos pacientes se encontraban en los estadios dos y tres. En el estadio cuatro, inmediatamente anterior al inicio de las terapias de reemplazo renal, estaban el 7,9% del total de los pacientes. La distribución de los pacientes por regional y estadio, permite deducir que, en la regional Centro es donde están captando la mayor proporción de los pacientes en los estadios iniciales de la enfermedad, y que, en la regional Norte, es donde los captan en estados más avanzados.
- **La mortalidad** no sólo permite evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las enfermedades y la sobrevivencia de la población. En 2008, el comportamiento de este indicador fue:
 - Las tasas de mortalidad mostraron cómo, por cada 100.000 afiliados a EPS SURA se evitaron cerca de catorce muertes, tanto en hombres como en mujeres. Los grupos de causas que han ocupado los primeros lugares de mortalidad a lo largo del tiempo han sido los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las del aparato respiratorio.
 - En 2008 la pérdida en Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por afiliado expuesto fue menor que en 2007, lo que hizo que en 2008 los afiliados a EPS SURA ganaran 1.727 años en total, siendo esta ganancia mayor en las mujeres.
 - La tasa de mortalidad perinatal corregida se mantuvo constante en 2008. La edad gestacional en la cual se presentaron estas muertes permitió apreciar cómo cerca de siete de cada diez muertes se presentaron en gestaciones menores de 34 semanas.
 - Durante el año 2008, se presentaron cuatro muertes maternas, tasa igual a 0,28 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos (0,73 en Colombia), lo anterior significa que por cada cuatro muertes maternas que se presentan en Colombia ocurre una muerte materna en las afiliadas al POS EPS SURA.
- A pesar de la fluctuación en el número de usuarios del sistema de salud y de la falta de disponibilidad de información de los biológicos aplicados por la red pública por los planes privados o por los pagos directos de los usuarios, en el año 2008, en los menores de un año afiliados a EPS SURA, las coberturas en vacunación alcanzadas para los biológicos del PAI, se mantuvieron al mismo ritmo que el año inmediatamente anterior.
- El incremento en el número de casos de violencia intrafamiliar es considerado un problema de salud pública, por esta razón, en la EPS se está sensibilizando a los afiliados en lo referente a la gravedad y el alcance de la violencia en el seno de la familia. En el periodo comprendido 2003 a 2008 se han reportado 607 casos de violencia intrafamiliar. Aunque en los últimos este incremento se debe al registro y el sistema de vigilancia epidemiológica, no se debe descartar el subregistro de los mismos. De los casos detectados, el 82,0% se presentaron en las mujeres y de estos, el 64,0% fueron por abuso sexual. Otro de los grupos afectados y que lla-

ma la atención por su indefensión son los menores de uno a cuatro años, en ellos se presentaron el 11,0% del total de los casos y de ellos, el 66,0% por abuso sexual, el 28,0% por síndrome del maltrato y 5,0% se distribuye entre negligencia o abandono, abuso físico y violencia física.

Gracias al compromiso adquirido por EPS SURA con más de un millón cien mil afiliados, su prioridad es la realización oportuna de las actividades de detección temprana, protección específica y acciones de salud pública, los cuales se basan en la estimación de la magnitud de los eventos, en la detección de cambios en los patrones de ocurrencia y en la detección de brotes y epidemias, todos ellos pilares de los procesos de atención en los cuales se promueven las condiciones y estilos de vida saludables y se protegen y superan los riesgos de los afiliados como un derecho esencial y colectivo.

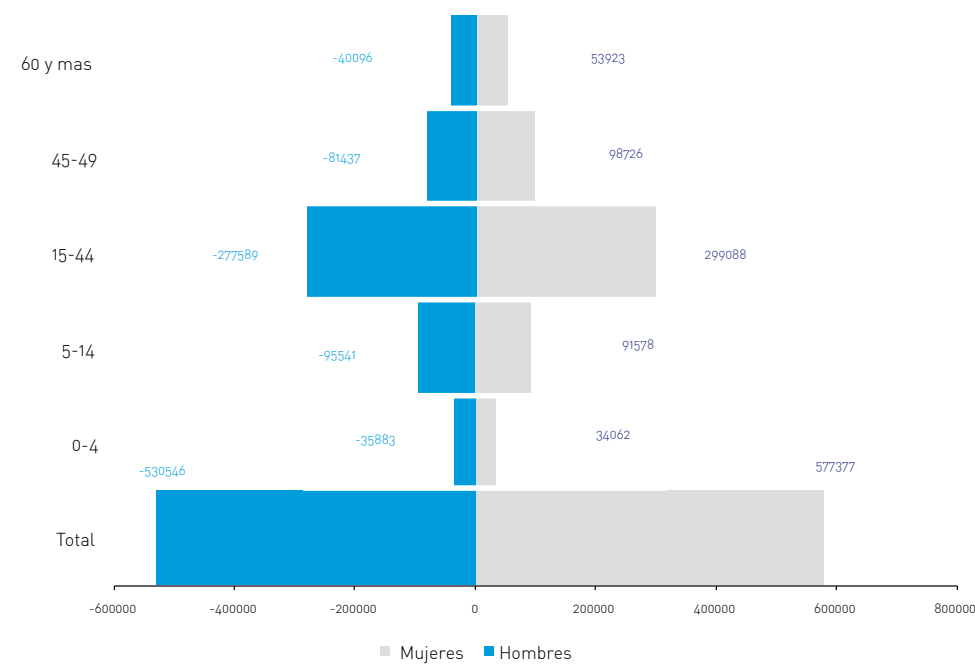
En la EPS se han hecho grandes esfuerzos por garantizar la atención integral de nuestros afiliados. En tal sentido se continúa con:

- El fortalecimiento la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estrategia dirigida tanto al individuo, como a su familia y la comunidad.
- La implementación en todas las IPS el modelo Salud en su Familia, cuyo objetivo es trabajar por el bienestar del afiliado en su entorno familiar mediante el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad entre los afiliados y los equipos de atención en salud de las IPS liderados por el médico de familia.
- El Mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Velar por un control prenatal adecuado, en el que se eviten los embarazos en edades extremas, se identifiquen y manejan oportunamente los embarazos de alto riesgo al igual que la amenaza de parto prematuro.

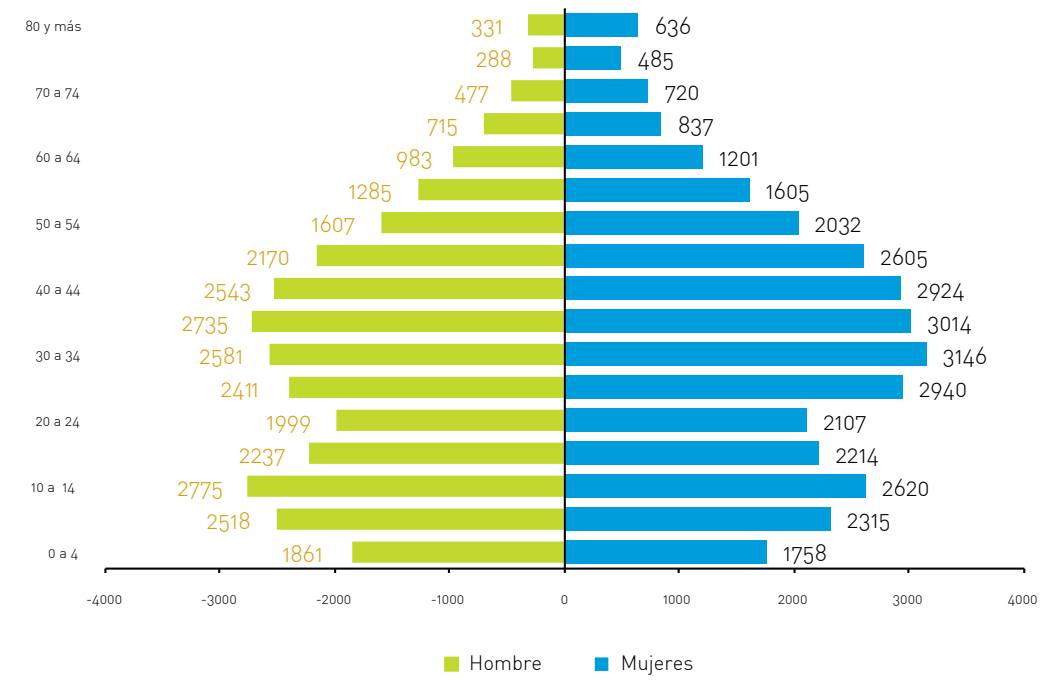
En EPS SURA vemos los cambios que presenta el entorno como retos y oportunidades de mejoramiento y trabajamos para superarlas, pero siempre pensando en el beneficio de los afiliados. Somos aproximadamente 2500 personas que trabajamos con el compromiso de mejorar la salud de nuestros afiliados y así contribuir a la construcción de un país productivo, saludable, equitativo y en paz.

Anexos

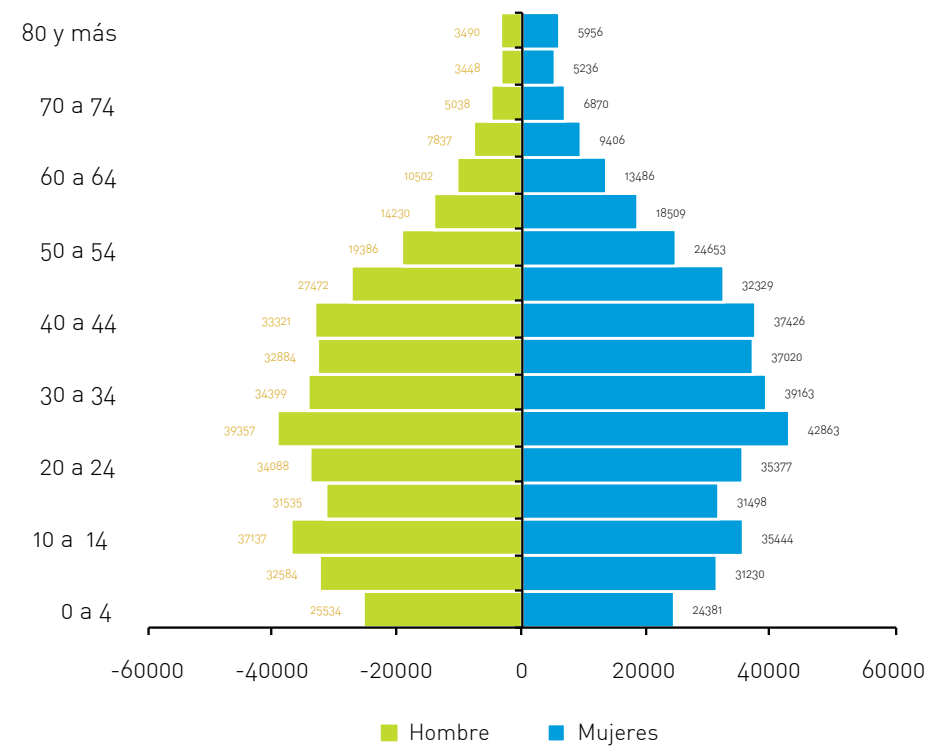
Pirámide poblacional, EPS-SURA 2008



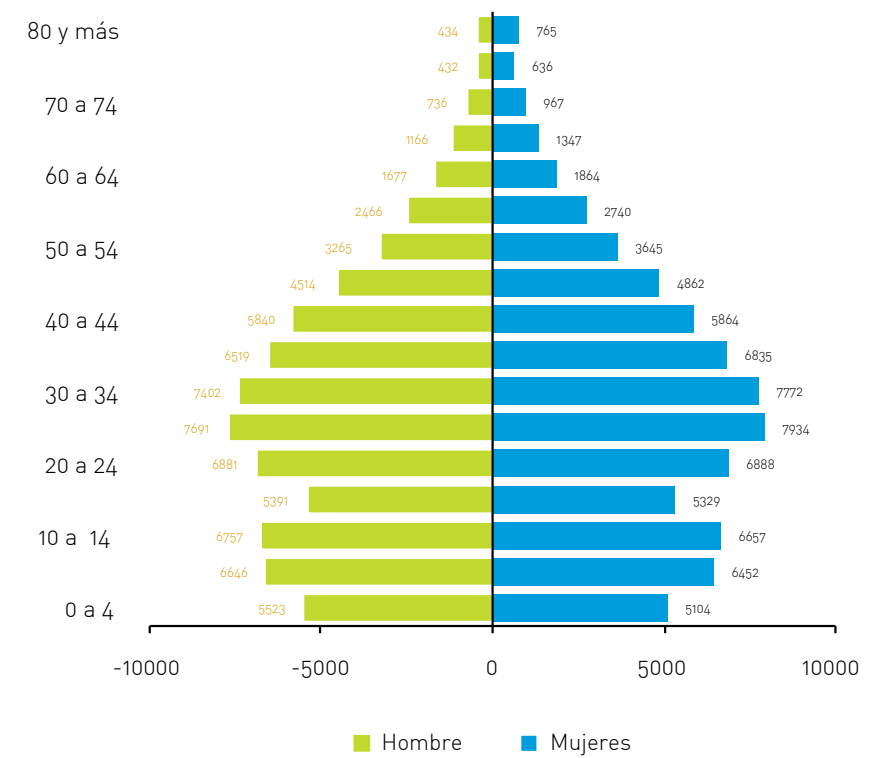
Pirámide poblacional, EPS-SURA 2008
Occidente



Pirámide poblacional, EPS-SURA 2008
Antioquia - EC

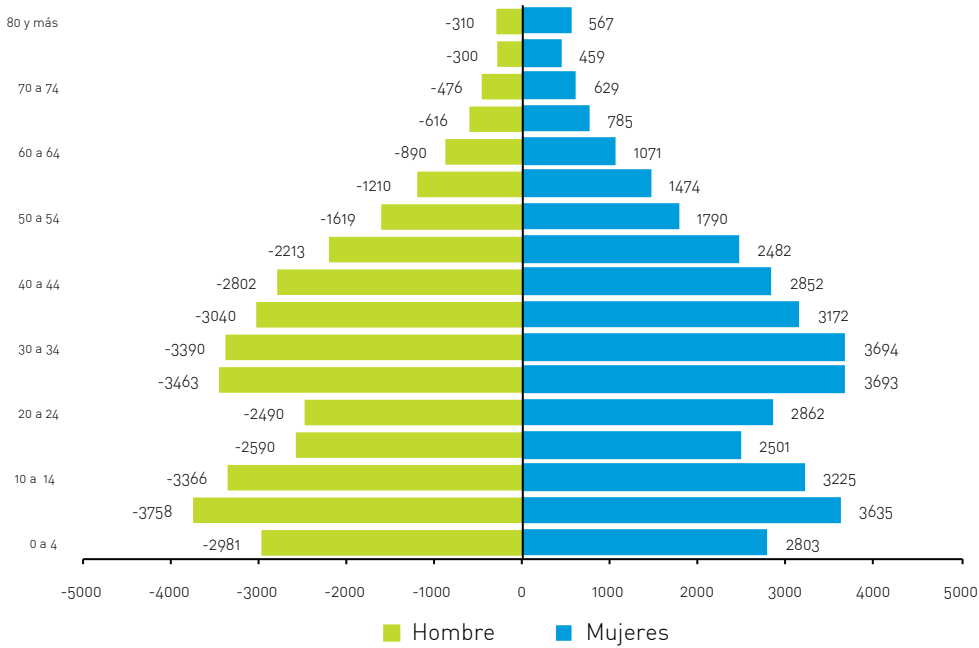


Pirámide poblacional, EPS-SURA 2008
Centro



Pirámide poblacional, EPS-SURA 2008

Norte



Egresos hospitalarios por 1.000 Afiliados de Grupo de Edad, EPS SURA 2008

Grupo diagnóstico	Menor 1 año	De 1 A 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 y más años	Total general
Causas externas	0.3	0.2	0.1	0.2	0.3	0.6	0.2
Circulatorio	160.7	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	2.1
Congénitas	22.2	8.1	0.9	0.8	1.1	3.6	1.7
Digestivo	0.1	0.0	0.5	31.7	0.2	0.0	16.6
Embarazo, parto y puerperio	2.6	1.6	0.5	0.5	0.8	1.8	0.7
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.4	0.8	0.2	0.3	0.4	1.4	0.4
Factores que influyen en el estado de salud	0.2	0.2	0.0	0.1	0.2	0.3	0.1
Genitourinario	0.7	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
Infecciosas y parasitarias	1.9	0.4	0.2	1.3	7.7	32.2	4.6
Mentales y del comportamiento	7.2	2.2	3.8	5.5	7.2	16.0	6.2
Oído y apófisis mastoides	18.6	4.3	1.1	3.4	5.7	13.5	4.4
Ojo y anexos	3.8	1.3	0.6	0.7	1.0	2.8	1.0
Osteomuscular y tejido conjuntivo	0.5	0.8	0.6	1.1	2.3	5.5	1.5
Perinatal	107.5	26.5	3.2	1.1	3.0	20.1	5.9
Piel y tejido subcutáneo	1.9	0.5	0.3	0.5	1.3	5.4	1.0
Respiratorio	0.8	0.1	0.0	0.4	0.3	0.5	0.3
Sangre y órganos hematopoyéticos	15.0	2.0	0.5	0.3	0.2	0.3	0.6
Síntomas, signos y hallazgos anormales	16.5	4.8	1.3	1.7	2.2	5.9	2.4
Sistema nervioso	0.0	0.0	0.2	1.1	1.3	1.5	0.9
Traumatismos	2.8	2.4	1.4	2.6	2.9	9.7	3.0
Tumores	0.7	1.3	0.6	2.6	7.3	9.6	3.5
Total	365.4	57.7	16.0	55.9	45.2	130.9	57.4

Fuente: Salud Web/. Informe epidemiológico.EPS-SURA. Año 2008

Afiliados por regionales, EPS-SURA 2008

Regional	Grupo edad	Mujer	Hombre	Total general
Antioquia y Eje Cafetero	De 0 a 4 años	24.381	25.534	49.915
	De 5 a 14 años	66.674	69.721	136.395
	De 15 a 44 años	223.347	205.584	428.931
	De 45 a 59 años	75.491	61.088	136.579
	60 y más años	40.954	30.315	71.269
	Total Antioquia y Eje Cafetero	430.847	392.242	823.089
Occidente	De 0 a 4 años	1.758	1.861	3.619
	De 5 a 14 años	4.935	5.293	10.228
	De 15 a 44 años	16.345	14.506	30.851
	De 45 a 59 años	6.242	5.062	11.304
	60 y más años	3.879	2.794	6.673
	Total Occidente	33.159	29.516	62.675
Centro	De 0 a 4 años	5.104	5.523	10.627
	De 5 a 14 años	13.109	13.403	26.512
	De 15 a 44 años	40.662	39.724	80.346
	De 45 a 59 años	11.247	10.245	21.492
	60 y más años	5.579	4.395	9.974
	Total Centro	75.661	73.290	148.951
Norte	De 0 a 4 años	2.803	2.981	5.784
	De 5 a 14 años	6.860	7.124	13.984
	De 15 a 44 años	18.774	17.775	36.549
	De 45 a 59 años	5.746	5.042	10.788
	60 y más años	3.511	2.592	6.103
	Total Norte	37.694	35.514	73.208
Total EPS-SURA		577.377	530.456	1.107.923

Fuente: Inteligencia de Negocios.EPS-SURA. Año 2008

Principales Causas Específicas de Egreso Hospitalario, EPS-SURA 2008

Categorías CIE-10	Total
Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	11%
Apendicitis aguda, no especificada	3%
Parto único espontáneo, sin otra especificación	2%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2%
Parto por cesárea de emergencia	2%
Parto por cesárea, sin otra especificación	2%
Neumonía, no especificada	2%
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	2%
Bronconeumonía, no especificada	2%
Leiomioma del útero, sin otra especificación	1%
Bronquiolitis aguda, no especificada	1%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1%
Asma, no especificada	1%
Otros dolores abdominales y los no especificados	1%
Embarazo abdominal	1%
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	1%
Parto por cesárea electiva	1%
Ictericia neonatal, no especificada	1%
Insuficiencia cardíaca congestiva	1%
Angina inestable	1%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	1%
Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1%
Otras colelitiasis	1%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	1%
Neumonía bacteriana, no especificada	1%
Apendicitis, no especificada	1%
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	1%
Angina de pecho, no especificada	1%
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	1%
Hiperplasia de la próstata	0%
Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	0%
Fiebre, no especificada	0%
Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	0%
Fractura del cuello de fémur	0%
Enfermedad aterosclerótica del corazón	0%
Otros recién nacidos pretérmino	0%
Fibrilación y aleteo auricular	0%
Traumatismo intracraneal, no especificado	0%
Embarazo ectópico, no especificado	0%
Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	0%
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	0%
OTRAS COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	0%
Artrosis, no especificada	0%
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	0%
Cálculo del riñón	0%
Tumor maligno de la glándula tiroides	0%
Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	0%
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	0%
Septicemia, no especificada	0%
Colecistitis aguda	0%
Otras	46%

Estancias hospitalarias por grupo de edad y sexo, EPS-SURA 2008

Grupo de edad	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente					
	Hombre	Mujer	Total Antioquia-EC	Hombre	Mujer	Total Centro	Hombre	Mujer	Total Norte	Hombre	Mujer	Total Occidente	Hombre	Mujer	Total
Menor 1 año	6.9	7.2	7.1	6.8	7.2	6.5	6.1	7.8	6.2	6.6	7.4	9.1	6.9	7.2	7.0
De 1 a 4 años	4.9	4.5	4.8	4.6	4.5	4.2	3.6	3.0	3.1	6.1	4.2	5.6	4.9	4.4	4.6
De 5 a 14 años	3.8	3.8	3.8	4.1	4.3	4.3	4.8	2.6	3.9	4.2	4.5	4.2	3.8	3.9	3.8
De 15 a 44 años	5.0	2.6	3.0	5.5	2.4	2.6	5.3	2.0	2.3	5.0	4.5	2.5	5.1	2.6	3.0
De 45 a 59 años	5.9	5.7	4.8	6.7	5.9	6.0	5.6	4.3	5.0	4.9	5.3	4.0	5.8	4.5	5.0
60 y más años	5.8	5.3	5.8	7.7	6.5	7.3	6.3	6.0	5.1	7.0	6.5	6.2	6.1	5.8	6.0
Total	5.5	3.5	4.2	6.1	3.7	4.3	5.3	3.0	3.5	5.6	5.0	4.2	5.6	3.6	4.2

Estancias hospitalarias por grupo diagnóstico y sexo, EPS-SURA 2008

Grupo de edad	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente					
	Hombre	Mujer	Total Antioquia-EC	Hombre	Mujer	Total Centro	Hombre	Mujer	Total Norte	Hombre	Mujer	Total Occidente	Hombre	Mujer	Total
Causas externas	7.7	3.9	5.4	4.4	3.9	4.3	3.1	2.3	2.9	5.5	4.8	5.0	6.8	3.9	5.2
Circulatorio	5.7	6.0	5.8	7.1	6.1	6.7	6.9	6.3	6.6	6.2	7.1	6.7	5.9	6.1	6.0
Congénitas	6.0	7.2	6.7	4.2	9.3	7.2	3.6	3.6	3.6	5.0	4.2	4.5	5.5	7.1	6.4
Digestivo	3.7	3.6	3.6	4.9	3.6	4.2	3.2	3.1	3.2	3.3	3.5	3.4	3.8	3.5	3.7
Embarazo, parto y puerperio	-	2.1	2.1	0.0	1.8	1.8	0.0	1.8	1.8	0.0	5.1	5.1	0.0	2.1	2.1
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	5.5	5.0	5.1	4.8	6.0	5.5	7.2	3.3	4.7	8.3	7.9	8.1	5.7	5.1	5.3
Factores que influyen en el estado de salud	6.6	3.5	4.4	8.8	3.0	4.0	1.0	2.0	2.0	5.3	8.5	7.5	6.6	3.7	4.5
Genitourinario	4.1	3.1	3.4	5.4	4.0	4.4	3.8	2.5	2.9	4.4	3.2	5.9	4.3	3.2	3.5
Infecciosas y parasitarias	6.9	5.9	6.5	4.8	5.8	5.3	4.7	3.1	4.1	9.0	3.6	6.5	6.5	5.6	6.1
Mentales y del comportamiento	7.0	5.9	6.3	10.3	8.0	9.1	12.8	18.0	15.6	5.6	3.7	4.7	8.0	6.8	7.3
Oído y apófisis mastoides	3.2	3.5	3.4	5.2	3.9	4.3	-	4.0	4.0	4.7	7.0	5.6	3.5	3.7	3.6
Ojo y anexos	3.5	4.4	4.1	2.5	3.0	2.8	6.8	4.7	5.9	4.0	0.0	4.0	4.0	4.3	4.2
Osteomuscular y tejido conjuntivo	5.3	4.9	5.1	5.1	4.0	4.5	2.2	4.0	3.1	2.9	4.7	3.9	5.0	4.8	4.9
Perinatal	8.3	8.0	8.2	8.2	6.8	7.5	7.6	8.0	7.8	7.1	8.8	7.9	8.2	7.8	8.0
Piel y tejido subcutáneo	4.8	5.2	5.0	4.6	4.2	4.4	7.7	4.2	6.4	6.0	5.7	5.8	5.2	4.9	5.1
Respiratorio	5.5	5.6	5.5	6.1	5.6	5.8	4.8	4.9	4.9	6.0	6.6	6.3	5.6	5.6	5.6
Sangre y órganos hematopoyéticos	5.4	5.4	5.4	3.9	4.2	4.2	5.1	4.9	4.9	7.2	7.1	7.1	5.3	5.6	5.3
Síntomas, signos y hallazgos anormales	3.8	3.3	3.5	5.1	4.0	4.5	7.2	3.4	5.2	4.0	4.7	4.4	4.2	3.5	3.8
Sistema nervioso	4.9	4.5	4.7	7.7	7.1	7.3	3.4	6.3	5.1	6.1	5.4	6.1	5.2	5.0	5.1
Traumatismos	6.6	5.6	6.2	6.1	5.3	5.8	4.0	4.8	4.5	6.5	8.5	6.5	6.5	5.7	6.1
Tumores	7.8	3.3	4.4	7.8	6.4	6.9	5.9	3.3	3.7	7.1	3.1	7.1	7.7	3.6	4.6
Total	5.5	3.6	4.2	6.2	3.7	4.5	5.4	3.0	3.6	5.6	5.0	5.2	5.6	3.6	4.1

Fuente: Inteligencia de Negocios. Informe epidemiológico. EPS-SURA. Año 2008.

Estancias por grupo diagnóstico y regional, EPS-SURA 2008

Grupo diagnóstico	Antioquia-EC		Centro		Norte		Occidente		Total general	
	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia
Causas externas	0,3%	5,4	0,0%	4,3	0,0%	1863770,9	0,0%	5,0	0,4%	1863770,9
Circulatorio	2,3%	5,8	0,9%	6,7	0,3%	7263586,6	0,2%	6,7	8,1%	7263586,6
Congénitas	2,2%	6,7	0,5%	7,2	0,2%	8926540,8	0,2%	4,5	1,0%	8926540,8
Digestivo	20,5%	3,6	4,5%	4,2	2,6%	2651426,5	1,3%	3,4	10,8%	2651426,5
Embarazo, parto y puerperio	0,9%	2,1	0,3%	1,8	0,1%	846865,5	0,1%	5,1	28,9%	846865,5
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,5%	5,1	0,1%	5,5	0,1%	3333013,5	0,0%	8,1	1,8%	3333013,5
Factores que influyen en el estado de salud	0,2%	4,4	0,0%	4,0	0,0%	2686164,8	0,0%	7,5	0,5%	2686164,8
Genitourinario	0,1%	3,4	0,0%	4,4	0,0%	1722503,6	0,0%	3,6	7,7%	1722503,6
Infecciosas y parasitarias	6,3%	6,5	1,0%	5,3	0,4%	3924650,1	0,4%	6,5	3,0%	3924650,1
Mentales y del comportamiento	8,3%	6,3	1,4%	9,1	0,6%	549731,1	0,6%	4,7	1,6%	549731,1
Oído y apófisis mastoides	5,9%	3,4	0,9%	4,3	0,4%	4,0	0,5%	5,6	0,2%	3,6
Ojo y anexos	1,3%	4,1	0,2%	2,8	0,1%	5,9	0,1%	4,0	0,1%	4,2
Osteomuscular y tejido conjuntivo	2,1%	5,1	0,3%	4,5	0,1%	3,1	0,2%	3,8	2,7%	4,9
Perinatal	7,8%	8,2	1,7%	7,5	0,5%	3898044,2	0,4%	7,9	3,6%	3898044,2
Piel y tejido subcutáneo	1,4%	5,0	0,2%	4,4	0,1%	2003799,3	0,1%	5,9	1,3%	2003799,3
Respiratorio	0,4%	5,5	0,1%	5,8	0,0%	2802247,6	0,0%	6,3	10,4%	2802247,6
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,7%	5,4	0,1%	4,2	0,1%	3651144,0	0,0%	7,1	0,7%	3651144,0
Síntomas, signos y hallazgos anormales	3,1%	3,5	0,5%	4,5	0,4%	5,2	0,2%	4,4	4,2%	3,8
Sistema nervioso	1,2%	4,7	0,3%	7,3	0,1%	3343063,9	0,0%	5,9	1,7%	3343063,9
Traumatismos	4,1%	6,2	0,6%	5,8	0,3%	4398395,5	0,3%	7,1	5,3%	4398395,5
Tumores	4,8%	4,4	0,7%	6,9	0,4%	3384245,2	0,3%	4,0	6,4%	3384245,2
Total general	74,3%	4,2	14,0%	4,5	6,5%	3,6	4,8%	5,2	100,0%	4,2

Fuente: Inteligencia de Negocios. Informe epidemiológico. EPS-SURA. Año 2008.

Costo promedio por grupo diagnóstico, sexo y regional, EPS-SURA 2008

Grupo diagnóstico	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente			Total		
	Hombre	Mujer	Total Antioquia-EC	Hombre	Mujer	Total Centro	Hombre	Mujer	Total Norte	Hombre	Mujer	Total Occidente	HOMBRE	MUJER	Total
Causas externas	\$ 5.076.650	\$ 1.980.815	\$ 3.260.138	\$ 1.686.212	\$ 1.093.831	\$ 1.688.752	\$ 1.398.870	\$ 197.079	\$ 1.038.333	\$ 1.620.443	\$ 1.637.754	\$ 1.632.808	\$ 4.180.734	\$ 1.863.771	\$ 2.894.713
Perinatal	\$ 4.274.430	\$ 4.059.361	\$ 4.168.524	\$ 4.601.283	\$ 3.395.543	\$ 4.020.231	\$ 3.644.207	\$ 3.321.570	\$ 3.472.368	\$ 4.222.172	\$ 5.428.205	\$ 4.812.882	\$ 4.303.290	\$ 3.898.044	\$ 4.103.438
Infecciosas y parasitarias	\$ 4.359.548	\$ 4.048.632	\$ 4.224.367	\$ 2.265.565	\$ 5.105.295	\$ 3.557.283	\$ 3.176.321	\$ 1.345.457	\$ 2.530.134	\$ 5.530.466	\$ 1.279.395	\$ 3.589.719	\$ 4.017.297	\$ 3.924.650	\$ 3.977.128
Embarazo, parto y puerperio	\$ 0	\$ 898.642	\$ 898.642	\$ 0	\$ 813.584	\$ 813.584	\$ 0	\$ 804.393	\$ 804.393	\$ 0	\$ 869.433	\$ 869.433	\$ 0	\$ 846.866	\$ 846.866
Piel y tejido subcutáneo	\$ 2.182.692	\$ 2.107.091	\$ 2.140.789	\$ 1.373.613	\$ 1.291.055	\$ 1.331.514	\$ 1.768.540	\$ 1.079.977	\$ 1.510.329	\$ 2.254.013	\$ 4.643.338	\$ 3.278.009	\$ 1.979.632	\$ 2.003.799	\$ 1.992.294
Sangre y órganos hematopoyéticos	\$ 4.886.598	\$ 3.730.780	\$ 4.195.202	\$ 1.361.931	\$ 4.049.502	\$ 3.350.734	\$ 7.018.646	\$ 2.176.955	\$ 4.251.966	\$ 5.684.703	\$ 3.597.283	\$ 4.268.239	\$ 4.847.439	\$ 3.651.144	\$ 4.109.185
Oído y apófisis mastoides	\$ 1.163.001	\$ 1.728.623	\$ 1.493.950	\$ 2.006.379	\$ 1.023.404	\$ 1.330.584	\$ 487.457	\$ 487.457	\$ 1.330.584	\$ 2.792.085	\$ 2.094.241	\$ 2.512.947	\$ 1.356.706	\$ 1.592.787	\$ 1.497.951
Ojo y anexos	\$ 1.664.067	\$ 1.691.291	\$ 1.683.334	\$ 1.758.390	\$ 1.973.899	\$ 1.887.695	\$ 4.201.900	\$ 1.556.278	\$ 1.887.695	\$ 1.062.612	\$ 0	\$ 1.062.612	\$ 2.206.435	\$ 1.699.806	\$ 1.903.717
Circulatorio	\$ 9.033.883	\$ 7.690.374	\$ 8.397.484	\$ 7.043.481	\$ 4.969.625	\$ 6.148.034	\$ 5.032.063	\$ 4.754.822	\$ 4.910.801	\$ 7.778.442	\$ 7.531.609	\$ 7.645.972	\$ 8.533.993	\$ 7.243.587	\$ 7.934.339
Digestivo	\$ 2.384.406	\$ 2.495.582	\$ 2.550.201	\$ 3.452.024	\$ 2.264.582	\$ 2.837.982	\$ 1.375.115	\$ 1.939.928	\$ 1.671.768	\$ 5.904.452	\$ 3.452.143	\$ 3.084.780	\$ 2.478.036	\$ 2.451.426	\$ 2.570.775
Genitourinario	\$ 2.557.503	\$ 1.773.532	\$ 2.539.326	\$ 3.262.233	\$ 1.429.361	\$ 2.099.715	\$ 1.339.107	\$ 1.020.469	\$ 1.113.113	\$ 3.158.882	\$ 2.214.792	\$ 2.531.424	\$ 2.423.965	\$ 1.722.584	\$ 2.022.279
Sistema nervioso	\$ 2.970.131	\$ 2.993.487	\$ 2.982.828	\$ 4.404.375	\$ 5.444.884	\$ 5.038.435	\$ 1.371.301	\$ 2.955.798	\$ 3.334.427	\$ 6.134.066	\$ 3.218.547	\$ 5.136.652	\$ 3.230.732	\$ 3.343.064	\$ 3.292.247
Osteomuscular y tejido conjuntivo	\$ 5.473.959	\$ 5.832.143	\$ 5.676.386	\$ 4.262.922	\$ 5.251.004	\$ 4.809.273	\$ 5.545.508	\$ 5.362.483	\$ 4.809.273	\$ 6.632.597	\$ 8.208.254	\$ 7.479.724	\$ 5.374.638	\$ 5.926.603	\$ 5.683.602
Respiratorio	\$ 2.643.953	\$ 2.833.216	\$ 2.742.171	\$ 2.458.477	\$ 2.613.723	\$ 2.409.464	\$ 2.409.464	\$ 2.056.407	\$ 2.228.032	\$ 3.911.838	\$ 4.558.252	\$ 4.245.376	\$ 2.695.921	\$ 2.802.248	\$ 2.749.986
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	\$ 3.257.936	\$ 3.271.571	\$ 3.266.633	\$ 2.451.806	\$ 3.349.677	\$ 3.425.494	\$ 3.707.328	\$ 1.628.608	\$ 3.545.599	\$ 5.442.822	\$ 4.869.264	\$ 5.156.043	\$ 3.320.849	\$ 3.333.013	\$ 3.328.368
Factores que influyen en el estado de salud	\$ 5.597.378	\$ 3.104.212	\$ 4.434.028	\$ 6.977.341	\$ 2.644.200	\$ 3.216.390	\$ 469.930	\$ 570.264	\$ 565.486	\$ 1.958.460	\$ 1.853.346	\$ 1.885.977	\$ 6.846.187	\$ 2.686.165	\$ 3.790.119
Congénitas	\$ 7.892.917	\$ 9.588.237	\$ 8.823.459	\$ 5.893.934	\$ 10.215.990	\$ 8.391.122	\$ 2.928.899	\$ 3.320.879	\$ 537.064	\$ 4.398.247	\$ 5.387.810	\$ 4.971.152	\$ 7.201.057	\$ 8.926.541	\$ 8.169.499
Síntomas, signos y hallazgos anormales	\$ 2.285.786	\$ 2.006.337	\$ 2.133.057	\$ 1.959.328	\$ 10.215.990	\$ 1.711.755	\$ 1.934.494	\$ 1.665.180	\$ 1.711.755	\$ 2.032.436	\$ 3.074.651	\$ 2.667.709	\$ 2.232.020	\$ 1.943.293	\$ 2.083.476
Mentales y del comportamiento	\$ 430.268	\$ 422.020	\$ 425.361	\$ 1.113.828	\$ 808.997	\$ 957.423	\$ 1.421.311	\$ 1.530.940	\$ 1479.756	\$ 822.919	\$ 656.517	\$ 745.265	\$ 653.451	\$ 549.731	\$ 594.153
Traumatismos	\$ 6.153.452	\$ 4.580.165	\$ 5.488.737	\$ 4.457.451	\$ 3.140.477	\$ 3.978.860	\$ 2.290.542	\$ 2.573.981	\$ 3.438.777	\$ 6.076.850	\$ 6.916.763	\$ 6.441.717	\$ 5.749.676	\$ 4.398.395	\$ 5.182.413
Tumores	\$ 7.989.414	\$ 5.219.979	\$ 4.466.358	\$ 7.742.506	\$ 5.785.193	\$ 6.392.807	\$ 3.623.551	\$ 2.447.473	\$ 2.634.293	\$ 4.807.775	\$ 2.425.145	\$ 3.003.976	\$ 7.648.905	\$ 3.384.245	\$ 4.477.778
Total	\$ 4.439.431	\$ 2.427.152	\$ 2.556.728	\$ 3.865.028	\$ 2.089.045	\$ 2.672.276	\$ 2.775.474	\$ 1.508.370	\$ 1.848.552	\$ 4.530.148	\$ 2.782.715	\$ 3.327.105	\$ 4.268.170	\$ 2.332.063	\$ 2.952.582

Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS-SURA. Año 2008.

Frecuencias* de Consulta Externa Médico General por Grupo Diagnóstico y Regional, EPS-SURA 2008

Grupo diagnóstico	Antioquia-EC		Total Antioquia-EC	Centro		Total Centro	Norte		Total Norte	Occidente		Total Occidente	Total general		
	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Causas externas	0,2	0,1	0,2	8,3	5,1	6,8	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,4	1,0	1,2
Circulatorio	7,2	5,4	6,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	5,1	3,7	4,5
Congénitas	0,3	0,3	0,3	11,0	12,0	11,5	18,1	18,9	18,5	11,6	12,3	11,9	4,0	4,6	4,3
Digestivo	12,2	6,9	9,8	1,6	0,0	0,8	2,8	0,0	1,4	0,7	0,0	0,4	9,1	4,7	7,1
Embarazo, parto y puerperio	1,3	0,0	0,7	10,8	8,3	9,6	11,2	9,0	10,1	9,1	7,7	8,4	4,0	2,7	3,4
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	8,5	3,7	6,3	0,8	0,3	0,5	2,3	0,8	1,6	1,0	0,4	0,7	6,4	2,6	4,6
Factores que influyen en el estado de salud	17,0	8,1	13,0	6,1	4,3	5,2	5,9	4,2	5,1	3,9	3,2	3,6	13,7	6,8	10,5
Genitourinario	22,2	5,1	14,5	4,4	4,0	4,2	5,2	4,8	5,0	5,7	4,9	5,3	17,2	4,8	11,5
Infecciosas y parasitarias	9,4	11,7	10,4	9,0	5,0	7,0	12,9	6,9	10,0	8,1	5,3	6,8	9,5	9,7	9,6
Mentales y del comportamiento	2,7	1,5	2,2	15,4	8,3	11,9	17,7	10,0	14,0	11,4	6,2	9,0	6,3	3,6	5,1
Oído y apófisis mastoides	5,0	4,1	4,6	28,7	4,5	16,8	41,1	7,7	24,9	26,3	5,3	16,4	12,6	4,5	8,9
Ojo y anexos	4,2	4,1	4,2	7,9	2,5	5,2	6,4	2,3	4,4	4,4	1,5	3,0	4,9	3,5	4,3
Osteomuscular y tejido conjuntivo	21,6	14,8	18,5	23,0	15,5	19,3	26,6	16,7	21,8	23,7	13,7	19,0	22,3	15,0	18,9
Perinatal	0,1	0,1	0,1	19,7	16,3	18,1	27,7	25,2	26,5	15,7	14,1	15,0	6,1	5,9	6,0
Piel y tejido subcutáneo	9,3	8,5	9,0	9,6	5,2	7,4	7,4	4,4	6,0	6,1	4,0	5,1	9,0	7,3	8,2
Respiratorio	21,8	19,7	20,8	15,1	5,0	10,1	18,6	5,5	12,2	13,1	5,7	9,6	20,0	15,1	17,7
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,9	0,3	0,6	1,2	0,8	1,0	0,6	0,6	0,6	0,4	0,3	0,4	0,9	0,4	0,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales	20,7	13,1	17,3	25,5	14,8	20,2	26,7	17,6	22,3	23,5	12,3	18,3	22,1	13,7	18,2
Sistema nervioso	6,4	2,4	4,6	1,4	1,2	1,3	1,6	1,0	1,3	1,8	1,3	1,6	5,0	2,0	3,6
Traumatismos	3,2	4,7	3,9	3,8	4,9	4,4	4,7	4,7	4,7	4,2	4,4	4,3	3,4	4,7	4,0
Tumores	1,2	1,0	1,1	1,2	0,8	1,0	2,1	1,0	1,6	1,3	1,1	1,2	1,3	0,9	1,1
Total general	175,4	115,4	148,4	204,7	118,8	162,4	239,9	141,4	192,1	172,2	103,8	140,0	184,4	117,3	153,5

Frecuencias* de Consulta Externa Médico General por Grupo de Edad y Regional, EPS-SURA 2008

Grupo diagnóstico	Antioquia-EC		Total Antioquia-EC	Centro		Total Centro	Norte		Total Norte	Occidente		Total Occidente	Total general		
	Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre		Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Menor 5	188,7	197,8	193,3	251,3	288,3	456,6	429,6	477,2	454,1	174,3	182,8	178,7	203,9	215,1	209,6
5 a 14	84,6	74,4	79,4	136,5	125,7	131,0	188,3	168,2	177,9	102,9	94,6	98,6	96,8	86,5	91,5
15 a 44	171,2	85,4	130,1	114,7	249,4	181,3	337,1	165,2	256,3	206,1	106,0	159,0	173,1	113,1	144,2
45 a 59	192,8	103,8	153,0	285,1	147,2	219,4	294,3	160,7	234,5	192,2	102,6	152,1	210,7	112,8	166,4
60 y más	191,1	131,0	165,6	271,9	177,9	230,5	259,7	180,2	226,4	226,7	166,9	201,7	208,3	142,7	180,3
Total general	164,5	97,2	132,4	164,6	210,6	187,1	302,7	186,1	247,8	188,9	114,0	113,3	172,5	117,4	146,1

Fuente: Inteligencia de Negocios.EPS-SURA. 2008

*Frecuencias por cada 100 afiliados expuestos.

Cincuenta Principales Causas de Consulta Externa Médico General, EPS-SURA 2008

Orden	Categoría CIE-10	%
1	Dorsalgia	2,5%
2	Examen general e investigacion de personas sin quejas o sin diagnostico confirmado	1,9%
3	Dolor abdominal pelvico	1,9%
4	Hipertension esencial primaria	1,8%
5	Gastritis y duodenitis	1,8%
6	Rinofaringitis aguda	1,6%
7	Otros trastornos del sistema urinario	1,2%
8	Mareo y desvanecimiento	1,1%
9	Cefalea	1,1%
10	Sindorme de colon irritable	1,0%
11	Frangitis aguda	1,0%
12	Rinitis alergica y vasomotora	1,0%
13	Otros trastornos articulares no clasificadas en otra parte	1,0%
14	Migraña	0,9%
15	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	0,9%
16	Otros trastornos de los tejidos blandos no clasificados en otra parte	0,9%
17	Infecciones agudas de las vias respiratorias superiores, de sitios multiples o no especificados	0,9%
18	Otros hipotiroidismos	0,8%
19	Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	0,8%
20	Conjuntivitis	0,8%
21	Sinusitis aguda	0,8%
22	Asma	0,8%
23	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0,7%
24	Bronquitis aguda	0,7%
25	Trastornosdel metabolismo de las lipoproteinas y otras lipidemias	0,6%
26	Amigdalitis aguda	0,6%
27	Infeccion viral de sitio no especificado	0,6%
28	Menstruacion ausente, escasa o rara	0,6%
29	Dermatitis atopica	0,6%
30	Otras dermatitis	0,5%
31	Dolor de garganta y en el pecho	0,5%
32	Dermatofitosis	0,5%
33	Enfermedad del reflujo gastroesofagico	0,5%
34	Otitis media no suprativa	0,5%
35	Atencion para la anticoncepcion	0,5%
36	Lesiones del hombro	0,4%
37	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [vih], sin otra especificacion	0,4%
38	Ulceracion e inflamacion vulvovaginal en enfermedades clasificadas en otra parte	0,4%
39	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	0,4%
40	Otras entesopatias	0,4%
41	Otros trastornos de la mama	0,4%
42	Historia personal de tratamiento medico	0,

Frecuencia* de Causas de Atención Prioritaria por Grupo Diagnóstico y Regional, EPS-SURA 2008

Grupo diagnóstico	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente			Total general		
	Antioquia-EC		Total	Centro		Total	Norte		Total	Occidente		Total	Total general		Total
	Mujer	Hombre	Antioquia-EC	Mujer	Hombre	Centro	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Causas externas	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5	0,4
Circulatorio	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Congénitas	10,4	12,5	11,4	9,8	10,0	9,9	12,9	15,1	14,0	15,4	15,7	15,5	10,8	12,5	11,6
Digestivo	4,0	0,0	2,2	3,6	0,0	1,8	6,0	0,0	3,1	2,2	0,0	1,2	4,0	0,0	2,2
Embarazo, parto y puerperio	2,6	2,9	2,7	3,4	2,8	3,1	3,7	4,0	3,8	2,9	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Factores que influyen en el estado de salud	2,7	2,6	2,7	3,2	2,8	3,0	2,7	2,5	2,6	2,5	2,6	2,5	2,7	2,6	2,7
Genitourinario	1,6	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7	4,4	5,7	5,1	2,0	2,1	2,0	1,8	2,2	2,0
Infecciosas y parasitarias	1,4	1,2	1,3	1,5	1,1	1,3	2,5	1,6	2,1	1,7	1,3	1,5	1,5	1,2	1,4
Mentales y del comportamiento	3,4	2,4	3,0	4,2	2,6	3,4	7,1	5,2	6,2	3,6	2,5	3,1	3,8	2,7	3,3
Oído y apófisis mastoides	5,3	2,3	4,0	6,3	1,3	3,8	8,0	2,8	5,5	5,5	2,2	4,0	5,7	2,2	4,1
Ojo y anexos	3,5	1,2	2,5	3,4	1,2	2,4	4,0	1,3	2,7	2,9	1,0	2,0	3,5	1,2	2,4
Osteomuscular y tejido conjuntivo	5,0	5,3	5,1	6,0	5,9	5,9	7,5	7,4	7,4	6,3	5,8	6,0	5,4	5,6	5,5
Perinatal	15,8	15,4	15,6	19,8	16,9	18,4	25,0	24,0	24,5	15,2	14,5	14,9	17,0	16,3	16,7
Piel y tejido subcutáneo	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4
Respiratorio	4,4	2,9	3,7	15,9	9,8	12,9	9,2	6,0	7,7	3,2	1,7	2,5	6,4	4,3	5,4
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Síntomas, signos y hallazgos anormales	16,0	12,0	14,2	17,4	12,6	15,0	20,0	15,4	17,8	20,9	14,3	17,8	16,9	12,6	14,9
Sistema nervioso	0,9	0,5	0,7	0,4	0,2	0,3	0,4	0,2	0,3	0,6	0,4	0,5	0,8	0,4	0,6
Traumatismos	6,1	12,3	8,9	5,0	8,1	6,5	7,6	9,4	8,5	7,0	9,7	8,3	6,1	11,1	8,4
Tumores	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Total	84,4	76,7	80,9	102,9	78,0	90,7	122,1	101,6	112,2	93,4	77,6	86,0	90,6	79,1	85,3

Frecuencia* Consulta de Atención Prioritaria por Grupo de Edad y Regional, EPS-SURA 2008

Grupo edad	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente			Total general		
	Antioquia-EC		Total	Centro		Total	Norte		Total	Occidente		Total	Total general		Total
	Mujer	Hombre	Antioquia-EC	Mujer	Hombre	Centro	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Menor 5	163,5	181,8	172,8	185,8	208,3	197,5	214,7	240,5	228,0	176,2	189,0	182,8	171,7	191,1	181,7
5 a 14	61,9	64,9	63,4	71,2	72,3	71,8	82,8	89,7	86,3	66,4	70,8	68,7	65,0	68,1	66,6
15 a 44	110,1	79,4	95,4	114,2	69,7	92,2	139,1	97,8	119,0	103,7	75,2	90,3	112,2	78,9	96,2
45 a 59	71,4	56,9	64,9	80,9	61,3	71,6	93,9	72,6	83,9	70,6	57,9	64,9	73,7	58,5	66,8
60 y más	76,2	63,5	70,8	83,6	65,6	75,6	95,0	72,5	85,4	84,4	66,0	76,7	78,8	64,5	72,7
Total general	95,7	78,7	87,6	104,4	79,2	92,0	123,5	102,7	113,4	93,5	77,8	86,1	98,5	80,3	89,8

Fuente: Inteligencia de Negocios.EPS-SURA. 2008.
*Frecuencias por cada 100 afiliados expuestos.

Frecuencias* Causas de Consulta Odontológica, EPS-SURA 2008

Subcategoría CIE-10	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente			Total general		
	Antioquia-EC		Total	Centro		Total	Norte		Total	Occidente		Total	Total general		Total
	Mujer	Hombre	Antioquia-EC	Mujer	Hombre	Centro	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Gingivitis y enfermedades periodontales	29,5	25,2	27,4	34,8	28,6	31,7	9,4	3,4	18,2	19,6	15,2	17,6	28,3	23,9	26,2
Caries dental	20,0	18,3	19,2	51,7	43,5	47,7	33,1	28,7	31,0	21,5	20,0	20,8	25,1	22,6	23,9
Persona en contacto con los servicios de salud	3,9	3,2	3,6	5,5	4,4	5,0	28,0	22,7	25,5	18,0	16,3	17,2	6,5	5,4	6,0
Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes	7,2	6,1	6,7	3,7	3,0	3,4	3,6	3,1	3,3	1,6	1,4	1,5	6,2	5,2	5,7
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	4,7	4,4	4,6	5,5	5,4	5,4	5,1	4,1	4,6	2,1	1,8	1,9	4,7	4,4	4,5
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	1,9	1,9	1,9	2,8	2,5	2,7	1,2	1,4	1,3	2,5	2,7	2,6	2,0	2,0	2,0
Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,8	1,3	1,6	2,4	2,3	2,3	1,0	1,0	1,0
Otros exámenes especiales	10,5	8,8	9,7	23,4	19,1	21,3	26,0	20,2	23,2	26,3	22,2	24,4	14,1	11,7	13,0
Anomalías dentofaciales	0,7	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,7	0,5	0,6
Dientes incluidos e impactados	0,8	0,6	0,7	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5	0,6
Otras	1,1	1,2	1,2	3,2	2,4	2,8	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,3	1,3
Total	130,0	115,0	122,8	133,3	111,3	122,5	109,8	89,8	100,1	95,3	82,9	89,5	127,1	111,0	119,4

Frecuencias* Consulta Odontológica por Grupo de Edad y Regional, EPS-SURA 2008

Subcategoría CIE-10	Antioquia-EC			Centro			Norte			Occidente			Total general		
	Antioquia-EC		Total	Centro		Total	Norte		Total	Occidente		Total	Total general		Total
	Mujer	Hombre	Antioquia-EC	Mujer	Hombre	Centro	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Occidente	Mujer	Hombre	Total
Menor 5	81,8	85,3	83,6	111,3	109,2	110,2	42,6	41,4	42,0	67,1	74,3	70,8	82,2	84,8	83,5
De 5 a 14	159,2	159,6	159,4	169,4	168,3	168,9	121,0	121,4	121,2	144,4	138,1	141,2	157,0	156,8	156,9
De 15 a 44	139,7	113,0	126,9	139,3	102,7	121,2	122,1	91,9	107,4	95,2	72,5	84,5	136,1	108,0	122,6
De 45 a 59	122,4	99,1	112,0	110,5	83,8	97,8	110,9	77,9	95,5	84,1	67,7	76,7	117,9	93,9	107,1
60 y más	74,2	82,2	77,6	71,4	79,7	75,1	73,5	67,7	71,0	64,2	65,9	64,9	73,1	79,8	76,0
Total	130,2	114,9	122,9	133,3	111,2	122,4	109,8	89,8	100,1	95,3	82,9	89,5	127,3	110,9	119,5

Cincuenta Principales Causas de Atención Prioritaria, EPS-SURA 2008

Orden	Categoría CIE-10	%
1	Dolor abdominal y pélvico	5,4%
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5,3%
3	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	4,4%
4	Rinofaringitis aguda	3,9%
5	Infeccion viral de sitio no especificado	3,7%
6	Amigdalitis aguda	3,7%
7	Faringitis aguda	3,2%
8	Dorsalgia	3,1%
9	Cefalea	2,8%
10	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados	2,6%
11	Fiebre de origen desconocido	2,3%
12	Infecciones agudas de las vias respiratorias superiores, de sitios multiples o no especificados	2,3%
13	Migraña	2,0%
14	Otros trastornos del sistema urinario	2,0%
15	Gastritis y duodenitis	1,7%
16	Conjuntivitis	1,7%
17	Asma	1,4%
18	Bronquitis aguda	1,4%
19	Dolor de garganta y en el pecho	1,3%
20	Dolor no clasificadas en otra parte	1,3%
21	Otitis media no supurativa	1,2%
22	Sinusitis aguda	1,1%
23	Urticaria	0,9%
24	Mareo y desvanecimiento	0,8%
25	Nausea y vomito	0,8%
26	Hipertension esencial [primaria]	0,8%
27	Herida de la cabeza	0,8%
28	Laringitis y traqueitis agudas	0,8%
29	Hemorragia precoz del embarazo	0,7%
30	Otros trastornos de los tejidos blandos no clasificados en otra parte	0,7%
31	Absceso cutaneo, furunculo y antrax	0,7%
32	Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano	0,6%
33	Herida de la muñeca y de la mano	0,6%
34	Celulitis	0,6%
35	Otitis media supurativa y la no especificada	0,6%
36	Sindrome del colon irritable	0,6%
37	Falso trabajo de parto	0,6%
38	Luxacion, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del tobillo y del pie	0,6%
39	Calculo del rinon y del ureter	0,5%
40	Persona en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	0,5%
41	Otros trastornos funcionales del intestino	0,5%
42	Traumatismo superficial del tobillo y del pie	0,5%
43	Cistitis	0,5%
44	Otros sindromes de cefalea	0,5%
45	Varicela	0,4%
46	Otros trastornos articulares no clasificadas en otra parte	0,4%
47	Otros sintomas y signos generales	0,4%
48	Traumatismo superficial de la pierna	0,4%
49	Otros trastornos de los musculos	0,4%
50	Trastornos de la funcion vestibular	0,4%
	Otras	25,6%

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS-SURA. 2008

Consumo de Medicamentos NO POS EPS-SURA 2000 a 2008

Costo por afiliado expuesto										
Grupo farmacológico	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	% Diferencia 2007 vs 2008
NO POS Otros	1,303	1,888	4,004	6,216	3,611	4,110	5,996	8,871	15,043	70
NO POS Cáncer	449	1,010	2,380	3,330	5,045	6,096	8,353	11,031	16,802	52
NO POS SIDA	66	439	1,174	2,039	2,190	1,495	1,146	720	702	-3
NO POS Hormona crecimiento	259	583	1,116	1,813	1,851	1,859	2,276	2,637	3,141	19
NO POS Artritis	8	552	1,504	2,239	2,941	3,697	4,633	5,958	8,898	49
NO POS Interferón-Immunoglobulinas	286	875	1,294	1,918	3,494	3,734	5,593	6,252	7,273	16
NO POS Trasplantes	-	-	-	-	1,476	2,866	4,988	4,972	5,700	15
NO POS SNC	-	-	-	-	1,527	2,235	3,076	5,080	8,259	63
NO POS Respiratorio	-	-	-	-	1,329	1,183	1,497	1,997	2,661	33
NO POS Cardiovascular	-	-	-	-	378	651	1,460	2,310	3,850	67
Total CTC o Tutelas	2,371	5,347	11,472	17,554	23,842	27,926	39,017	49,827	72,329	45

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS-SURA. 2000 - 2008.

Consumo de Medicamentos, POS y NO POS EPS-SURA 2000 a 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% diferencia vs 2007	2006	% diferencia 2008 vs 2007	2007 vs 2008		
	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo/ afiliado expuesto	Costo/ afiliado expuesto	Unidades /afiliado expuesto	Costo/afiliado expuesto		
GRUPO FARMACOLOGICO															
POS															
Programas especiales	0,41	0,58	0,62	0,7	0,9	0,9	0,9	252	315	1,1	307	22	248	1	-19,3
Antigotosos	0,14	0,24	0,24	0,2	0,3	0,4	0,4	27	0,6	38	0,7	47	0,7	37	-3
Antihistaminicos	4,25	5,40	4,95	6,23	4,6	4,4	4,1	339	4,1	332	3,9	276	3,3	239	-5
Antinefrecicos	11,30	4,136	12,26	4,013	10,92	9,5	9,5	1,816	9,6	1,662	9,7	1,729	8,4	1,575	1
Antiinflamatorios no esteroides	8,63	1,005	1,157	1,150	10,76	8,46	7,0	489	7,0	406	6,1	286	5,0	204	-13
Cardiovascular	16,85	2,435	33,01	2,687	37,81	2,477	41,2	2,119	50,7	21,23	54,2	21,08	56,1	21,68	-9
Gastrointestinal	6,84	1,964	12,63	1,564	12,59	1,593	12,9	1,306	15,9	1,307	16,1	1,275	14,8	1,393	-9
Metabolismo	5,21	2,257	14,39	2,289	17,80	1,977	19,1	1,955	24,1	2,591	31,3	2,755	30,4	2,590	-3
Hormonas y reguladores hormonales	3,76	2,017	10,26	1,172	2,442	8,6	1,392	7,9	1,121	8,0	1,079	8,3	1,095	8,7	-7
Organos de los sentidos	0,20	0,25	953	0,25	786	0,3	569	0,3	527	0,2	477	0,2	506	0,2	-5
Piel y mucosas	0,82	1,170	0,98	1,328	0,8	999	0,8	917	0,7	792	0,6	755	0,6	730	-17
Respiratorio	1,19	2,823	1,52	2,804	1,36	2,355	1,3	2,019	1,1	1,259	1,0	1,359	1,0	1,150	-5
Sangre	1,69	259	4,09	272	3,46	329	3,4	359	4,3	375	4,8	574	3,8	574	-15
Sistema nervioso central	13,95	2,465	21,73	2,873	24,65	3,068	26,4	3,003	31,0	3,593	32,5	3,527	36,0	3,739	-22
Vitaminas y minerales	1,64	188	2,09	2,03	166	1,9	177	2,1	163	2,3	170	2,4	159	2,1	-8
Hospitalarios (salud en casa)	0,29	1,015	0,27	1,150	0,15	1,095	0,2	1,173	0,2	2,734	0,3	3,243	0,3	3,718	11
Cáncer	0,21	1,100	0,30	962	0,33	1,353	0,4	1,421	0,5	1,592	0,6	2,420	0,6	2,600	-1
Sida	0,36	2,513	0,49	2,512	0,64	2,436	0,7	2,334	1,2	3,161	1,2	3,199	1,1	2,993	-4
Otros de uso especializado	0,13	1,124	0,28	1,138	0,36	1,707	0,6	1,738	0,7	2,195	0,9	2,222	0,9	1,931	-8
NO POS															
CTC y Tutelas Otros	0,0078	1,303	0,2737	1,888	0,5339	4,004	0,6700	6,216	0,4548	5,996	8,871	1,779	15,913	1,779	80
CTC y Tutelas Cáncer	0,0062	44,9	0,0203	1,010	0,0489	2,380	0,0488	3,330	0,0827	5,045	0,1031	11,031	0,215	16,802	61
CTC y Tutelas SIDA	0,0016	66	0,0540	439	0,0381	1,174	0,210	2,039	0,210	2,190	0,0826	1,495	0,0813	1,146	-10
CTC y Tutelas Hormona crecimiento	0,0002	259	0,0023	983	0,0036	1,116	0,0052	1,813	0,0063	1,859	0,0149	2,637	0,017	3,141	12
CTC y Tutelas Artritis	0,0000	8	0,0025	532	0,0066	1,504	0,0084	2,239	0,0093	3,697	0,0385	5,958	0,059	8,898	37
CTC y Tutelas Interferon-Imunoglobulinas	0,0005	286	0,0023	1,294	0,0032	1,918	0,0076	3,494	0,0079	3,734	0,0106	5,593	0,014	7,273	22
CTC y Tutelas Trasplantes	-	-	-	-	-	-	-	-	0,216	1,476	0,2079	2,866	0,4987	0,3447	15
CTC y Tutelas SNC	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3762	0,4775	0,4929	3,076	1,062	5,080	63
CTC y Tutelas Respiratorio	-	-	-	-	-	-	-	-	1,329	0,0225	1,183	0,0358	1,497	0,115	77
CTC y Tutelas Cardiovascular	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1923	0,2918	0,3211	2,310	0,494	3,850	54
TOTAL	77,98	31,896	63,71	35,553	142,28	39,304	144,07	41,684	69,82	99,768	172	99,768	5	99,768	-7
GRUPO FARMACOLOGICO															
POS AMBULATORIO	77	24,487	131	25,594	140	22,336	142	18,636	157	20,080	162	19,411	172	19,913	4
POS CATATROFICAS (cáncer-Sida)	1	5,038	1	4,612	1	5,496	2	5,493	2	5,623	2	7,870	3	7,524	-3
TOTAL POS	78	29,525	132	30,206	142	27,832	143	24,130	159	25,704	164	27,281	175	27,437	4
CTC O TUTELAS	0	2,371	0	5,347	1	11,472	1	17,554	1	23,842	1	39,017	4	72,331	39
TOTAL GENERAL	78	31,896	133	35,553	142	39,304	144	41,684	160	49,546	165	78,044	177	99,768	28

Costo Usuario, POS y NO POS EPS-SURA 2000 a 2008

		Años						
Grupo farmacológico		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
POS	Sistema nervioso central	3.068	3.003	3.593	3.527	3.739	3.786	3.540
	Hospitalarios (salud en casa)	1.095	1.173	1.848	2.397	2.734	3.343	3.718
	Metabolismo	1.917	1.915	2.395	2.501	2.553	2.755	2.590
	Cardiovascular	2.477	2.151	2.219	2.123	2.108	2.158	1.999
	Antiinfecciosos	2.705	2.131	2.156	1.816	1.662	1.729	1.575
	Gastrointestinal	1.593	1.455	1.469	1.306	1.317	1.375	1.397
	Respiratorio	2.355	2.187	2.019	1.519	1.299	1.359	1.150
	Hormonas y reguladores hormonales	2.642	1.392	1.121	1.079	1.095	1.227	1.354
	Piel y mucosas	1.328	909	917	792	755	730	638
	Sangre	329	359	398	598	375	574	550
	Organos de los sentidos	786	569	527	477	506	548	538
	Programas especiales	178	160	222	252	315	307	248
	Antiinflamatorios no esteroideos	846	614	596	489	406	286	204
	Antihistaminicos	623	482	414	339	332	276	239
	Vitaminas y minerales	166	117	163	170	159	146	135
	Antigotosos	29	19	22	27	38	47	37
	Sida	2.436	2.334	1.927	3.161	3.099	2.808	2.993
Cáncer	1.353	1.421	1.592	2.376	2.420	2.539	2.600	
Otros de uso especializado	1.707	1.738	2.105	2.333	2.198	2.222	1.931	
NO POS	CTC y Tutelas Cáncer	2.380	3.330	5.045	6.096	8.353	11.031	16.802
	CTC y Tutelas Otros	4.004	6.216	3.611	4.110	5.996	8.871	15.043
	CTC y Tutelas Interferon-Inmunoglobulinas	1.294	1.918	3.494	3.734	5.593	6.252	7.273
	CTC y Tutelas Artritis	1.504	2.239	2.941	3.697	4.633	5.958	8.898
	CTC y Tutelas SNC	-	-	1.527	2.235	3.076	5.080	8.259
	CTC y Tutelas Trasplantes	-	-	1.476	2.866	4.988	4.972	5.700
	CTC y Tutelas Hormona crecimiento	1.116	1.813	1.851	1.859	2.276	2.637	3.141
	CTC y Tutelas Cardiovascular	-	-	378	651	1.460	2.310	3.850
	CTC y Tutelas Respiratorio	-	-	1.329	1.183	1.497	1.997	2.661
	CTC y Tutelas SIDA	1.174	2.039	2.190	1.495	1.146	720	702
	Total	39.104	41.684	49.546	55.207	66.127	78.044	99.767

Años							
Grupo farmacológico	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
POS Ambulatorio	22.136	18.636	20.080	19.411	19.394	20.648	19.913
POS Catastróficas (Cáncer-SIDA)	5.496	5.493	5.623	7.870	7.716	7.569	7.524
TOTAL POS	27.632	24.130	25.704	27.281	27.110	28.217	27.437
CTC O TUTELAS	11.472	17.554	23.842	27.926	39.017	49.827	72.331
Total	39.104	41.684	49.546	55.207	66.127	78.044	99.768

Tasas de Mortalidad por Grupo Diagnóstico, EPS-SURA 2008

Grupo Diagnóstico	Antioquia-EC	Centro	Norte	Occidente	Total
Síntomas, signos y hallazgos anormales	42,38	26,85	45,90	46,27	43,14
Tumores	31,45	24,84	14,75	28,72	29,15
Circulatorio	25,87	16,11	26,23	38,29	25,00
Respiratorio	20,89	14,77	26,23	52,65	21,93
Infecciosas y parasitarias	9,72	3,36	4,92	4,79	8,21
Traumatismos	7,89	9,40	8,20	4,79	7,85
Digestivo	6,07	8,73	3,28	9,57	6,41
Genitourinario	4,25	6,04	3,28	6,38	4,69
Perinatal	3,04	7,38	13,11	1,60	4,06
Sistema nervioso	2,91	2,69	3,28	3,19	2,98
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,91	2,69	1,64	1,60	2,71
Congénitas	3,16	1,34	0,00	0,00	2,53
Mentales y del comportamiento	1,70	0,67	1,64	0,00	1,44
Sangre y órganos hematopoyéticos	0,85	0,00	3,28	1,60	0,90
Osteomuscular y tejido conjuntivo	0,97	1,34	0,00	0,00	0,90
Causas externas	0,49	0,67	1,64	0,00	0,54
Piel y tejido subcutáneo	0,36	0,00	0,00	0,00	0,27
Embarazo, parto y puerperio	0,12	0,00	1,64	1,60	0,27
Factores que influyen en el estado de salud	0,24	0,00	0,00	0,00	0,18
Total general	165,29	126,89	132,50	201,04	163,19

Fuente: Informe egresos hospitalarios, Risc, Salud en Casa. EPS-SURA. Año 2008.

Pareto del 80% de medicamentos NO POSEPS-SURA 2008

Descripción Prestación	Fcia Año	Costo Usuario Año	Mxs Paretos	Peso en la UPC
INTERFERON BETA	0,0098	4.256	4,3%	0,99%
RITUXIMAB	0,0009	3.666	7,9%	0,85%
INFLIXIMAB	0,0015	3.167	11,1%	0,74%
MICOFENOLATO	0,2818	3.023	14,1%	0,70%
ADALIMUMAB	0,0015	2.816	17,0%	0,65%
SOMATROPINA HORMONA CRECIMIENTO HUMANA	0,0145	2.555	19,5%	0,59%
ETANERCEPT	0,0043	2.369	21,9%	0,55%
TRASTUZUMAB	0,0711	2.290	24,2%	0,53%
IMATINIB	0,0099	2.000	26,2%	0,46%
TACROLIMUS	0,0794	1.350	29,4%	0,31%
TEMOZOLAMIDA	0,0024	1.245	30,7%	0,29%
BEVACIZUMAB	0,0005	1.170	31,8%	0,27%
INMUNOGLOBINA HUMANA	0,0011	1.069	32,9%	0,25%
BOSENTAN	0,0039	1.051	35,0%	0,24%
DORNASA ALFA	0,0063	1.011	37,1%	0,23%
TOXINA	0,0008	736	40,3%	0,17%
PALIVIZUMAB	0,0003	715	41,0%	0,17%
LEVETIRACETAM	0,1100	696	41,7%	0,16%
PREGABALINA	0,1918	670	43,0%	0,16%
OCTREOTIDA	0,0016	668	43,7%	0,16%
NEOCATE ADVANCE	0,0019	630	44,3%	0,15%
NUTRICION ENTERAL	0,0478	628	44,9%	0,15%
INSULINA GLARGINA	0,0048	589	45,5%	0,14%
RISPERIDONA	0,0757	566	46,1%	0,13%
LEFLUNOMIDA	0,0517	545	46,6%	0,13%
TERIPARATIDE	0,0004	540	47,2%	0,13%
LAMOTRIGINA	0,1391	540	47,7%	0,13%
CLOPIDOGREL	0,2204	531	48,3%	0,12%
IMIGLUCERASA	0,0004	514	49,8%	0,12%
DASATINIB	0,0030	509	50,3%	0,12%
TOBRAMICINA	0,0021	495	50,8%	0,12%
GEMCITABINA	0,0008	489	51,3%	0,11%
VENLAFAXINA	0,0746	475	52,3%	0,11%
MILRINONE	0,0020	452	53,7%	0,10%
EVEROLIMUS	0,0149	444	54,1%	0,10%
DOXORRUBICINA LIPOSOMAL	0,0100	427	55,0%	0,10%
TOPAMAC	0,1039	418	55,8%	0,10%
SOMATROPINA 36 U.I.	0,0007	393	57,0%	0,09%
SORAFENIB	0,0034	389	57,4%	0,09%
IRINOTECAN	0,0006	388	57,8%	0,09%
BORTEZOMIB	0,0001	376	58,6%	0,09%
GAMAGLOBULINA	0,0004	371	58,9%	0,09%
OXALIPLATINO	0,0008	371	59,3%	0,09%
SIROLIMUS	0,0158	367	59,7%	0,09%
ABACAVIR +LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA	0,0368	363	60,0%	0,08%
LINEZOLIDE	0,0017	349	60,8%	0,08%
PEGFILGRASTIM	0,0002	338	63,2%	0,08%
GADOPENTETATO DE DIMEGLUMINA	0,0012	337	63,5%	0,08%
GOSERELINA ACETATO	0,0003	333	63,8%	0,08%
ILOPROST TROMETAMINA	0,0037	333	64,2%	0,08%
GABAPENTINA	0,1693	322	64,8%	0,07%
LEUPROLIDA ACETATO	0,0010	319	65,5%	0,07%
QUETIAPINA	0,0519	294	66,1%	0,07%
ATORVASTATINA	0,0872	293	66,4%	0,07%
HEMATINA	0,0000	292	66,7%	0,07%
TEMOZOLOMIDA	0,0011	287	67,8%	0,07%
VORICONAZOL	0,0021	282	68,1%	0,07%
EZETIMIBA	0,0550	276	68,4%	0,06%
SUNITINIB MALEATO	0,0009	274	68,6%	0,06%
FILGASTRIN	0,0009	268	69,7%	0,06%
ENFUVIRTIDA	0,0031	266	70,0%	0,06%
SUMATRIPTAN	0,0083	258	70,5%	0,06%
ANASTROZOL	0,0131	253	71,3%	0,06%
FLUTICASONA PROPIONATO	0,0023	248	71,8%	0,06%
ATAZANAVIR	0,0133	237	72,5%	0,06%
LETROZOL	0,0109	236	72,7%	0,05%
DEFERASIROX	0,0022	235	73,0%	0,05%
NOREPINEFRINA	0,0093	229	73,2%	0,05%
MEMANTINA	0,0463	225	73,4%	0,05%
ESCITALOPRAM	0,0507	224	73,7%	0,05%
CIPROFIBRATO	0,0496	223	73,9%	0,05%
TOPIRAMATO	0,0284	222	74,1%	0,05%
ARIPIRAZOL	0,0099	207	75,0%	0,05%
PILOCARPINA	0,0456	202	75,2%	0,05%
CAPECITABINA	0,0094	201	75,4%	0,05%
DOMPERIDONA	0,0272	198	75,6%	0,05%
SOMATROPINA	0,0015	194	76,1%	0,05%
DONEPEZILO	0,0119	188	76,5%	0,04%
MEDIO DE CONTRASTE GADOLINIO	0,0007	187	76,7%	0,04%
CASPOFUNGINA	0,0002	187	76,9%	0,04%
CETUXIMAB	0,0002	187	77,1%	0,04%
RILUZOLE	0,0056	186	77,5%	0,04%
LATANOPROST	0,0022	184	77,6%	0,04%
OLANZAPINA	0,0506	177	78,2%	0,04%
RISEDRONATO	0,0043	172	78,4%	0,04%
CEFEPIMA	0,0022	166	78,9%	0,04%
OXCARBACEPINA	0,0645	159	79,5%	0,04%
BICALUTAMIDA	0,0066	158	79,8%	0,04%
ATOMOXETINA CLORHIDRATO	0,0147	155	80,0%	0,04%
TOTAL		58.894	50	13,68%

Indicadores Resolución 412, EPS-SURA 2003 a 2007

INDICADORES 412	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	META 412
Vacunación HB	114%	149%	130%	116%	110%	90%
Vacunación DPT	120%	174%	175%	165%	106%	90%
Control de placa	44%	42%	40%	44%	45%	20%
Sellantes	30%	29%	33%	40%	44%	20%
Partos	97%	93%	95%	91%	90%	90%
Vacuna triple viral posparto y posaborto	67%	112%	835%*	120%	113%	90%
TSH en el recién nacido	80%	91%	95%	90%	90%	90%
Consulta recién nacido 72 horas	90%	92%	95%	91%	90%	90%
Consulta de planificación primera vez	63%	82%	85%	91%	89%	80%
Consulta control palnificación familiar	34%	88%	103%	110%	80%	50%
Vasectomía	126%	115%	156%	207%	185%	80%
Tubectomía	32%	32%	50%	55%	88%	80%
Consulta de control y desarrollo primera vez	80%	90%	98%	88%	93%	80%
Consulta de control y desarrollo control	50%	59%	72%	72%	71%	50%
Consulta de alteraciones de joven	51%	100%	99%	107%	90%	20%
Consulta control prenatal ingreso	82%	95%	104%	122%	129%	85%
Consulta control prenatal	540%	523%	420%	616%	250%	85%
Consulta adulto	65%	100%	99%	108%	87%	40%
Citología	65%	76%	69%	80%	85%	80%
Mamografía	60%	56%	64%	76%	85%	20%
Agudeza visual	27%	96%	99%	123%	97%	20%
Valoración oftamólogo	27%	35%	38%	69%	51%	20%
Detección de sífilis congénita	204%	202%	192%	199%	221%	85%

Fuente: Informes 412. Años 2003 a 2007.

*Campañas de vacunación Sarampión y Rubeola

Mayor de 100 %	Mayor de 100 %
OPTIMO	Límite superior meta hasta 100 %
ACEPTABLE	Meta más o menos 5 %
DEFICIENTE	Límite inferior aceptable hasta 50 % de la meta
MUY DEFICIENTE	menos de 50 % de la meta

Indicadores Básicos de Salud, EPS-SURA 2001 a 2008

Indicador	Sumailud 2001	Colombia 2001	Sumailud 2002	Colombia 2002	Sumailud 2003	Colombia 2003	Sumailud 2004	Colombia 2004	Sumailud 2005	Colombia 2005	Sumailud 2006	Colombia 2006	Sumailud 2007	Colombia 2007	Sumailud 2008	Colombia 2008
Tasas																
Tasa Bruta de Natalidad (por 1.000 habitantes)	15,6	22,4	14,6	22,4	13,9	22,3	14,0	22,3	14,4	20,0	13,6	20,0	12,1	19,86	12,7	81,0%
Tasa Fecundidad General (por 1.000 mujeres 15 a 49 años)	48,6	91,0	46,2	44,0	43,9	54,6 0*	44,8	83,0	46,3	83,0	44,0	83,0	39,1	83,00	41,4	92,2%
Tasa Mortalidad General (por 100.000 habitantes)	126,3	444,0	146,2	444,0	192,5	546,0*	223,4	546,0*	203,4	440,7	209,4	440,7	204,9	440,70	199,4	92,7%
Tasa Mortalidad Neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	4,8	29,4	4,8	29,4	2,3	29,4	7,4	29,4	4,4	29,4	4,4	29,4	4,3	29,4	4,3	81,0%
Tasa Mortalidad Perinatal (por 1.000 nacidos vivos)	4,8	29,4	4,8	29,4	2,3	29,4	7,4	29,4	4,4	29,4	4,4	29,4	4,3	29,4	4,3	92,2%
Razón Mortalidad Perinatal (por 1.000 nacidos vivos)	0,23	0,984	0,26	0,844	0,0	0,844	0,17	0,844	0,32	0,787	0,15	0,731	0,21	0,73	0,28	81,0%
Tasa incidencia TBC (por 100.000 habitantes)	8,97	24,2	16,40	24,0	19,20	25,8	20,20	22,1	18,8	25,2	20,0	24,6	20,6	24,64	22,8	92,4%
Tasa incidencia VIH/SIDA (por 100.000 habitantes)	19,3	5,5	20,8	5,1	16,4	4,3	16,7	9,7	17,7	10,5	19,4	8,2	21,4	8,17	21	81,0%
Razón hombre/mujer caso VIH-SIDA	7/1	3/1*	7/1	3/1*	8/1	3/1*	7/1	3/1*	7/1	3/1*	6/1	3/1*	6/1	3/1*	6/1	92,4%
Prevalencia de bajo peso al nacer (< 2.500 gm)	8,0%	7,0%	7,7%	7,3%	8,6%	7,5%	6,1%	7,6%	6,5%	7,9%	7,6%	7,9%	7,2%	8,10	8,0%	92,4%
Cobertura inmunización en menores 1 año																
DPT (anti-difteria, tétanos, hepatitis B)	84,2%	77,6%	86,6%	80,5%	84,8%	91,5%	86,5%	89,3%	87,7%	86,8%	92,5%	93,5%	93,0%	93,5%	94,0%	81,0%
OPV-3 (anti-polio)	87,0%	80,5%	89,0%	82,5%	84,4%	92,2%	81,6%	89,4%	90,4%	86,8%	90,4%	93,9%	95,0%	93,9%	97,0%	92,2%
BCG (anti-tuberculosis)	92,5%	84,8%	90,5%	87,2%	86,4%	96,7%	87,7%	93,1%	86,8%	87,4%	87,1%	93,8%	90,0%	95,8%	95,0%	92,7%
Anti hepatitis B	84,2%	78,1%	86,5%	78,3%	83,7%	91,8%	82,5%	89,6%	87,0%	86,8%	89,5%	93,5%	95,0%	93,5%	97,0%	81,0%
Hib (anti-hemophilus influenzae tipo B)	75,7%	53,6%	81,0%	68,9%	82,1%	92,6%	82,1%	89,6%	86,9%	86,7%	88,5%	93,4%	95,0%	93,4%	90,0%	81,0%
TVI (anti-sarampión, rubéola, parotiditis)	107,0%	85,5%	94,9%	93,3%	100,0%	93,5%	86,7%	92,3%	97,9%	89,1%	93,5%	95,4%	94,0%	95,4%	95,0%	92,4%

Fuentes:

*Tasas estimadas. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2001-2008. Ministerio de la Protección Social.

Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2001-2008. Ministerio de la Protección Social.

**Programa Nacional de Prevención y Control ITS/SIDA. Instituto Nacional de Salud. 2002.



8002

EPS | **sura** 

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.