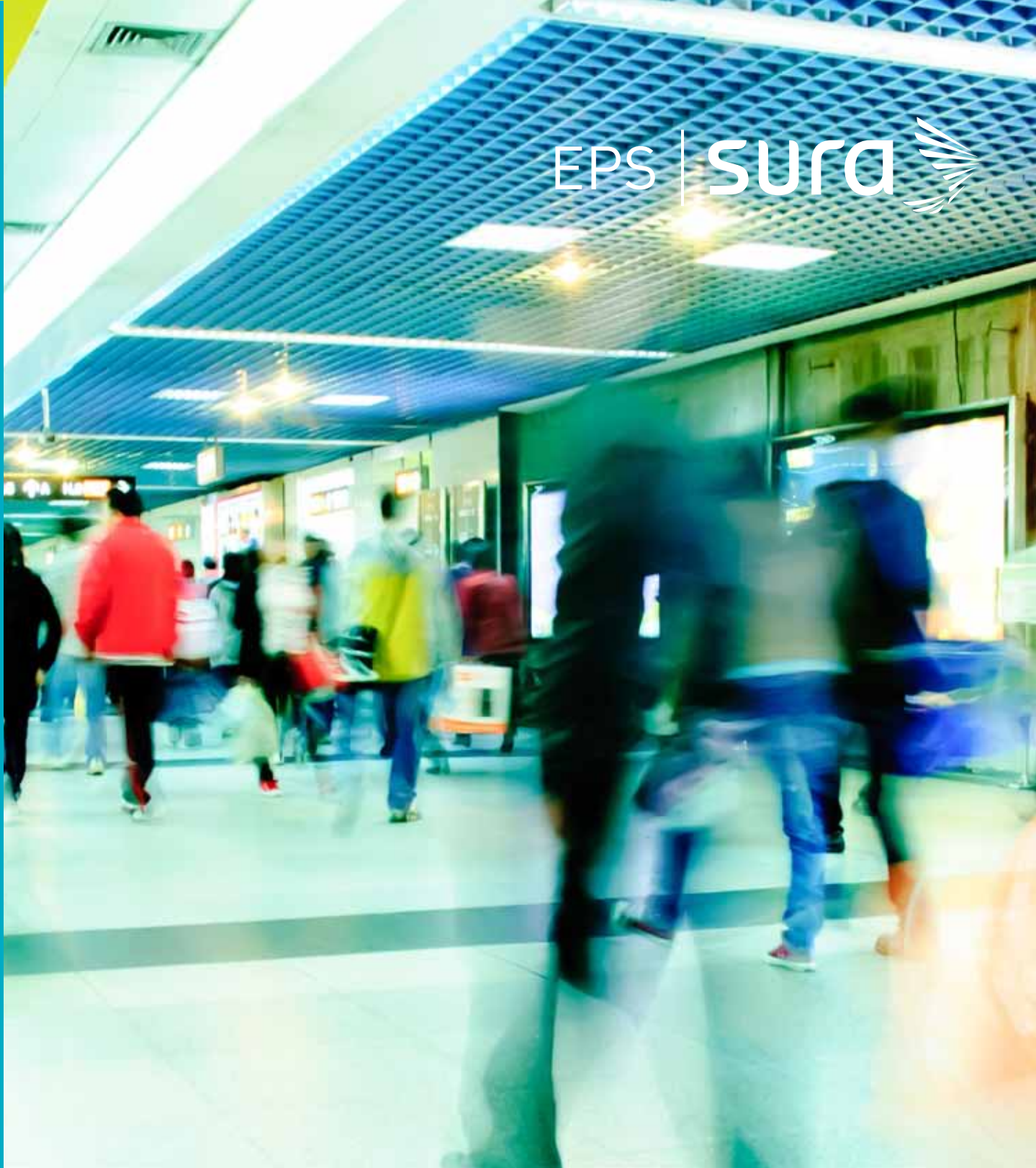


**La salud de nuestros  
afiliados al POS de EPS SURA**  
**2010**



CAPÍTULO 1

# Características demográficas

afiliados al POS de EPS SURA





# Introducción

El interés por conocer la situación de salud de los afiliados al POS contributivo de la EPS, ha llevado a SURA a elaborar y publicar cada año un documento titulado “Diagnóstico del Estado de Salud de los Afiliados a la EPS SURA”, en el que se pone a disposición del sector salud y la comunidad en general, una serie de indicadores que resumen los datos más relevantes para los usuarios de información sanitaria de los niveles político, técnico y administrativo; y con los cuales se pretende facilitar el diseño y la aplicación de estrategias de intervención más específicas y de alto impacto social, mejorar el balance entre las actividades curativas y preventivas en el modelo de atención, realizar una evaluación ligada al peso específico de los factores de riesgo o protectores de la salud, identificar áreas de responsabilidad compartida con otros actores sociales, mejorar la capacidad de negociación, y racionalizar la inversión en salud identificando áreas de alto rendimiento social.

Los indicadores básicos seleccionados, y actualizados cada año, hacen referencia a aspectos: demográficos, mortalidad, morbilidad, indicadores de cumplimiento y de calidad. Ellos se presentan en cifras nacionales, y en algunos casos desagregados por regionales y municipios, facilitando el conocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de género, edad, distribución geográfica, uso y calidad de los servicios de salud.

Para construir los indicadores se tuvieron en cuenta las utilidades realizadas durante 2010, por 1.217.884 afiliados expuestos<sup>1</sup>, información que se encuentra disponible en los sistemas de operación, prestación del servicio y de almacenamiento, sistemas con múltiples aplicativos sincronizados que permiten ser utilizados por cada área o usuario en el seguimiento de sus procesos.



Para cualquier ampliación de información, sugerencias, correcciones y aportes, comuníquese con la coordinación de salud pública de SURA EPS, a través del correo electrónico: [mcanaveral@sura.com.co](mailto:mcanaveral@sura.com.co)

1 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. Entorno

## 1.1 Indicadores en salud para el mundo, América Latina y Colombia

En el año 2009, la población mundial fue estimada en 6.775,2 millones de personas<sup>2</sup>, de los cuales un 82% (cerca de 5.500 millones) vivían en regiones clasificadas por las Naciones Unidas como menos desarrolladas. La población mundial viene creciendo a una tasa anual de 1,2% y se espera que para el año 2050, esta población alcance los 9.300 millones, de los cuales el 86% vivirán en las regiones menos desarrolladas<sup>3</sup>.

Al comparar las cifras registradas en 2009 para el mundo, América Latina y Colombia, se ve como Colombia presenta la mayor proporción de población entre 0 y 14 años y la menor de 65 y más años, de igual manera, también registra una de las más altas esperanzas de vida, tasa de fertilidad total y en adolescentes y las menores tasas de mortalidad general, mortalidad en menores de 5 años y mortalidad materna, cuadro 1.

**Cuadro 1. Indicadores en salud. El mundo, América Latina y el Caribe, Colombia. 2009.**

Indicador	Mundo	América Latina	Colombia
Población, total (millones)	6,775.2	578.9	45.7
Crecimiento de la población (% anual)	1.2	1.1	1.4
Población de 65 años de edad y más (% del total)	7.5	6.8	5.5
Población entre 0 y 14 años de edad (% del total)	27.2	28.1	29.2
Esperanza de vida al nacer, total (años)	69.2	73.6	73.2
Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)	2.5	2.2	2.4
Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años)	50.3	70.7	72.3
Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas)	8.2	6.0	5.5
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000)	61.0	22.6	18.9
Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por 100.000 nacidos vivos)	260.0	85.1	85.0

**Fuente:** Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, OMS, Banco Mundial, PNUD, universidades e instituciones de investigación). 2009.



En el año 2007, Ministros y Directores de Salud del continente se dieron cita en la ciudad de Panamá en el lanzamiento de la “Agenda de la Salud”, iniciativa que analizó la situación de la salud en el hemisferio y trazó acciones para la década 2008-2017<sup>4</sup>.

2. Banco Mundial. Indicadores del desarrollo mundial 2009. [acceso 9 de junio de 2011]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>
3. Thoraya Ahmed Obaid. Estado de la población mundial 2009. Nov 2009. [acceso 17 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.onu.org.pe/Publico/Mensajes/20091118\\_epm2009unfpa.aspx](http://www.onu.org.pe/Publico/Mensajes/20091118_epm2009unfpa.aspx)
4. Lanzamiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Panamá, Jun 2007 [acceso 17 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/D/Panama\\_AgendaSalud.htm](http://www.paho.org/Spanish/D/Panama_AgendaSalud.htm)

Dicha agenda es un instrumento político de alto nivel, diseñado para orientar la acción colectiva, a través de la elaboración de los planes estratégicos de organizaciones interesadas en cooperar, y cuenta con el apoyo de socios nacionales e internacionales que desean contribuir a mejorar la salud de los pueblos de la región<sup>5</sup>.

Las áreas acción descritas en esta agenda fueron:

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional.
- Abordar los determinantes de la salud.
- Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
- Disminuir las desigualdades y las inequidades en salud entre los países y a su interior.
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad.
- Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud.
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- Fortalecer la seguridad alimentaria.

En Colombia, en el mes de marzo de 2011 se publicó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada por Profamilia cada cinco años desde 1990. En esta ocasión se contó con la información suministrada en 51.447 hogares, entre noviembre de 2009 y el mismo mes de 2010<sup>6</sup>.

Los datos existentes de las encuestas realizadas en los años 2000, 2005 y 2010, permitieron medir el impacto de la política social ejecutada por el gobierno Nacional existente en cada uno de los periodos, haciendo posible que los analistas de la política social hagan su análisis sobre resultados técnicamente medidos.

Algunos de los resultados de la encuesta de 2010, comparados con los de 2005 fueron:

- El aseguramiento en salud se incrementó, pasó del 59,0% al 88,0% de la población.
- La desnutrición global en menores de cinco años bajó, pasó de 5,4% a 3,4%.
- La tasa de deserción escolar en primaria se redujo un poco más del 50,0%.
- El porcentaje de mujeres que han asistido o completado educación superior aumentó 20,0%.
- Las mujeres que asistieron o terminaron educación superior entre 2000 y 2010, aumento en un 60,0%.
- Los embarazos en mujeres menores de 20 años, que venían aumentando hasta llegar a 21,0%, cambiaron la tendencia con una disminución cercana al 10,0%.
- La mortalidad infantil se redujo del 21,0% a 16,0%.
- La tasa de mortalidad perinatal bajó del 24,0% a 14,0%.
- La cobertura de niños con edades entre 12 y 23 meses que cuentan con carnet de vacunación aumentó, pasó de 58,0% a 80,0%.

Otros indicadores importantes arrojados por la encuesta fueron.

- La tasa de mortalidad infantil fue de 18 muertes por cada mil nacimientos.
- El 19% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya era madre o estaba embarazada de su primer hijo. En la encuesta de 2010, el embarazo en adolescentes en Colombia disminuyó 1 punto porcentual respecto al año 2005 cuando fue 20%.
- El 12% de la población de Colombia no tenía ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Un 44% estaba afiliado a una EPS Subsidiada, un 40% a una EPS y un 12% a una ARP.
- El 3% de los niños colombianos padecían desnutrición global, es decir bajo peso para la edad.



---

5. OPS. Agenda de Salud de las Américas. María Teresa Cerqueira, 2009. [acceso 17 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.iamericas.org/presentations/workshops/Merck09/Maria\\_Cerqueira.pdf](http://www.iamericas.org/presentations/workshops/Merck09/Maria_Cerqueira.pdf)

6. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 23 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)



En Colombia, en los últimos años, se han generado cambios importantes de la normatividad, especialmente el relacionado con la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, que obliga al gobierno al cumplimiento de una serie de exigencias y a hacer aclaraciones respecto al plan de beneficios (POS), tendientes a la unificación de los planes de beneficios de 9,6 millones de menores de 18 años afiliados al régimen subsidiado.

Por otro lado, desde el año 2008 entró en funcionamiento la PILA (Sistema integrado de pago de aportes a la Seguridad Social), la cual asegura que los pagos correspondientes a ARP, pensión, ICBF y salud, se realicen sobre una misma base de liquidación, además de los beneficios del proceso en tiempos y calidad que da la automatización.

## 1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia

La ley 100 de 1993 definió la reforma que dio lugar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten bajo la supervisión y regulación del Estado, por el aseguramiento de la población bajo el esquema de “Competencia Regulada”, dicho esquema, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud<sup>7</sup>.

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993 y, a la meta definida, tanto en la Ley 1122 de 2007, como en el Plan de Desarrollo y el Plan Colombia 2019, a partir del año 2000 el SGSSS debería dar cobertura al 100% (aseguramiento universal) de la población colombiana a través de dos regímenes:

1. **El régimen contributivo**, que vincula a los trabajadores formales, los independientes, los pensionados y a sus familias, y se financia con contribuciones de los empleadores y empleados, y
2. **El régimen subsidiado**, que vincula a la población pobre y vulnerable previamente identificada por el Estado, y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Sin embargo, en 2010, donde la cobertura alcanzada fue de 88,7%, no se había alcanzado la cobertura universal, lo cual se puede explicar por la falta de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo<sup>8</sup>.

---

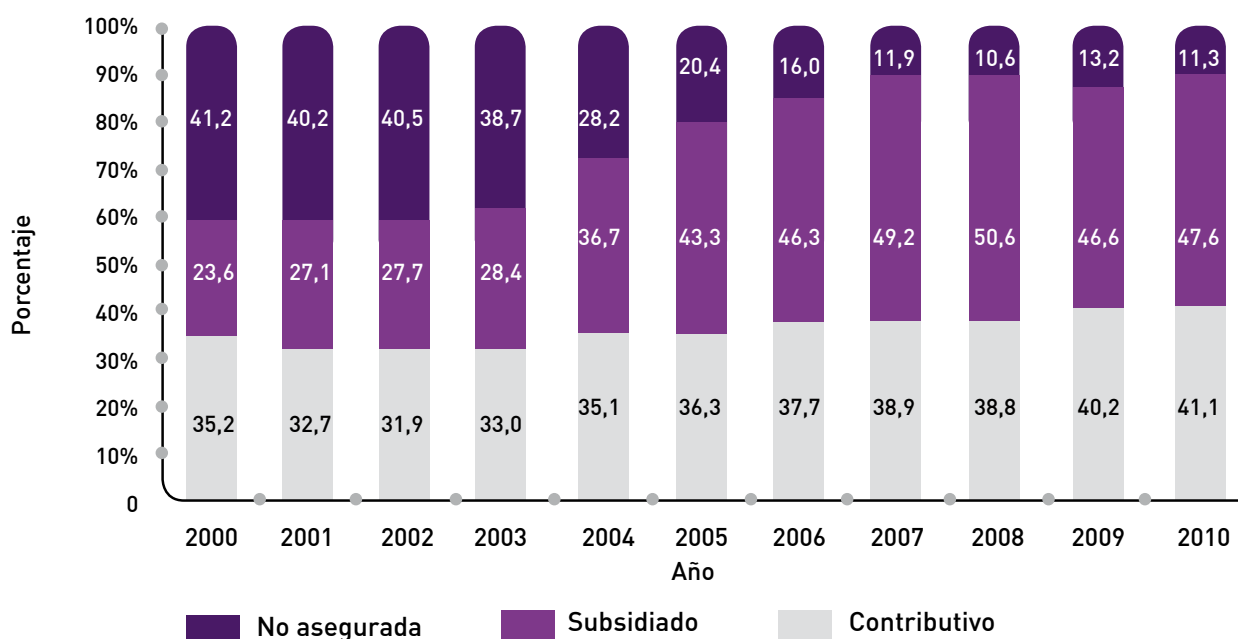
7. Orozco Africano, J.M. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. [acceso 9 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008b/386/Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.htm>.

8. Orozco Africano, J.M. Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. [acceso 9 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2008b/386/Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.htm>.

### 1.2.1 Indicadores de aseguramiento

Las cifras de la población asegurada al SGSSS en Colombia, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado, gráfica 1, muestran como el porcentaje de población asegurada ha aumentado significativamente en los últimos diez años, pasó del 58,8% en 2000 a 88,7%<sup>9</sup> en el año 2010. Si se toma la población colombiana proyectada por el DANE<sup>10</sup> para el año 2010, la cual fue de 45.508.205 habitantes, se tiene que hay cerca de 5,15 millones de habitantes por fuera del sistema de salud. Sin embargo, el incremento en el aseguramiento al SGSSS ha ocurrido a expensas del incremento en el régimen subsidiado, el cual paso de 23,6% en el 2000 a 47,6% en 2010 (24 puntos porcentuales), pues para el régimen contributivo el incremento de afiliación fue de sólo seis puntos porcentuales, pasó de 35,2% a 41,1% en los respectivos años. De éstos, el 6,7% se encontraba afiliado al POS de la EPS SURA en el año 2010.

**Gráfica 1. Aseguramiento SGSSS. Colombia. 2000-2010**



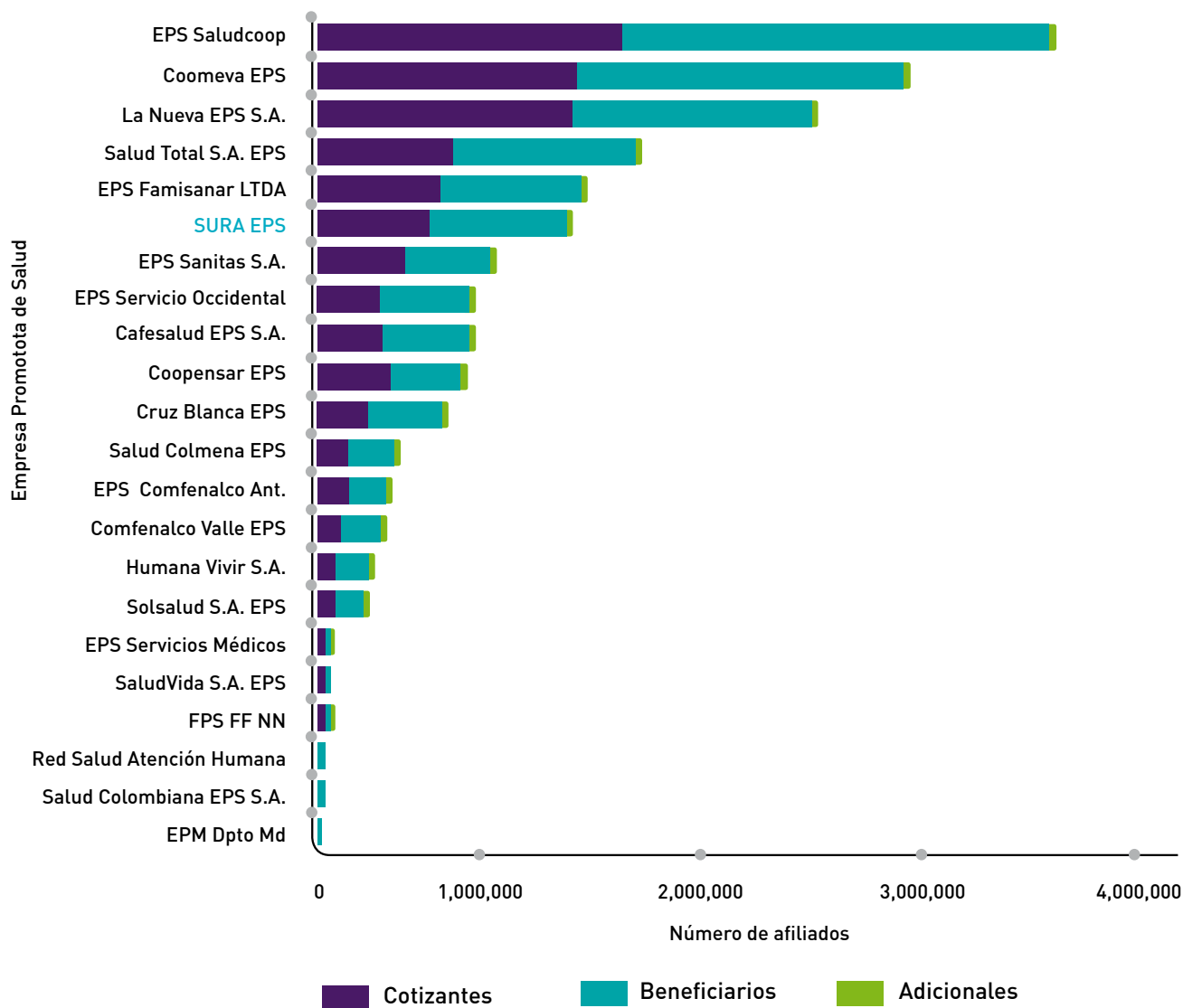
Fuente: Indicadores aseguramiento<sup>11</sup>.



Por EPS, y según el número de afiliados compensados, la EPS SURA ocupa el sexto lugar respecto a las otras Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), con el 6,7% del total de afiliados al régimen contributivo<sup>12</sup>, en 2009, tenía un total de 1.168.639 afiliados, 580.067 cotizantes (49,6%), 581.428 beneficiarios (49,8%) y 7.144 afiliados adicionales (0,6%), gráfica 2.

9. Indicadores de aseguramiento. [acceso 18 mayo 2011]. Disponible en: [http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=199:porcentaje-de-cobertura-de-afiliacion-al-regimen-contributivo&catid=59:Indicadores&Itemid=73](http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=199:porcentaje-de-cobertura-de-afiliacion-al-regimen-contributivo&catid=59:Indicadores&Itemid=73)
10. DANE. Colombia Proyeccion Municipios 2005 – 2020. [acceso 18 mayo 2011]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/daneweb\\_V09/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)
11. Así vamos en salud. [acceso 18 mayo 2011]. Disponible en: [http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=76:Los%20Socios&catid=28:Socios&Itemid=44](http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=76:Los%20Socios&catid=28:Socios&Itemid=44)
12. Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación – Consorcio FIDUFOSYGA. Dirección General de Planeación y Seguimiento de Política – Grupo de Sistemas de Información, con corte a diciembre de 2009. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. [acceso 28 mayo 2011]. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo19746DocumentNo13478.PDF>

**Gráfica 2. Promedio anual afiliados compensados por EPS o EOC. Diciembre 2009**



**Fuente:** Reporte de EPS a través del Proceso de Compensación - Consorcio FIDUFOSYGA. Dirección General de Planeación y Seguimiento de Política - Grupo de Sistemas de Información, con corte a diciembre de 2009. Cálculos Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. [acceso 18 mayo 2011]. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo19746Document-No13478.PDF>



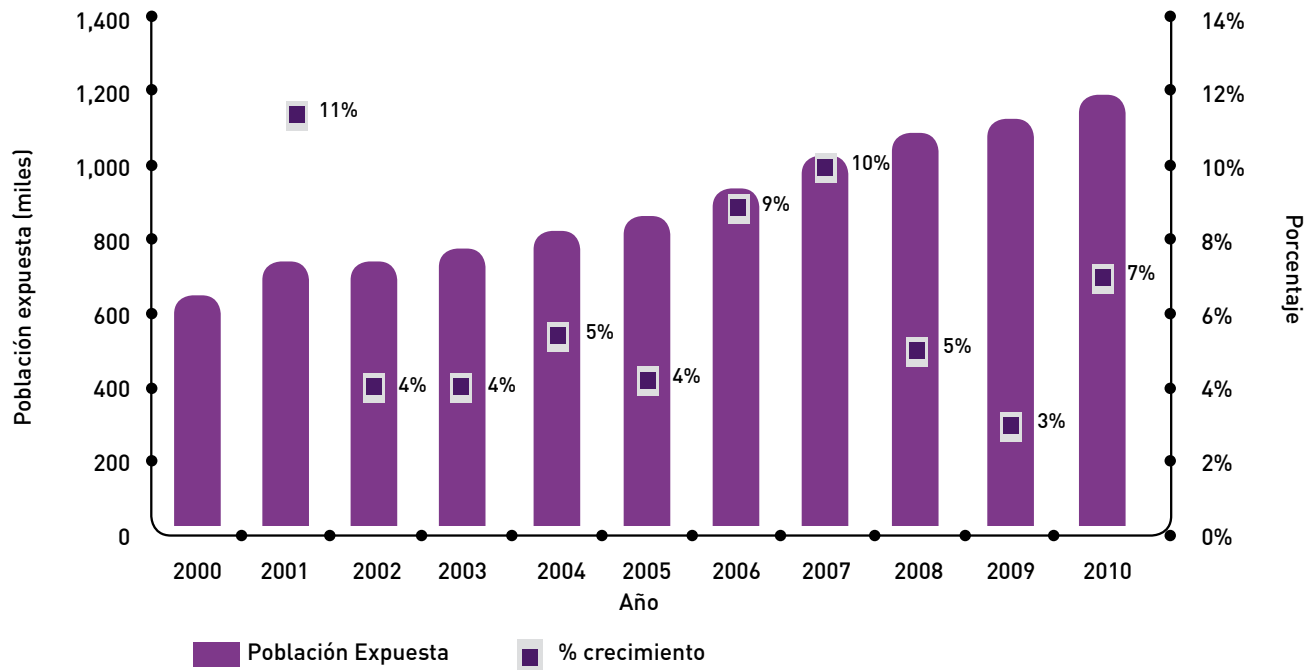
### 1.3 Afiliados expuestos<sup>13</sup> al POS de EPS SURA

Desde sus inicios, la población afiliada a la EPS SURA ha venido creciendo, en 1995 terminó el año con 385.322 afiliados y once años después ya contaba con el millón de afiliados. En diciembre de 2010 el número promedio de afiliados expuestos al POS fue de 1.217.884, esto es 7,0% más que los registrados en diciembre del año inmediatamente anterior, donde se tenían 1.138.454 afiliados expuestos, gráfica 3.

13. Un afiliado expuesto equivale a una exposición de 365 días al servicio. Es decir, si tengo 12 afiliados y cada uno solo estuvo un mes; esto equivale a tener un afiliado expuesto. Si tengo un afiliado que estuvo 200 días y otro que estuvo 165 días, tengo también un afiliado expuesto.



Gráfica 3. Crecimiento población expuesta POS de EPS SURA 2000 a 2010



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2000-2010.



### 1.3.1 Distribución espacial de los afiliados al POS de EPS SURA según regional

En 2010, al igual que todos los años anteriores, la regional Antioquia - Eje Cafetero (EC) fue la que tuvo la mayor proporción de afiliados expuestos con el 72,2% (879.737 afiliados), seguida de la regional centro con el 14,1% (171.750), gráfica 4. Sin embargo, la regional que más creció en sus afiliados fue la regional Norte, la cual registró un incremento del 16% respecto al año 2009, cuadro 2 y gráfica 4.

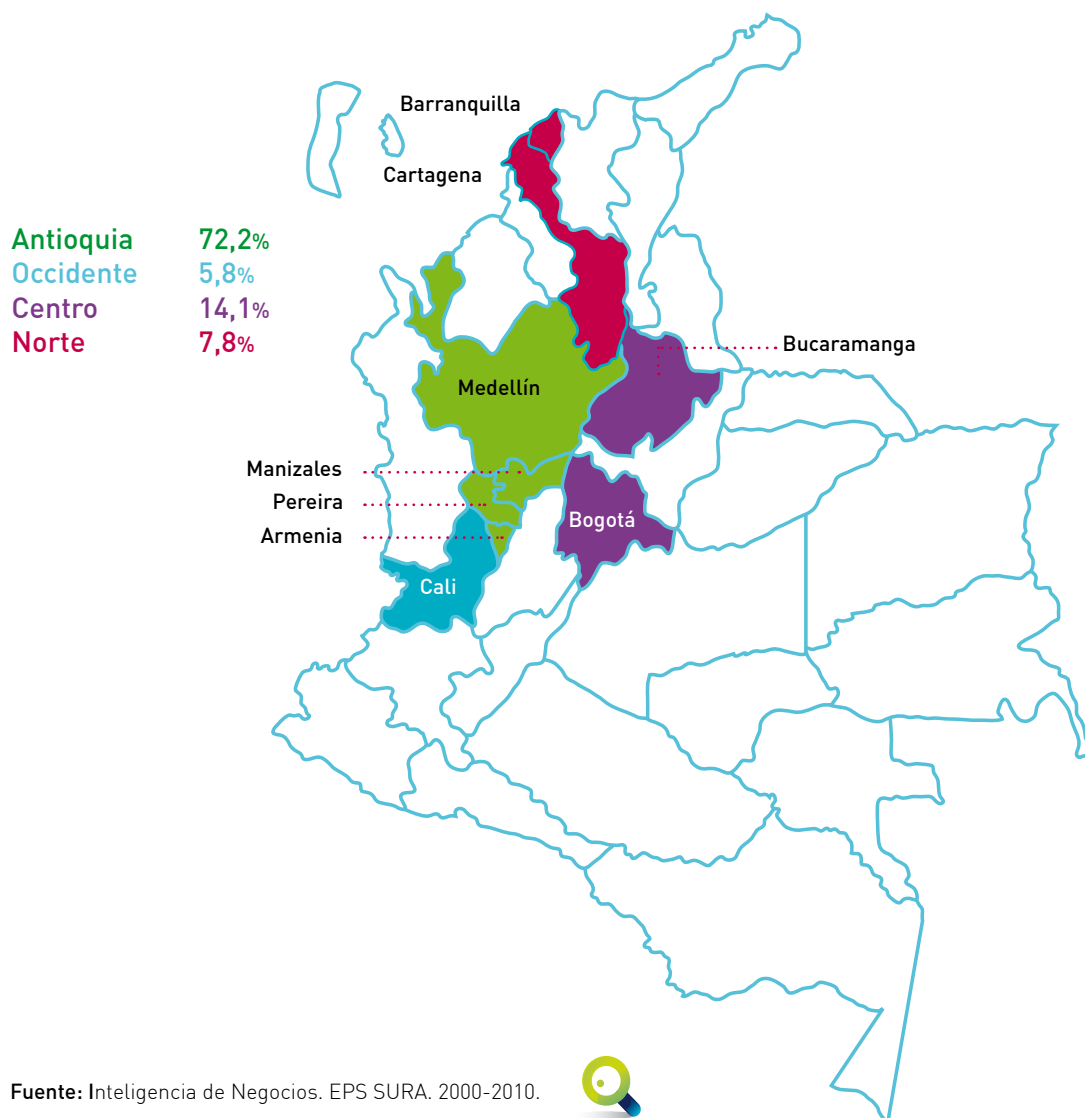
Cuadro 2. Afiliados por sexo y regional. POS de EPS SURA 2009-2010

Regional	Mujer			Hombre			Total		
	Año 2009	Año 2010	Variación 2010-2009	Año 2009	Año 2010	Variación 2010-2009	Año 2009	Año 2010	Variación 2010-2009
Antioquia - EC	438.09	462.645	6%	395.573	417.092	5%	833.663	879.737	6%
Centro	80.651	87.849	9%	77.119	83.901	9%	157.770	171.750	9%
Norte	42.057	48.703	16%	39.625	46.356	17%	81.682	95.059	16%
Occidente	34.731	37.858	9%	30.608	33.479	9%	65.339	71.337	9%
Total general	595.529	637.055	7%	542.925	580.828	7%	1.138.454	1,217,884	7%

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2000-2010.



**Gráfica 4. Distribución porcentual de los afiliados. POS de EPS SURA 2010**



### 1.3.2 Red de atenciones de EPS SURA 2010

Después de realizar la afiliación de los cotizantes y sus grupos familiares, las EPS deben asumir el deber de administrar su riesgo en salud y de prestar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) directamente, a través de sus IPS, o indirectamente, mediante contratación con terceros.

El decreto 4747 y la resolución 3047 de 2008, establecen las condiciones y requisitos mínimos para garantizar la integridad de la atención de los usuarios en salud, los cuales deben ser tenidos en cuenta entre la relación de los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los mismos.

EPS SURA dando cumplimiento a lo normado, ha dispuesto para el servicio de sus afiliados al POS, de 836 (3% más que en 2009) instituciones con diferentes niveles de complejidad, red de proveedores con características de oportunidad, accesibilidad y suficiencia, cuadro 3.



Cuadro 3. Red de proveedores por ciudad. POS de EPS SURA 2010

Regional	IPS Básica	Clínicas y hospitales	Médicos Sucita	Médicos actividades	Centros diagnóstico	Farmacias	Otros	Total
Medellín	44	48	111	34	36	41	28	342
Bogotá	18	28	18	8	21	18	8	119
Cali	8	18	17	33	12	7	11	106
Barranquilla	6	22	23	24	22	8	12	117
Cartagena	2	11	4	0	4	5	4	30
Manizales	1	9	0	2	7	3	1	23
Pereira	1	13	0	5	14	2	4	39
Bucaramanga	1	10	0	1	4	3	1	20
Armenia	1	7	0	3	5	1	2	19
Nacional							21	21
<b>Total 2010</b>	<b>82</b>	<b>166</b>	<b>173</b>	<b>110</b>	<b>125</b>	<b>88</b>	<b>92</b>	<b>836</b>
<b>Total 2009</b>	<b>77</b>	<b>164</b>	<b>161</b>	<b>112</b>	<b>124</b>	<b>86</b>	<b>88</b>	<b>812</b>

Fuente: Coordinación Nacional de Contratación y Estudios Económicos EPS SURA 2010



Al comparar la red de proveedores con el año inmediatamente anterior, se observan los mayores incrementos en: médicos Sucita el 7,5% e IPS Básicas el 6,5%, cuadro 3.

### 1.3.3 Red de IPS por regional EPS SURA 2010

De acuerdo a la red de IPS, en 2010 la EPS SURA estuvo presente en:  
**Regional Antioquia-EC**, cuatro departamentos, 19 municipios y ofreció sus servicios a 879.737 afiliados.  
**Regional Centro**, dos departamentos, seis municipios y 171.750 afiliados.  
**Regional Norte**, dos departamentos, tres municipios y 95.059 afiliados.  
**Regional Occidente**, un departamento, cuatro municipios y 71.337 afiliados.

Para prestar la atención inicial a sus afiliados, EPS SURA contó con 120 instituciones prestadoras de salud del nivel básico, 89 adscritas (74,2%) y 32 propias (25,8%), ubicadas en nueve departamentos y un total de 34 municipios, cuadro 4.

**Cuadro 4.** Distribución de IPS por Regional. POS de EPS SURA 2010

Regional	IPS Básica Adscritas	IPS Básica Propia	Clínicas y Hospitales	Total
<b>Antioquia EC</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>74</b>	<b>121</b>
Apartado	1			1
Barbosa	1			1
Bello	2	1	2	5
Caldas	1		1	2
Don Matías	1		1	2
Envigado	2		2	4
Girardota	1		1	2
Guarne	1			1
Itagüí	3	1	2	6
La Ceja	1		2	3
Marinilla	1			1
Medellín	12	9	29	50
Rionegro	1	2	3	6
Sabaneta	1			1
Santa Rosa Osos	1		1	2
Yarumal	1		1	2
Armenia	1		7	8
Manizales	1		10	11
Pereira	1		12	13
<b>Centro</b>	<b>50</b>	<b>7</b>	<b>36</b>	<b>93</b>
Bogotá	34	5	24	63
Bucaramanga	10	1	10	21
Chía	2		1	3
Facatativá	1		1	2
Madrid		1		1
Zipaquirá	3			3
<b>Norte</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>41</b>
Barranquilla	1	5	22	28
Cartagena	2		11	13
<b>Occidente</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>26</b>
Buga		1	1	2
Cali		5	16	21
Jamundí	1			1
Palmira	1		1	2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>31</b>	<b>161</b>	<b>281</b>

Fuente: Coordinación Nacional de Contratación y Estudios Económicos EPS SURA 2010.



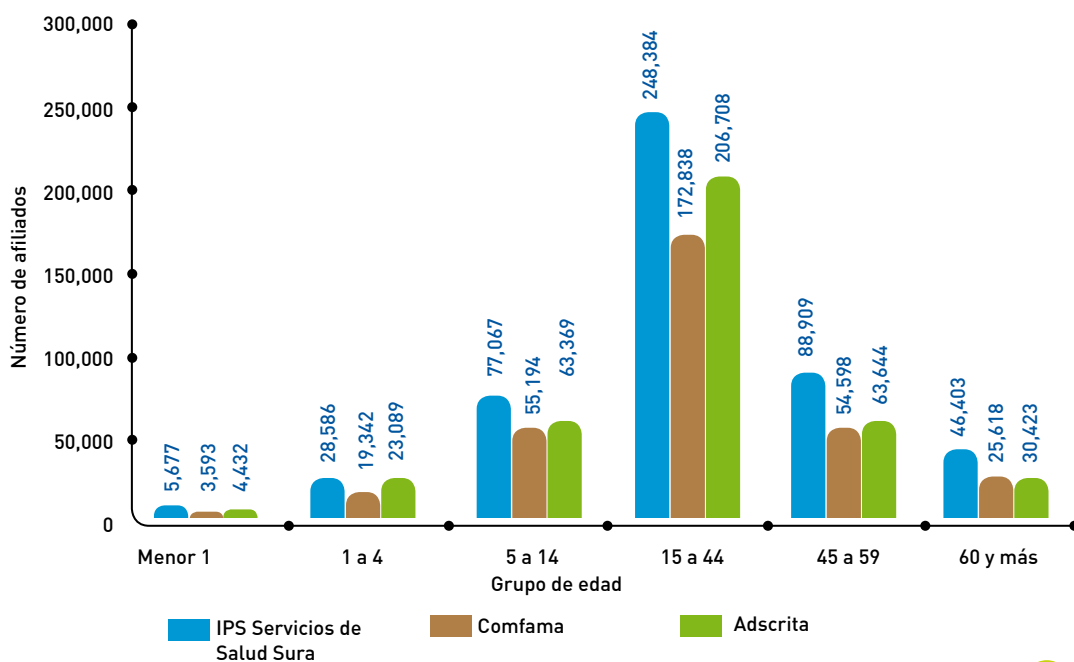


### 1.3.4 Afiliados por IPS Básicas

Del 1.217.884 afiliados expuestos, el 40,6% (495.026) se encontraban en las IPS Servicios de Salud Sura, 32,2% (391.665) en las IPS Adscritas y 27,2 % (331.183) en las IPS Servicios de Salud Sura de COMFAMA, gráfica 5 y cuadro 5.

Al observar la distribución de los afiliados por grupo de edad, se encuentra que las IPS de Servicios de Salud Sura cuentan con la mayor proporción de población en los grupos de edad avanzada, 18,0% en el de 45 a 59 años y 9,4% en el de 60 y más años, cuadro 5.

**Gráfica 5. Distribución porcentual de los afiliados. POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



**Cuadro 5. Afiliados por clase de IPS y grupo de edad. POS de EPS SURA 2010**

Grupo de Edad	Punto de Salud	Comfama	Adscrita	Total
Menor de 1	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%
De 1 a 4	5,8%	5,8%	5,9%	5,8%
De 5 a 14	15,6%	16,7%	16,2%	16,1%
De 15 a 44	50,2%	52,2%	52,8%	51,6%
De 45 a 59	18,0%	16,5%	16,2%	17,0%
60 o más	9,4%	7,7%	7,8%	8,4%
<b>Porcentaje total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Afiliados expuestos</b>	<b>495.026</b>	<b>331.183</b>	<b>391.665</b>	<b>1,217,884</b>
<b>% del total</b>	<b>40,6%</b>	<b>27,2%</b>	<b>32,2%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.





### 1.3.5 Población afiliada y principales indicadores demográficos EPS SURA

En las últimas décadas ha cobrado gran importancia el análisis de los procesos de transición demográfica y epidemiológica, ello debido principalmente al envejecimiento demográfico, fenómeno que se inició en Europa y se ha extendido a otras regiones, ocasionando cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, que han modificado la demanda de los servicios sociales y de salud.

Aunque el aumento de la esperanza de vida puede considerarse como un logro del desarrollo científico alcanzado por la humanidad, la longevidad está produciendo retos a los responsables de la elaboración de políticas, pues se deberán mantener los niveles de seguridad social y la oferta de servicios de salud de calidad a un grupo de la población que, por su avanzada edad, tendrán discapacidades físicas y pérdida de autonomía, afectando su calidad de vida.

El promedio de esperanza de vida al nacer, para el quinquenio 2010-2015, en los países desarrollados es de 74 años, indicador que en Colombia, para el mismo periodo, 2010-2015, es de 75,2 años [72,1 para los hombres y 78,5 años para las mujeres]<sup>14</sup>.

#### 1.3.5.1 Estructura Poblacional por sexo y edad

La población colombiana creció 47,8% entre 1985 y 2010, pasó de 30.794.425 a 45.508.205 habitantes. Se estima que en el año 2020 la población del país habrá alcanzado un total de 50.912.429 habitantes.

La población afiliada al POS de EPS SURA, ha crecido 84,5% entre 2000 y 2010, pasó de 660.172 afiliados a 1.217.884 afiliados expuestos. Al igual que en la población colombiana, las mujeres han tenido una mayor representación siendo esta de 52,7% en 2000 y 52,3% en 2010.

En Colombia, la edad mediana de la población es de 26,8 años; la proporción de población menor de 15 años es de 28,6% y la de mayores de 65 años del 6,7% de los habitantes<sup>15</sup>, porcentaje que la ubica como una sociedad madura<sup>16</sup>.

A nivel de grandes grupos de edad, existen diferencias en el perfil poblacional de la EPS SURA y el de la población colombiana. En el año 2010, cuadro 6, el grupo de edad de 15 a 44 años (población económicamente activa<sup>17</sup>), representó el 51,6% del total de los afiliados al POS de EPS SURA (Colombia 46,5%), el de los menores de 15 años el 23,1% (Colombia 28,6%) y los de 60 o más años 8,4% del total de afiliados (Colombia 9,8%).

14. DANE. Colombia. Población y principales indicadores demográficos en Colombia. [acceso 16 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/estadisticas/Estadisticas/POBLACION%20Y%20PRINCIPALES%20INDICADORES%20DEMOGRAFICOS%20DE%20COLOMBIA.pdf>
15. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020. [acceso 16 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf)
16. 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 ó más años (adulto mayor); sociedad madura: entre 4 y 6% de adultos mayores; y sociedad envejecida: supera el 7% de adultos mayores.
17. Conjunto de personas en edad de trabajar, de uno u otro sexo, que suministran mano de obra disponible para la producción de bienes y/o servicios.

**Cuadro 6.** Distribución de afiliados por sexo y grupo de edad. POS de EPS SURA, Colombia 2010

Grupo de Edad	EPS SURA			Colombia		
	% Mujeres	% Hombres	% Total	% Mujeres	% Hombres	% Total
0 a 4	6.5%	7.5%	7.0%	9.1%	9.7%	9.4%
5 a 9	7.1%	8.2%	7.6%	9.1%	9.8%	9.5%
10 a 14	7.9%	9.0%	8.4%	9.4%	10.1%	9.7%
5 a 14	15.0%	17.2%	16.1%	18.5%	19.9%	19.2%
15 a 19	7.0%	7.4%	7.2%	9.3%	10.0%	9.7%
20 a 24	8.4%	8.5%	8.5%	8.6%	9.2%	8.9%
25 a 29	9.9%	9.9%	9.9%	8.0%	7.9%	7.9%
30 a 34	9.6%	9.5%	9.6%	7.3%	7.1%	7.2%
35 a 39	8.3%	8.2%	8.2%	6.6%	6.3%	6.4%
40 a 44	8.3%	8.1%	8.2%	6.6%	6.3%	6.5%
15 a 44	51.5%	51.6%	51.6%	46.4%	46.7%	46.5%
45 a 49	7.6%	7.2%	7.4%	6.2%	5.8%	6.0%
50 a 54	5.8%	5.2%	5.5%	5.2%	4.8%	5.0%
55 a 59	4.4%	3.8%	4.1%	4.1%	3.9%	4.0%
45 a 59	17.8%	16.1%	17.0%	15.5%	14.5%	15.0%
60 a 64	3.1%	2.7%	2.9%	3.2%	3.0%	3.1%
65 a 69	2.1%	1.9%	2.0%	2.4%	2.2%	2.3%
70 a 74	1.6%	1.3%	1.4%	2.0%	1.7%	1.8%
75 a 79	1.1%	0.8%	0.9%	1.4%	1.2%	1.3%
80 o más	1.3%	0.8%	1.1%	1.5%	1.1%	1.3%
60 o más	9.2%	7.5%	8.4%	10.5%	9.1%	9.8%
<b>Total</b>	<b>52.3%</b>	<b>47.7%</b>	<b>100.0%</b>	<b>50.6%</b>	<b>49.4%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Total población</b>	<b>637,055</b>	<b>580,829</b>	<b>1,217,884</b>	<b>23,042,445</b>	<b>22,465,760</b>	<b>45,508,205</b>
<b>% del Total</b>	<b>52.3%</b>	<b>47.7%</b>	<b>100.0%</b>	<b>50.6%</b>	<b>49.4%</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010. DANE. Proyecciones de población 2005-2020, total Departamentales y Municipales, por Sexo y Grupos quinquenales de edad.



En el cuadro 7, se puede observar la distribución porcentual de los afiliados al POS de la EPS SURA por sexo, tres grandes grupos de edad (0 a 14, 15 a 69 y 70 y más años) y municipio.

**Cuadro 7. Afiliados por sexo, grupo de edad y municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Mujer				Hombre				Total General
	0 a 14	15 a 69	70 y más	Total Mujer	0 a 14	15 a 69	70 y más	Total Hombre	
<b>Antioquia EC</b>	<b>95,262</b>	<b>348,177</b>	<b>19,207</b>	<b>462,645</b>	<b>99,767</b>	<b>304,471</b>	<b>12,854</b>	<b>417,092</b>	<b>879,737</b>
Apartado	543	996	9	1,548	567	1,489	13	2,069	3,618
Barbosa	254	536	17	807	234	632	16	882	1,689
Bello	8,622	28,733	983	38,337	9,291	25,260	700	35,251	73,588
Caldas	3,498	11,841	402	15,740	3,726	11,094	366	15,187	30,927
Copacabana	1,635	5,206	169	7,009	1,664	4,856	126	6,647	13,656
Don Matías	528	1,442	71	2,041	572	1,232	58	1,862	3,904
Envigado	3,895	17,848	1,181	22,925	3,986	14,650	737	19,373	42,298
Girardota	1,733	5,002	184	6,919	1,872	5,163	152	7,187	14,106
Guarne	234	605	20	859	249	602	23	873	1,733
Itaguí	9,804	34,512	1,299	45,616	10,117	30,958	974	42,049	87,664
La Ceja	1,565	4,327	214	6,107	1,691	4,250	198	6,139	12,246
Marinilla	435	1,085	40	1,560	481	1,106	37	1,623	3,183
Medellín	54,142	208,219	13,411	275,772	56,535	177,330	8,522	242,386	518,159
Rionegro	4,173	12,597	514	17,284	4,455	12,392	489	17,336	34,620
Sabaneta	1,421	5,533	287	7,240	1,433	4,783	184	6,400	13,640
Santa Rosa Osos	233	521	29	783	221	577	23	820	1,603
Yarumal	164	411	24	600	189	433	29	652	1,251
Armenia	288	999	29	1,316	303	971	20	1,294	2,610
Manizales	1,244	4,896	202	6,343	1,332	4,151	109	5,592	11,935
Pereira	851	2,867	120	3,838	849	2,543	79	3,470	7,308
<b>Centro</b>	<b>21,273</b>	<b>64,050</b>	<b>2,526</b>	<b>87,849</b>	<b>22,076</b>	<b>60,098</b>	<b>1,727</b>	<b>83,901</b>	<b>171,750</b>
Bogotá	17,657	53,609	2,144	73,410	18,205	49,905	1,459	69,569	142,979
Bucaramanga	1,433	4,666	148	6,247	1,547	4,612	77	6,236	12,483
Chía	433	1,235	55	1,723	452	1,160	40	1,652	3,375
Madrid	407	808	11	1,225	433	804	3	1,240	2,466
Tenjo	234	534	22	790	267	509	15	790	1,580
Zipaquirá	1,109	3,198	146	4,453	1,173	3,107	134	4,414	8,867
<b>Norte</b>	<b>12,758</b>	<b>34,183</b>	<b>1,762</b>	<b>48,703</b>	<b>13,453</b>	<b>31,726</b>	<b>1,177</b>	<b>46,356</b>	<b>95,059</b>
Barranquilla	9,794	27,568	1,583	38,946	10,359	24,549	1,044	35,952	74,898
Cartagena	1,693	4,175	125	5,993	1,824	4,563	80	6,467	12,460
Soledad	1,270	2,440	53	3,764	1,271	2,614	53	3,938	7,702
<b>Occidente</b>	<b>7,626</b>	<b>28,256</b>	<b>1,976</b>	<b>37,858</b>	<b>8,137</b>	<b>24,171</b>	<b>1,171</b>	<b>33,479</b>	<b>71,337</b>
Buga	181	601	68	850	165	509	46	720	1,570
Cali	7,196	26,784	1,854	35,833	7,662	22,884	1,071	31,617	67,450
Jamundí	104	279	5	388	99	261	7	367	755
Palmira	146	593	49	788	212	516	47	775	1,562
<b>Total general</b>	<b>136,918</b>	<b>474,667</b>	<b>25,470</b>	<b>637,055</b>	<b>143,433</b>	<b>420,466</b>	<b>16,930</b>	<b>580,829</b>	<b>1,217,884</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.





En Colombia, la razón de masculinidad es de 0,975<sup>18</sup>, eso quiere decir que hay cerca de 98 hombres por cada 100 mujeres<sup>19</sup>. En la población colombiana, la proporción de mujeres ha sido ligeramente mayor que la de los hombres. El porcentaje de mujeres fue de 50,68% en 1985 y 50,63% en 2010, se calcula que llegue a 50,62% en el año 2020<sup>20</sup>.

En la EPS SURA, la distribución de los afiliados por género ha tenido similar comportamiento a través del tiempo, cuadro 9. En 2010, de los 1.217.884 afiliados expuestos (7% más que 2009), el 52,3% fueron mujeres (igual en 2009), el índice de masculinidad fue igual a 0,91 lo cual sugiere que hay 91 hombres por cada 100 mujeres afiliadas.

**Cuadro 8. Proporción afiliados por género. POS de EPS SURA 2001- 2010**

Género	Año									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mujeres	52.70%	52.70%	52.70%	52.70%	52.60%	52.50%	52.20%	52.10%	52.30%	52.30%
Hombres	47.30%	47.30%	47.30%	47.30%	47.40%	47.50%	47.80%	47.90%	47.70%	47.70%
Índice masculinidad	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.92	0.92	0.91	0.91

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2001-2010.



En cuanto al índice de masculinidad por municipio donde opera EPS SURA, cuadro 9, se puede observar que los mayores índices de masculinidad se encuentra en los municipios de: Apartado, Yarumal, Cartagena y Santa Rosa. Este indicador se ve afectado por los patrones de mortalidad y la migración de la población en busca de trabajo, hecho que por lo general afecta más a los hombres.

18. DANE. Colombia. Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2006-2020. [acceso 16 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf)

19. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009, pág.1

20. DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población. [acceso 12 de junio de 2011]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf)

**Cuadro 9.** Proporción de afiliados por sexo e Índice de Masculinidad por municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	Expuestos Mujeres	Expuestos Hombres	Índice Masculinidad	% Exp Mujeres	% Exp Hombres	Expuestos en el año
<b>Antioquia EC</b>	<b>462,645</b>	<b>417,092</b>	<b>0.90</b>	<b>52.6%</b>	<b>47.4%</b>	<b>879,737</b>
Apartado	1,548	2,069	1.34	42.8%	57.2%	3,618
Barbosa	807	882	1.09	47.8%	52.2%	1,689
Bello	38,337	35,251	0.92	52.1%	47.9%	73,588
Caldas	15,740	15,187	0.96	50.9%	49.1%	30,927
Copacabana	7,009	6,647	0.95	51.3%	48.7%	13,656
Don Matías	2,041	1,862	0.91	52.3%	47.7%	3,904
Envigado	22,925	19,373	0.85	54.2%	45.8%	42,298
Girardota	6,919	7,187	1.04	49.1%	50.9%	14,106
Guarne	859	873	1.02	49.6%	50.4%	1,733
Itagüí	45,616	42,049	0.92	52.0%	48.0%	87,664
La Ceja	6,107	6,139	1.01	49.9%	50.1%	12,246
Marinilla	1,560	1,623	1.04	49.0%	51.0%	3,183
Medellín	275,772	242,386	0.88	53.2%	46.8%	518,159
Rionegro	17,284	17,336	1.00	49.9%	50.1%	34,620
Sabaneta	7,240	6,400	0.88	53.1%	46.9%	13,640
Santa Rosa de Osos	783	820	1.05	48.8%	51.2%	1,603
Yarumal	600	652	1.09	47.9%	52.1%	1,251
Armenia	1,316	1,294	0.98	50.4%	49.6%	2,610
Manizales	6,343	5,592	0.88	53.1%	46.9%	11,935
Pereira	3,838	3,470	0.90	52.5%	47.5%	7,308
<b>Centro</b>	<b>87,849</b>	<b>83,901</b>	<b>0.96</b>	<b>51.1%</b>	<b>48.9%</b>	<b>171,750</b>
Bogotá	73,410	69,569	0.95	51.3%	48.7%	142,975
Bucaramanga	6,247	6,236	1.00	50.0%	50.0%	12,483
Chía	1,723	1,652	0.96	51.0%	49.0%	3,375
Madrid	1,225	1,240	1.01	49.7%	50.3%	2,466
Tenjo	790	790	1.00	50.0%	50.0%	1,580
Zipaquirá	4,453	4,414	0.99	50.2%	49.8%	8,867
<b>Norte</b>	<b>48,703</b>	<b>46,356</b>	<b>0.95</b>	<b>51.2%</b>	<b>48.8%</b>	<b>95,059</b>
Barranquilla	38,946	35,952	0.92	52.0%	48.0%	74,898
Cartagena	5,993	6,467	1.08	48.1%	51.9%	12,460
Soledad	3,764	3,938	1.05	48.9%	51.1%	7,702
<b>Occidente</b>	<b>37,858</b>	<b>33,479</b>	<b>0.88</b>	<b>53.1%</b>	<b>46.9%</b>	<b>71,337</b>
Buga	850	720	0.85	54.1%	45.9%	1,570
Cali	35,833	31,617	0.88	53.1%	46.9%	67,450
Jamundí	388	367	0.95	51.4%	48.6%	755
Palmira	788	775	0.98	50.4%	49.6%	1,562
<b>Total</b>	<b>637,055</b>	<b>580,829</b>	<b>0.91</b>	<b>52.3%</b>	<b>47.7%</b>	<b>1,217,884</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.5.2 Pirámide poblacional

La representación gráfica de la distribución de la población por género y grupos de edad se realiza por medio de una pirámide poblacional. La forma de ésta, refleja la historia demográfica reciente de una población y puede dar una visión general de su juventud, madurez o vejez, obteniendo de ello no sólo las consecuencias demográficas, sino también, las sociales, políticas y sanitarias, entre otras.

El análisis de la pirámide permite tener la percepción de los factores que determinan el envejecimiento poblacional, el equilibrio existente o no entre sexos, la fertilidad, la mortalidad infantil y los fenómenos migratorios, es decir, analizando una pirámide de población se puede interpretar la dinámica y evolución de una población y, en algunos casos, ciertos factores que modifican su composición por edad y sexo. De igual manera, analizando varias pirámides de un mismo lugar pero correspondientes a diferentes momentos históricos, se puede reconstruir su historia demográfica y observar la evolución de los diferentes grupos de edad, y analizar los fenómenos de migración al relacionar las pirámides que corresponden al lugar desde donde emigró un grupo de población al lugar adonde arribó<sup>21</sup>.

La población colombiana experimenta un proceso de transición demográfica, evidenciado por los cambios en la distribución por edad de la población, proceso que se ha caracterizado por una reducción de la base de la pirámide poblacional a favor de un ensanchamiento de las zonas medias.

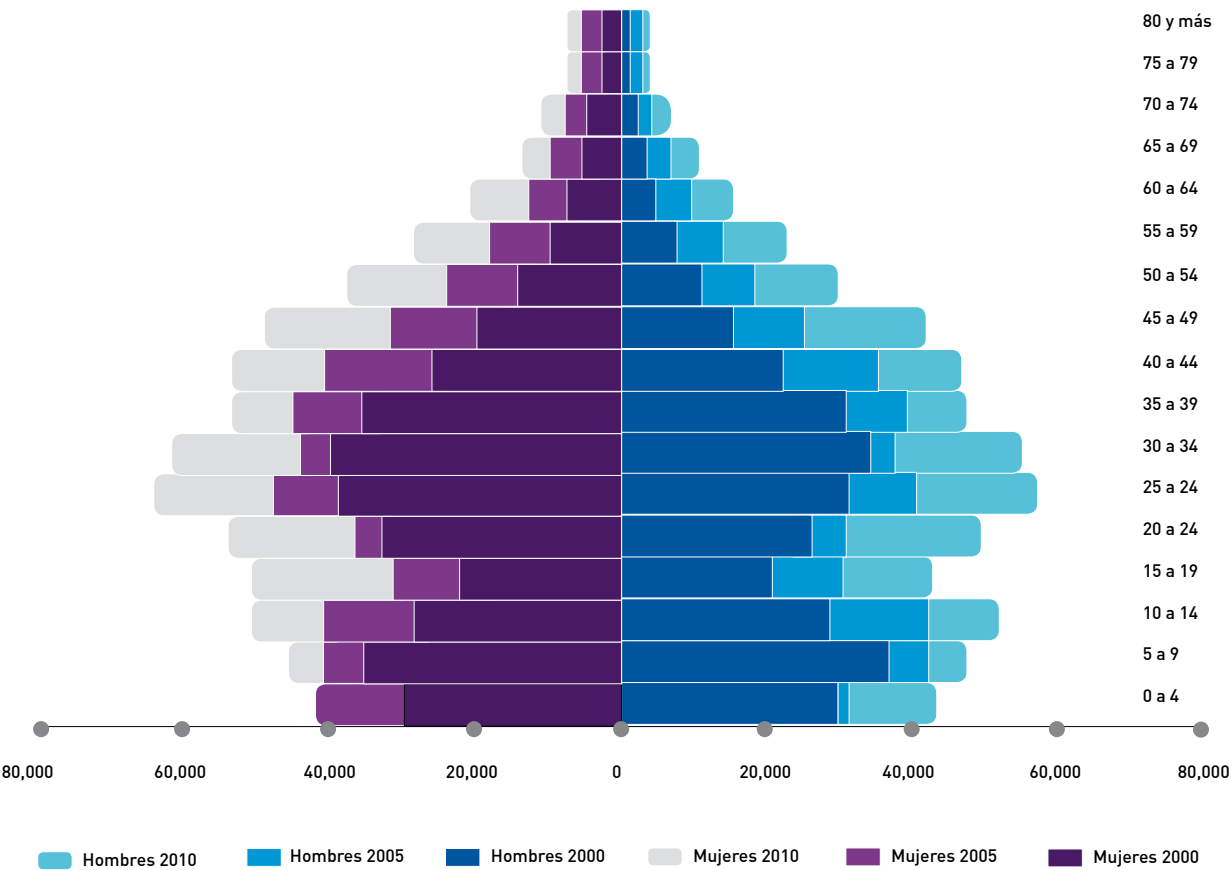
En Colombia, durante el periodo transcurrido entre 1985 y 2010, disminuyeron la proporción de adultos jóvenes, edades entre 15 y 29 años, pasó de 29,8% a 26,5%. Por el contrario, la población entre 30 y 64 años aumentó del 29,2% a 38,2% y la mayor de 65 años de 4,5% a 6,7%, tendencias que se espera continúe profundizándose en el futuro, haciendo más ancha la pirámide poblacional para las edades adultas<sup>22</sup>.

Al comparar las pirámides poblacionales de los afiliados al POS de EPS SURA en los años 2000, 2005 y 2010, gráfica 6, pirámides cuya forma tiende a ser desequilibrada<sup>23</sup>, encontramos que entre los años 2000 y 2010, todos los grupos han crecido, sin embargo, se encuentran grupos de edades que han aumentado por encima del 200% como lo son: los mayores de 80 años en ambos géneros y, los de 55 a 59 y 75 a 79 en las mujeres. En general, el crecimiento fue mayor de 100% para todos los grupos de afiliados mayores de 40 años. Los grupos que menos aumentaron fueron los menores de 5 a 9 y los de 0 a 4 años, fenómeno ocasionado posiblemente por las bajas tasas de fecundidad, registradas tanto en la población afiliada como en la población colombiana.



21. Estructura demográfica. [acceso 20 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://sites.google.com/site/geografiaterceranoenm509/estructura-demografica>
22. DANE. Proyecciones nacionales y departamentales de población. [acceso 12 de junio de 2011]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/7Proyecciones\\_poblacion.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf)
23. Las pirámides poblacionales se clasifican en: progresiva, de base ancha y cima pequeña; regresiva, de base más estrecha que el centro y cima relativamente ancha, y desequilibrada, cuando existe una desproporción tanto en lo que respecta a la composición según sexo, como en lo que respecta a las edades y casi siempre se produce una combinación de las dos posibilidades.

Gráfica 6. Distribución porcentual de los afiliados. POS de EPS SURA 2010



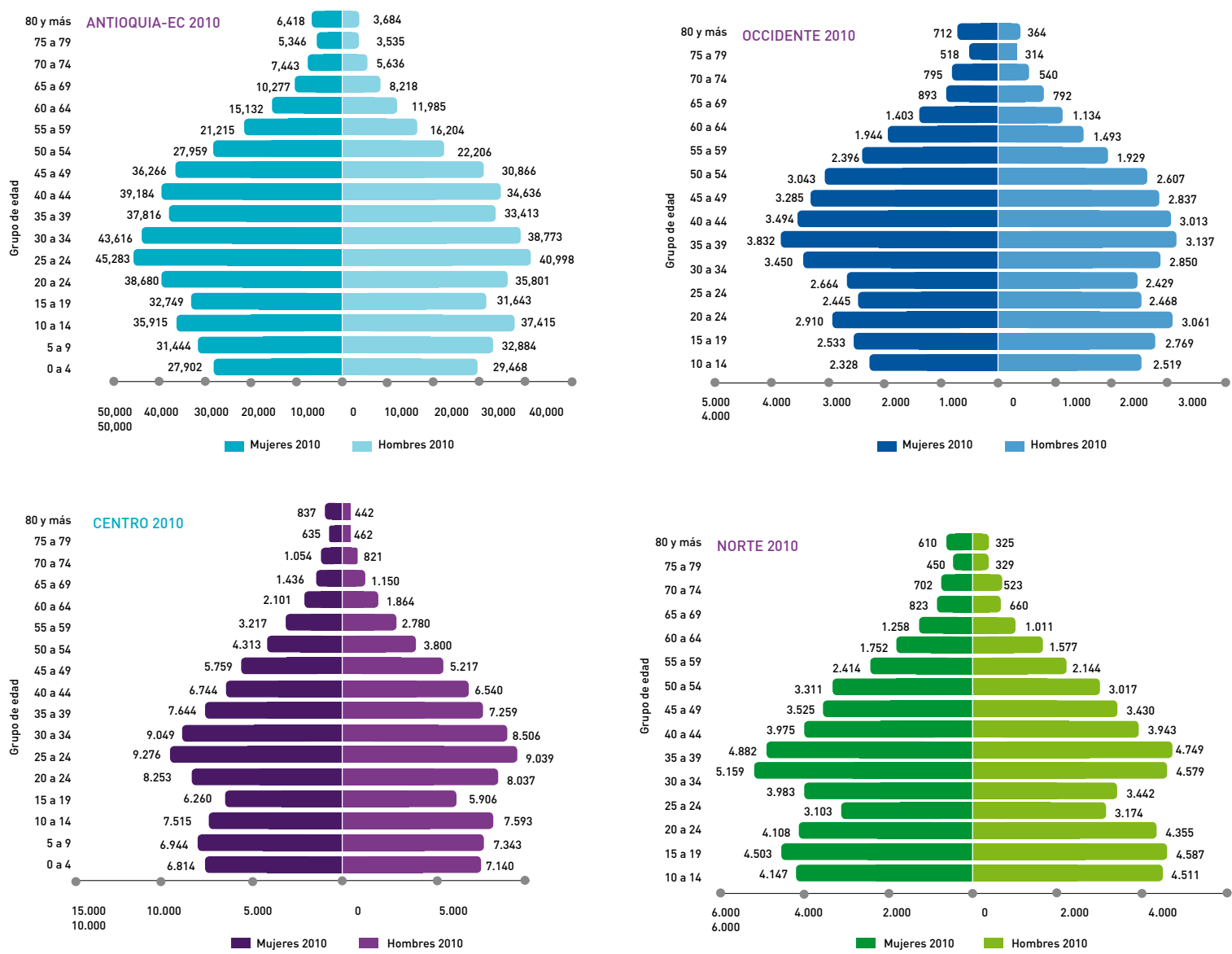
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2000, 2005 y 2010.



En la EPS SURA, las pirámide poblacional de las regionales son similares, excepto para la regional del Norte, la cual presenta la base más ancha, característica que se correlaciona con el hecho de ser la regional con la mayor tasa de fecundidad, gráfica 7.



Gráfica 7. Pirámide poblacional por regional. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.5.3 Envejecimiento demográfico

El envejecimiento demográfico se entiende como el cambio en la estructura por edades o, en el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras en el total de la población. Generalmente se traduce en un aumento del porcentaje de personas de edad avanzada. En términos gráficos, significa que la pirámide de población va estrechando su base y amplía su cúspide.

Intuitivamente, envejecer implica cumplir años, cuantos más mejor. Por ello, el envejecimiento demográfico es resultado de que las personas vivan más años o tarden más en morir. El descenso de la mortalidad es una de las causas posibles del envejecimiento demográfico, por eso el descenso de las muertes entre los recién nacidos, sobre todo las que se

producen durante las primeras horas de vida, eleva considerablemente la esperanza de vida de la población, al igual que aumenta la proporción de niños y jóvenes, disminuyendo el peso de las edades avanzadas.

Pero no sólo la mortalidad puede modificar el perfil de una pirámide de población. También lo hacen los nacimientos y las migraciones. Las migraciones suelen concentrarse en las edades jóvenes, pues, en su mayoría, tienen como motivo la búsqueda de trabajo. Así, las poblaciones emisoras netas de emigración reducen la pirámide por su base, mientras las receptoras de migración rejuvenecen su estructura por edades. Este efecto se potencia ya que generalmente estos jóvenes se encuentran en las edades reproductivas, con lo que sus hijos engrosan el grupo infantil de la población receptora. Por el contrario, el éxodo de los jóvenes puede dejar literalmente sin niños a las poblaciones de salida.

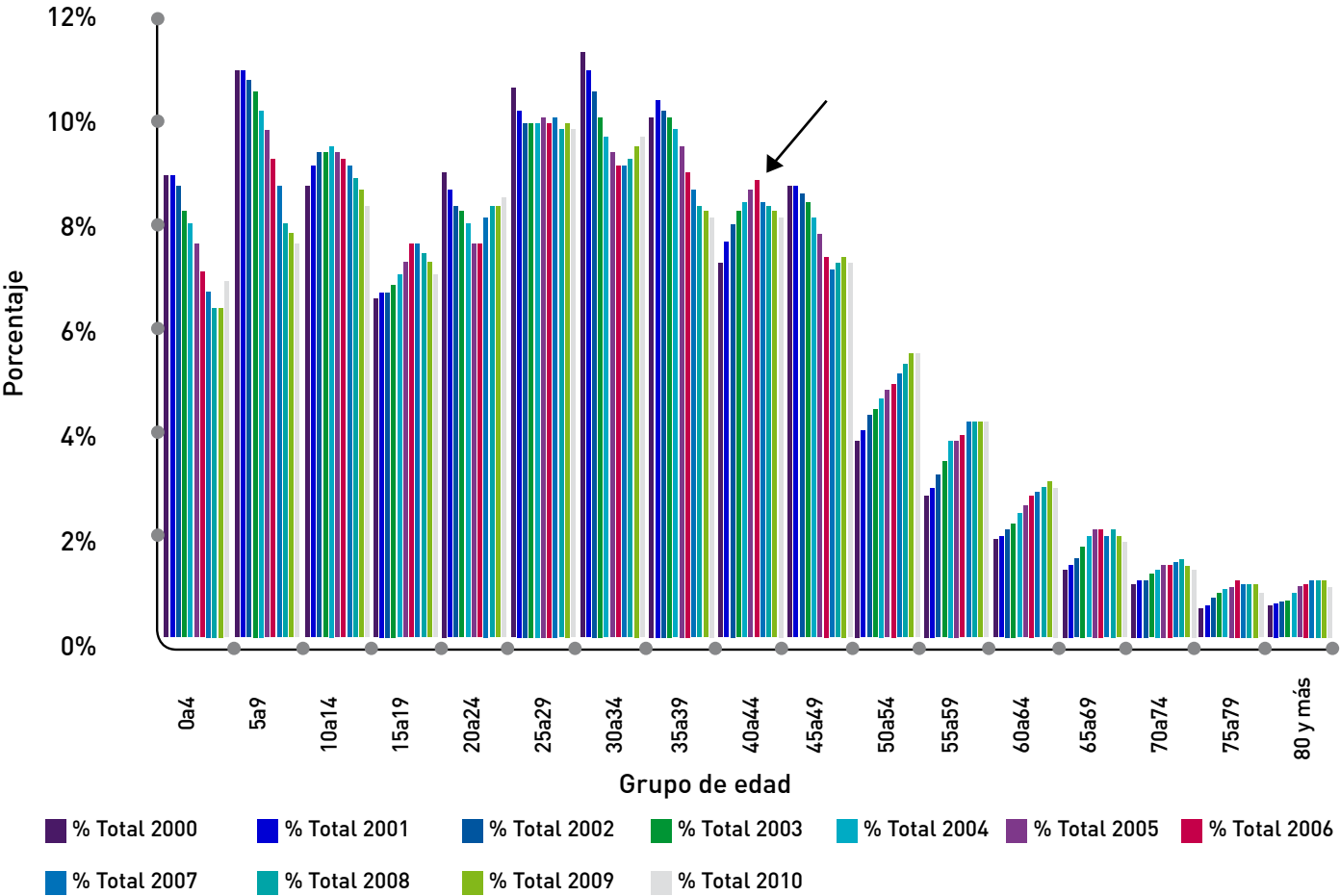
Otro factor clave es la natalidad. El descenso de la natalidad implica automáticamente una reducción de la base de las pirámides de población, siendo esta la causa principal en los países desarrollados. No es que falten hombres y mujeres en edad de tener hijos, por el contrario, gracias al descenso de la mortalidad, probablemente este sea el momento histórico en que llega una mayor proporción de integrantes de cada generación a la edad reproductiva. Lo que ocurre es que la fecundidad, el número medio de hijos por mujer, está alcanzando los niveles más bajos de la historia.

Al igual que lo observado en la pirámide poblacional de los afiliados al POS de EPS SURA, la gráfica 8 permite apreciar el aumento paulatino de las personas en edad avanzada, envejecimiento demográfico, en ella se ve cómo la proporción de la población de los afiliados de 40 años o más viene aumentando, hecho que también viene respaldado por el incremento en el índice de vejez<sup>24</sup> (o envejecimiento) y de la proporción de afiliados de 65 y más años, contrario a lo que ocurre en el grupo de los menores de 15 años, gráfica 9.



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

Gráfica 8. Distribución población por grupo de edad. POS de EPS SURA 2000-2010



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



#### 1.3.5.4 Índice de envejecimiento POS EPS SURA 2010

Otro indicador de la estructura demográfica por edad es el índice de envejecimiento demográfico (o índice de vejez), el cual se obtiene como: la razón del número de personas con edad igual o mayor de 65 años sobre el total de menores de 15 años en una población.

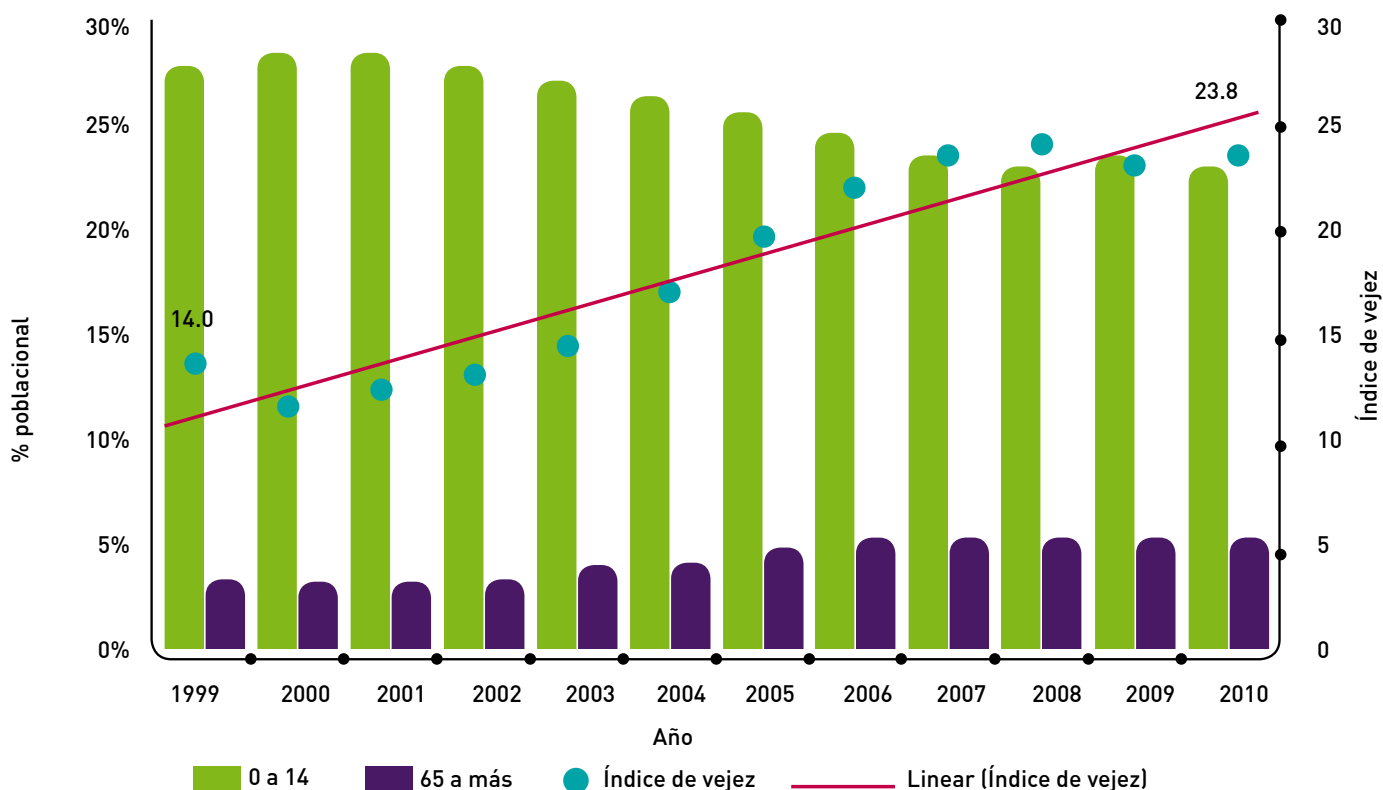
Es un indicador que permite apreciar, de forma indirecta, la esperanza de vida de una población y, los progresos de tipo económico, social, higiénico y sanitario, reflejando la dimensión del grupo de población dependiente que ha sido calificada de “pasiva. Frente a la dependencia activa “niños” los dependientes pasivos demandan prestaciones y servicios que no “devolverán” en el futuro<sup>25</sup>.

Referente a la proporción de afiliados al POS de EPS SURA con edades de 65 o más años, en la gráfica 9 se aprecia como esta proporción ha venido subiendo, manteniéndose igual a 5,5% en los últimos dos años,

25. Índice de dependencia. [acceso 12 de junio de 2011]. Disponible en: [http://geoportal.laspalmasgc.es/sicam\\_doc/geodemografia/residentes/08\\_indice\\_dependencia.pdf](http://geoportal.laspalmasgc.es/sicam_doc/geodemografia/residentes/08_indice_dependencia.pdf)

proporción inferior a la registrada en el año 2009 en América Latina 6,8% y en el mundo 7,5%. Por otro lado, la proporción de niños de 0 a 14 años viene disminuyendo, hasta alcanzar 23,0% en 2010, inferior a registrada en 2009 en Colombia, América Latina y en el mundo donde fueron, 29,2%, 28,1% y 27,2% respectivamente, cuadro 1. Como resultado de estos dos indicadores se tiene el Índice de vejez, cuya evolución, con tendencia al incremento, entre 1999 y 2010 ha subido diez unidades porcentuales, lo que indica que cada vez se tendrán más personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, gráfica 9.

**Gráfica 9. Distribución población por grupo de edad. POS de EPS SURA 2000-2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 1999-2010.



El cálculo de los índices demográficos por regional, permiten apreciar grandes diferencias entre ellas, es así como, las regionales del Norte y Centro registran las mayores razones de dependencia infantil, lo cual va de la mano de los mayores índices de fertilidad y los menores índices de envejecimiento, cuadro 10.



**Cuadro 10. Índices demográficos por Regional. POS de EPS SURA 2010**

Año	Regional	Razón Dependencia infantil	Razón Dependencia de tercera edad	Índice de Envejecimiento	Índice de fertilidad
2010	Antioquia EC	30.8	8.0	25.9	1.1
	Centro	35.7	5.6	15.8	1.3
	Norte	40.7	6.9	16.9	1.7
	Occidente	31.1	9.5	30.6	1.1
	<b>Total 2010</b>	<b>32.2</b>	<b>7.7</b>	<b>23.8</b>	<b>1.1</b>
2009	Antioquia EC	22.9	8.0	24.9	1.2
	Centro	25.5	5.8	16.0	1.6
	Norte	27.8	7.8	18.3	2.0
	Occidente	22.5	9.7	30.4	1.2
	<b>Total 2009</b>	<b>23.5</b>	<b>7.8</b>	<b>23.3</b>	<b>1.3</b>

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

Índice de envejecimiento = población mayor 64 años/(menor 15 años) \*100

Índice de fertilidad (IF) = Número promedio de hijos por mujer. Representa la cantidad de hijos que tendría una mujer si viviera hasta el final de sus años de fertilidad y tuviera hijos de acuerdo con las tasas de fertilidad actuales específicas por edad.

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009-2010.



El Índice de envejecimiento<sup>26</sup> de la EPS SURA por municipio se encuentra en el cuadro 11. En él se ve como los municipios de: Buga, Palmira, Envigado, Medellín y Cali, presentan el mayor número de afiliados de 65 y más años por cada 100 menores de 14 años.

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

**Cuadro 11. Índice de envejecimiento por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	De 0 a 14	De 65 y más	Índice de envejecimiento
<b>Antioquia EC</b>	<b>195,029</b>	<b>50,556</b>	<b>25.9</b>
Apartado	1,110	41	3.7
Barbosa	487	56	11.5
Bello	17,912	2,939	16.4
Caldas	7,224	1,348	18.7
Copacabana	3,300	506	15.3
Don Matías	1,100	207	18.8
Envigado	7,881	2,939	37.3
Girardota	3,605	553	15.3
Guarne	482	89	18.5
Itaguí	19,921	3,796	19.1
La Ceja	3,256	645	19.8
Marinilla	916	136	14.9
Medellín	110,677	33,802	30.5
Rionegro	8,628	1,680	19.5
Sabaneta	2,854	745	26.1
Santa Rosa Osos	454	81	18.0
Yarumal	353	82	23.2
Armenia	590	86	14.6
Manizales	2,576	484	18.8
Pereira	1,700	339	19.9
<b>Centro</b>	<b>43,349</b>	<b>6,840</b>	<b>15.8</b>
Bogotá	35,862	5,785	16.1
Chía	885	157	17.8
Madrid	840	37	4.4
Tenjo	500	51	10.3
Zipaquirá	2,282	468	20.5
Bucaramanga	2,980	341	11.4
<b>Norte</b>	<b>26,211</b>	<b>4,422</b>	<b>16.9</b>
Barranquilla	20,153	3,906	19.4
Soledad	2,541	185	7.3
Cartagena	3,517	330	9.4
<b>Occidente</b>	<b>15,763</b>	<b>4,795</b>	<b>30.4</b>
Calí	14,858	4,486	30.2
Buga	345	157	45.5
Jamundí	203	20	9.7
Palmira	358	133	37.1
<b>Total</b>	<b>280,351</b>	<b>66,613</b>	<b>23.8</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.6 Tipo de afiliado POS de EPS SURA

Las EPS son las entidades encargadas de realizar el aseguramiento de la población afiliada al régimen contributivo, ya sea en calidad de cotizante, todas las personas naturales residentes en el país con capacidad de pago, o como beneficiario en los que se incluye al núcleo familiar básico.

Durante el año 2010, se tuvieron 658.503 cotizantes expuestos al POS de EPS SURA (54,1% del total de afiliados en el periodo, 7,0% más que en 2009), cuadro 12.

**Cuadro 12.** Distribución del tipo de afiliado por sexo y regional EPS SURA 2010

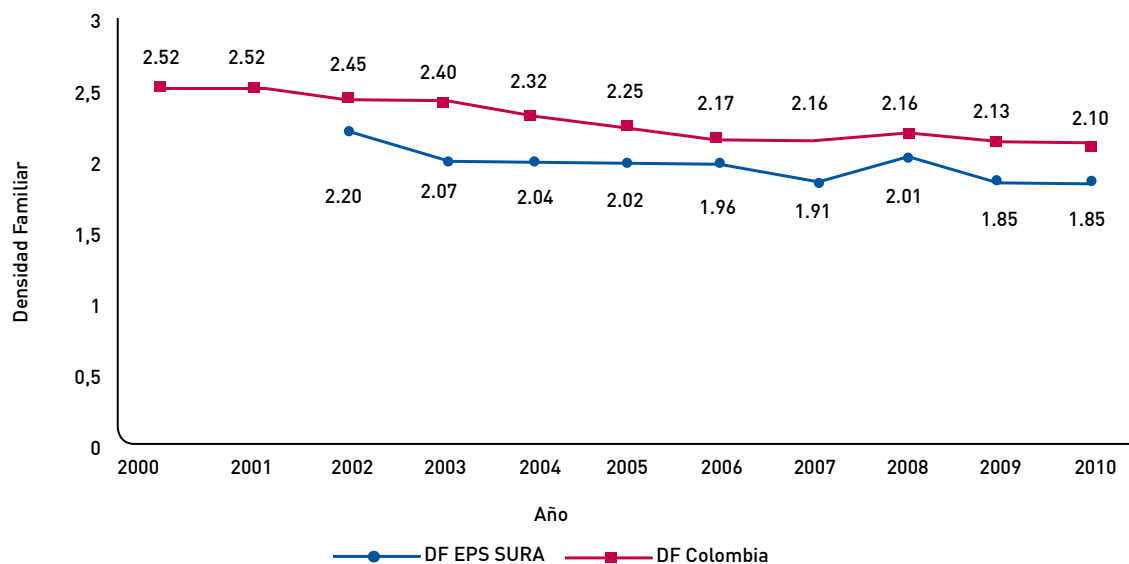
Regional	Mujer				Hombre				Total				DF
	Beneficiario	%	Cotizante	%	Beneficiario	%	Cotizante	%	Beneficiario	%	Cotizante	%	
Antioquia EC	236,262	72%	226,383	73%	161,631	70%	255,461	73%	397,893	71%	481,844	73%	1.83
Centro	44,006	13%	43,843	14%	34,444	15%	49,457	14%	78,450	14%	93,300	14%	1.84
Norte	28,896	9%	19,807	6%	21,236	9%	25,120	7%	50,132	9%	44,927	7%	2.12
Occidente	18,806	6%	19,052	6%	14,100	6%	19,379	6%	32,905	6%	38,432	6%	1.86
<b>Total</b>	<b>327,969</b>		<b>309,086</b>		<b>231,411</b>		<b>349,417</b>		<b>559,381</b>		<b>658,503</b>		<b>1.85</b>
<b>% por género</b>	<b>51%</b>		<b>49%</b>		<b>40%</b>		<b>60%</b>		<b>46%</b>		<b>54%</b>		

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



El indicador que permite estimar la relación entre el total de afiliados al régimen y el número de cotizantes es la densidad familiar (DF), indicador que viene disminuyendo tanto en Colombia como en la EPS, en esta última el valor ha estado en promedio 0,25 unidades por debajo del valor obtenido a nivel nacional. Lo anterior significa una disminución gradual de los beneficiarios frente a un aumento de los cotizantes en el período comprendido entre el año 1999 y 2010, gráfica 10.

**Gráfica 10.** Densidad Familiar por regional. POS de EPS SURA 2010



**Densidad Familiar (DF):** Es la relación entre el total de afiliados / total cotizantes.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.

Consorcio FIDUFOSYGA -Base proceso de compensación 2001-2009.

Superintendencia Nacional de Salud. Indicadores EPS. Régimen contributivo. Diciembre 31 de 2010.



La regional del Norte, registró en 2010 una DF superior incluso a la obtenida en Colombia para ese mismo año, la cual fue de 2,1 afiliados por cotizante, a nivel municipal también se encontraron municipios con DF por encima de este valor, entre ellos estaban: Soledad, Buga, Yarumal, Santa Rosa, Barbosa, Marinilla, Don Matías y Guarne, cuadro 13.

**Cuadro 13. Densidad Familiar por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Mujer				Hombre				Total				DF
	Ben	%	Cot	%	Ben	%	Cot	%	Ben	%	Cot	%	
<b>Antioquia EC</b>	<b>236,262</b>	<b>100%</b>	<b>226,383</b>	<b>100%</b>	<b>161,631</b>	<b>100%</b>	<b>255,461</b>	<b>100%</b>	<b>397,893</b>	<b>100%</b>	<b>481,844</b>	<b>100%</b>	<b>1.83</b>
Apartado	1,151	0.5%	397	0.2%	731	0.5%	1,339	0.5%	1,882	0.5%	1,736	0.4%	2.08
Armenia	717	0.3%	599	0.3%	542	0.3%	752	0.3%	1,259	0.3%	1,351	0.3%	1.93
Barbosa	584	0.2%	222	0.1%	341	0.2%	541	0.2%	926	0.2%	764	0.2%	2.21
Bello	21,134	8.9%	17,204	7.6%	14,107	8.7%	21,144	8.3%	35,241	8.9%	38,347	8.0%	1.92
Caldas	9,137	3.9%	6,603	2.9%	5,652	3.5%	9,535	3.7%	14,789	3.7%	16,138	3.3%	1.92
Copacabana	4,096	1.7%	2,914	1.3%	2,577	1.6%	4,069	1.6%	6,673	1.7%	6,983	1.4%	1.96
Don Matías	1,121	0.5%	920	0.4%	976	0.6%	887	0.3%	2,097	0.5%	1,807	0.4%	2.16
Envigado	10,733	4.5%	12,192	5.4%	7,074	4.4%	12,298	4.8%	17,807	4.5%	24,490	5.1%	1.73
Girardota	4,521	1.9%	2,398	1.1%	2,758	1.7%	4,429	1.7%	7,279	1.8%	6,827	1.4%	2.07
Guarne	555	0.2%	304	0.1%	356	0.2%	517	0.2%	911	0.2%	822	0.2%	2.11
Itagüí	24,127	10.2%	21,489	9.5%	15,998	9.9%	26,051	10.2%	40,125	10.1%	47,540	9.9%	1.84
La Ceja	3,862	1.6%	2,245	1.0%	2,524	1.6%	3,614	1.4%	6,386	1.6%	5,859	1.2%	2.09
Manizales	3,136	1.3%	3,207	1.4%	2,359	1.5%	3,233	1.3%	5,495	1.4%	6,440	1.3%	1.85
Marinilla	1,029	0.4%	531	0.2%	705	0.4%	918	0.4%	1,734	0.4%	1,449	0.3%	2.20
Medellín	133,557	56.5%	142,215	62.8%	93,580	57.9%	148,806	58.3%	227,137	57.1%	291,022	60.4%	1.78
Pereira	2,025	0.9%	1,813	0.8%	1,472	0.9%	1,999	0.8%	3,477	0.9%	3,812	0.8%	1.92
Rionegro	10,198	4.3%	7,085	3.1%	6,837	4.2%	10,499	4.1%	17,035	4.3%	17,584	3.6%	1.97
Sabaneta	3,578	1.5%	3,662	1.6%	2,414	1.5%	3,986	1.6%	5,992	1.5%	7,648	1.6%	1.78
Santa Rosa Osos	572	0.2%	211	0.1%	339	0.2%	481	0.2%	911	0.2%	692	0.1%	2.32
Yarumal	427	0.2%	173	0.1%	291	0.2%	361	0.1%	718	0.2%	534	0.1%	2.34
<b>Centro</b>	<b>44,006</b>	<b>100%</b>	<b>43,843</b>	<b>100%</b>	<b>34,444</b>	<b>100%</b>	<b>49,457</b>	<b>100%</b>	<b>78,450</b>	<b>100%</b>	<b>93,300</b>	<b>100%</b>	<b>1.84</b>
Bogotá	35,625	81.0%	37,783	86.2%	28,378	82.4%	41,189	83.3%	64,003	81.6%	78,972	84.6%	1.81
Bucaramanga	3,360	7.6%	2,887	6.6%	2,531	7.3%	3,704	7.5%	5,892	7.5%	6,591	7.1%	1.89
Chía	977	2.2%	746	1.7%	735	2.1%	917	1.9%	1,712	2.2%	1,663	1.8%	2.03
Madrid	728	1.7%	497	1.1%	572	1.7%	668	1.4%	1,300	1.7%	1,166	1.2%	2.12
Tenjo	423	1.0%	367	0.8%	397	1.2%	393	0.8%	820	1.0%	760	0.8%	2.08
Zipaquirá	2,890	6.6%	1,564	3.6%	1,831	5.3%	2,583	5.2%	4,720	6.0%	4,147	4.4%	2.14
<b>Norte</b>	<b>28,896</b>	<b>100%</b>	<b>19,807</b>	<b>100%</b>	<b>21,236</b>	<b>100%</b>	<b>25,120</b>	<b>100%</b>	<b>50,132</b>	<b>100%</b>	<b>44,927</b>	<b>100%</b>	<b>2.12</b>
Barranquilla	22,481	77.8%	16,464	83.1%	16,657	78.4%	19,295	76.8%	39,138	78.1%	35,759	79.6%	2.09
Cartagena	3,645	12.6%	2,348	11.9%	2,728	12.8%	3,739	14.9%	6,373	12.7%	6,087	13.5%	2.05
Soledad	2,769	9.6%	995	5.0%	1,852	8.7%	2,086	8.3%	4,621	9.2%	3,080	6.9%	2.50
<b>Occidente</b>	<b>18,806</b>	<b>100%</b>	<b>19,052</b>	<b>100%</b>	<b>14,100</b>	<b>100%</b>	<b>19,379</b>	<b>100%</b>	<b>32,905</b>	<b>100%</b>	<b>38,432</b>	<b>100%</b>	<b>1.86</b>
Buga	558	3.0%	292	1.5%	334	2.4%	387	2.0%	891	2.7%	678	1.8%	2.31
Cali	17,549	93.3%	18,284	96.0%	13,240	93.9%	18,377	94.8%	30,789	93.6%	36,661	95.4%	1.84
Jamundí	226	1.2%	162	0.8%	169	1.2%	198	1.0%	394	1.2%	360	0.9%	2.10
Palmira	473	2.5%	315	1.7%	357	2.5%	418	2.2%	830	2.5%	732	1.9%	2.13
<b>Total</b>	<b>327,969</b>	<b>100%</b>	<b>309,086</b>	<b>100%</b>	<b>231,411</b>	<b>100%</b>	<b>349,417</b>	<b>100%</b>	<b>559,381</b>	<b>100%</b>	<b>658,503</b>	<b>100%</b>	<b>1.85</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.7 Estado civil de los afiliados al POS de EPS SURA 2009-2010

Se denomina estado civil a la situación en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.

De acuerdo a investigaciones recientes, la salud del cuerpo y la mente no es sólo cuestión de células o factores hereditarios sino también de cómo se lleven los asuntos de pareja. El estado del organismo, también dependen de su estado civil pues, a la hora de tratarse y curarse no es lo mismo estar soltero, casado o divorciado.

Estudios demuestran que, por ejemplo, el matrimonio tiende a mejorar los comportamientos de salud en hombres y mujeres por el bienestar financiero asociado a él y que tiende a crecer durante todo el matrimonio, mientras que la viudez o el divorcio tienden a socavar la salud debido a efectos como el descenso de los ingresos y, la división de bienes y el cuidado de los niños.

En el estudio realizado por Waite y Hughes 2009<sup>27</sup>, el cual contó con una muestra de 8.652 norteamericanos mayores de 50 años, y publicado en la revista *Journal of Health and Social Behavior*, los investigadores exploraron los vínculos entre las dimensiones de la salud, las transiciones maritales y el estado civil. Entre sus principales hallazgos están que:

- En comparación con los casados, los divorciados o viudos, tenían 20% más problemas crónicos de salud como enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer. En comparación con los casados, los que nunca se había casado tenían 13% más de síntomas depresivos y 12% más de limitaciones de movilidad. No se encontró diferencia en el número de enfermedades crónicas entre los que nunca se casaron y las personas casadas.
- En comparación a los participantes que permanecieron casados continuamente, los que tenían segundas nupcias, presentaban el 12% más de condiciones crónicas de salud, el 19% más limitaciones de movilidad, pero no los síntomas depresivos.

Waite sugiere que el impacto de las transiciones como, el matrimonio, el divorcio y nuevos matrimonios, en la salud, depende de la forma en que se desarrolle la enfermedad a través del tiempo, dijo “Algunas situaciones de salud, como la depresión, parecen responder en forma rápida y firmemente a los cambios en las condiciones actuales”, mientras que otras, como la diabetes y las enfermedades del corazón, cuyo desarrollo es mucho más lento y durante un período de tiempo más largo, muestran el efecto de experiencias.

En los afiliados al POS de EPS SURA, su distribución de acuerdo al estado civil en el año 2010 versus 2009 (cuadro 14), no registró mayores cambios, los solteros representaron el 60,4% de los afiliados (60,0% en 2009), los casados el 23,2% (24,0% en 2009), los afiliados que viven en unión libre el 11,8% (11,1% en 2009) y otros el 4,6% (4,9% en 2009).

Por regional, se encontraron diferencias como: la regional Centro presenta la mayor proporción de solteros, la de Antioquia-EC el mayor número de casados, la regional Norte la mayor proporción de parejas en unión libre y la menor de viudos y separados, cuadro 14.

---

27. Hughes ME and Waite LJ. 2009. “Marital Biography and Health at Midlife.” *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3): 344-358. [acceso 12 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cfah.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=793>

**Cuadro 14.** Estado Civil de afiliados por Regional. POS de EPS SURA 2009-2010

Estado civil						
Año	Regional	Casado	Soltero	Unión Libre	Viudo	Separado
2010	Antioquia-EC	24.9%	59.5%	10.5%	2.2%	2.9%
	Centro	17.2%	64.8%	14.5%	1.2%	2.4%
	Norte	19.5%	61.6%	16.2%	1.1%	1.6%
	Occidente	22.1%	59.4%	14.6%	1.7%	2.2%
	<b>Total 2010</b>	<b>23.2%</b>	<b>60.4%</b>	<b>11.8%</b>	<b>1.9%</b>	<b>2.7%</b>
2009	Antioquia-EC	25.5%	59.2%	10.0%	2.3%	3.0%
	Centro	18.0%	64.5%	13.6%	1.3%	2.5%
	Norte	21.3%	61.0%	14.7%	1.3%	1.8%
	Occidente	23.1%	58.8%	13.8%	1.8%	2.4%
	<b>Total 2009</b>	<b>24.0%</b>	<b>60.0%</b>	<b>11.1%</b>	<b>2.1%</b>	<b>2.8%</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009 - 2010.



En el cuadro 15, se encuentra la distribución de los afiliados por estado civil y municipio, la mayor proporción de afiliados casados se encontró en: La Ceja, Rionegro, Marinilla y Zipaquirá; la de solteros en: Apartadó, Madrid, Bogotá, Bucaramanga, Tenjo, y la de afiliados en unión libre en: Apartadó y Jamundí, entre otros.



**Cuadro 15.** Estado Civil de afiliados por Municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	Casado	Soltero	Union Libre	Viudo	Separado	Desconocido	Total afil exp
<b>Antioquia EC</b>	<b>24.9%</b>	<b>59.5%</b>	<b>10.5%</b>	<b>2.2%</b>	<b>2.9%</b>	<b>0.0%</b>	<b>879,737</b>
Apartado	7.0%	70.2%	21.6%	0.3%	0.8%	0.0%	3,618
Barbosa	19.6%	63.8%	13.7%	1.0%	1.9%	0.0%	1,689
Bello	23.4%	59.8%	12.3%	1.9%	2.6%	0.0%	73,588
Caldas	27.5%	57.6%	11.1%	1.6%	2.3%	0.0%	30,927
Copacabana	26.6%	58.2%	11.3%	1.7%	2.2%	0.0%	13,656
Don Matías	23.1%	60.2%	12.0%	2.2%	2.5%	0.0%	3,904
Envigado	27.5%	58.5%	8.0%	2.7%	3.3%	0.0%	42,298
Girardota	27.6%	58.8%	10.5%	1.5%	1.6%	0.0%	14,106
Guarne	24.0%	60.5%	11.9%	1.4%	2.2%	0.0%	1,733
Itaguí	25.1%	59.2%	11.3%	1.8%	2.8%	0.0%	87,664
La Ceja	31.2%	57.4%	7.9%	1.6%	1.8%	0.0%	12,246
Marinilla	28.1%	59.7%	9.2%	1.6%	1.5%	0.0%	3,183
Medellín	24.3%	59.8%	10.3%	2.4%	3.2%	0.0%	518,159
Rionegro	29.1%	58.0%	8.8%	1.7%	2.4%	0.0%	34,620
Sabaneta	27.7%	58.0%	9.3%	2.1%	2.8%	0.0%	13,640
Santa Rosa de Osos	24.9%	58.4%	13.5%	1.7%	1.5%	0.0%	1,603
Yarumal	25.2%	60.2%	10.8%	2.1%	1.7%	0.0%	1,251
Armenia	17.9%	63.2%	15.0%	1.6%	2.3%	0.0%	2,610
Manizales	22.0%	61.0%	13.0%	1.9%	2.1%	0.0%	11,935
Pereira	20.4%	60.7%	14.7%	1.6%	2.6%	0.0%	7,308
<b>Centro</b>	<b>17.2%</b>	<b>64.8%</b>	<b>14.5%</b>	<b>1.2%</b>	<b>2.4%</b>	<b>0.0%</b>	<b>171,750</b>
Bogotá	16.5%	65.4%	14.3%	1.2%	2.5%	0.0%	142,979
Bucaramanga	15.2%	65.4%	17.3%	0.9%	1.2%	0.0%	12,483
Chía	25.1%	59.4%	12.6%	1.0%	1.9%	0.0%	3,375
Madrid	12.1%	67.5%	19.0%	0.6%	0.9%	0.0%	2,466
Tenjo	14.9%	64.4%	17.8%	0.8%	2.1%	0.0%	1,580
Zipaquirá	29.2%	56.0%	12.2%	1.0%	1.6%	0.0%	8,867
<b>Norte</b>	<b>19.5%</b>	<b>61.6%</b>	<b>16.2%</b>	<b>1.1%</b>	<b>1.6%</b>	<b>0.0%</b>	<b>95,059</b>
Barranquilla	20.8%	60.9%	15.2%	1.2%	1.8%	0.0%	74,898
Cartagena	13.9%	65.1%	19.7%	0.6%	0.8%	0.0%	12,460
Soledad	16.5%	62.2%	19.7%	0.5%	1.2%	0.0%	7,702
<b>Occidente</b>	<b>22.1%</b>	<b>59.4%</b>	<b>14.6%</b>	<b>1.7%</b>	<b>2.2%</b>	<b>0.0%</b>	<b>71,337</b>
Buga	26.8%	52.1%	16.5%	1.9%	2.7%	0.0%	1,570
Cali	22.1%	59.6%	14.4%	1.7%	2.2%	0.0%	67,450
Jamundí	15.8%	60.8%	21.0%	0.4%	1.9%	0.0%	755
Palmira	20.4%	57.2%	18.5%	2.1%	1.8%	0.0%	1,562
<b>Total</b>	<b>23.2%</b>	<b>60.4%</b>	<b>11.8%</b>	<b>1.9%</b>	<b>2.7%</b>	<b>0.0%</b>	<b>1,217,884</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.8 Nivel de ingreso de los afiliados al POS de EPS SURA

Desde el punto de vista económico, los ingresos son los caudales (dinero o materiales) que entran en poder de una persona o de una organización. Un individuo puede recibir ingresos (dinero) por su actividad laboral, comercial o productiva. En una economía capitalista, el nivel de ingresos está asociado a la calidad de vida. A mayores ingresos, las familias consumen y ahorran más y, a ingresos escasos o nulos, las familias no pueden satisfacer ni sus necesidades básicas.

De acuerdo al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el acceso a la atención de la salud, la exposición a peligros ambientales y los factores de riesgo de comportamiento, varían mucho de acuerdo con la raza, el sexo y la clase social de las personas.

Según la Organización Mundial de la Salud, 2009, las diferencias en características como poder, ingreso, prestigio, género o etnia, generan desigualdades visibles en escolarización, condiciones de trabajo, empleo, vivienda y acceso a atención sanitaria, entre otros, lo que conduce a la mala salud de aquellos en situación de pobreza<sup>28</sup>.

Estudios han demostrado que, al menos en países desarrollados, la distribución de ingresos dentro de la sociedad puede afectar la salud medida como nivel de mortalidad, morbilidad o auto percepción (Kawachi 2000)<sup>29</sup>. Lo anterior se debe a que el bajo ingreso está asociado con un déficit de recursos en áreas como educación, vivienda, transporte, seguridad pública, capital medioambiental y sistemas de salud, condiciones materiales que estructuran la posibilidad de poseer y acceder a recursos protectores de la salud, de reducir exposiciones negativas para ella y de facilitar la total participación en la sociedad<sup>30</sup>.

De acuerdo a nivel de ingreso de los cotizantes en el año 2010, la gran mayoría, 72,3% de los afiliados al POS de EPS SURA tuvieron ingresos inferiores a 2 SMLVM, cifra que por regional osciló entre 65,7% en la regional de Occidente (regional que registró también el mayor número de afiliados con ingresos superiores a cinco SMLVM, 8,1%) y, 73,7% en la regional de Antioquia - EC (donde se encuentran el 72,2% del total de los afiliados y donde sólo el 6,9% del ellos presentaron ingresos superiores a cinco SMLVM). La variación entre el año 2009 y 2010, mostró una disminución en la proporción de los cotizantes en el nivel de ingresos más bajo.

---

28. Fuentes A, 2010. ¿Cómo el ingreso afecta la salud?: La perspectiva de la Epidemiología Social. Cienc Trab. Ene-Mar; 12 (35): 272-275. [acceso 17 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina272.pdf>

29. Why reduce health inequalities?. [acceso 12 de junio de 2011]. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/54/12/923.abstract>

30. Fuentes A, 2010. ¿Cómo el ingreso afecta la salud?: La perspectiva de la Epidemiología Social. Cienc Trab. Ene-Mar; 12 (35): 272-275. [acceso 17 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina272.pdf>

**Cuadro 16. Nivel de ingreso de afiliados por Regional. POS de EPS SURA 2010**

Año	Regional	Nivel de ingresos		
		Menor 2 SMLVM	De 2 a 5 SMLVM	Mayor 5 SMLVM
2010	Antioquia-EC	73.7%	19.4%	6.9%
	Centro	69.4%	19.3%	11.3%
	Norte	69.0%	21.3%	9.7%
	Occidente	65.7%	20.5%	13.8%
	<b>Total 2010</b>	<b>72.3%</b>	<b>19.6%</b>	<b>8.1%</b>
2009	Antioquia-EC	73.0%	20.0%	7.0%
	Centro	69.0%	20.0%	11.0%
	Norte	67.0%	23.0%	10.0%
	Occidente	64.0%	22.0%	14.0%
	<b>Total 2009</b>	<b>72.0%</b>	<b>20.0%</b>	<b>8.0%</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009-2010.



El nivel de ingreso de los afiliados al POS de EPS SURA en 2010, por municipio, presenta grandes diferencias, es así como, los municipios con la mayor proporción de afiliados de menores ingresos fueron: Don Matías, Tenjo, Santa Rosa de Osos y Barbosa, los de mayor porcentaje de afiliados con mayores ingresos fueron: Buga, Chía, Zipaquirá, Cali, Bogotá, Manizales, Cartagena, Barranquilla y Palmira, cuadro 17.

**Cuadro 17.** Nivel de ingreso de afiliados por Municipio. POS de EPS SURA 2010

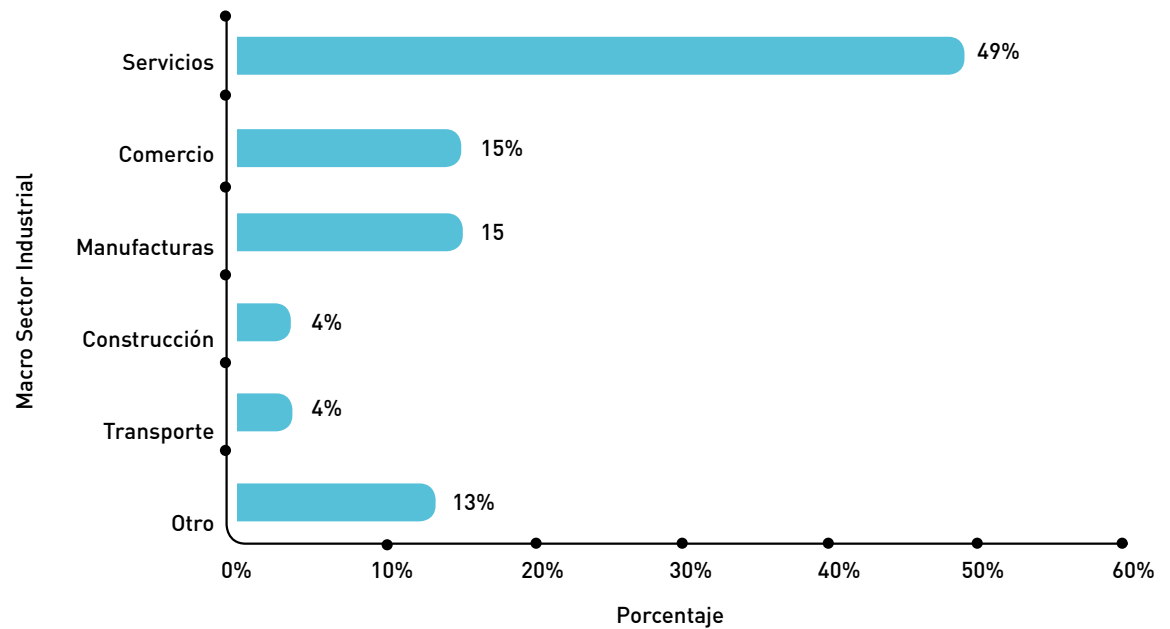
Regional	Menor 2 SMLVM	%	2 y 5 SMLVM	%	Mayor 5 SMLVM	%	Total general
<b>Antioquia EC</b>	<b>648,250</b>	<b>74%</b>	<b>170,683</b>	<b>19%</b>	<b>60,801</b>	<b>7%</b>	<b>879,734</b>
Apartado	2,750	76%	764	21%	104	3%	3,618
Armenia	2,020	77%	398	15%	192	7%	2,610
Barbosa	1,484	88%	195	12%	10	1%	1,689
Bello	56,825	77%	15,029	20%	1,734	2%	73,588
Caldas	24,658	80%	5,767	19%	502	2%	30,927
Copacabana	10,633	78%	2,718	20%	305	2%	13,656
Don Matías	3,734	96%	149	4%	21	1%	3,904
Envigado	29,284	69%	9,611	23%	3,403	8%	42,298
Girardota	10,287	73%	3,497	25%	321	2%	14,106
Guarne	1,500	87%	207	12%	26	1%	1,733
Itaguí	69,582	79%	15,849	18%	2,234	3%	87,664
La Ceja	10,595	87%	1,418	12%	232	2%	12,246
Manizales	8,430	71%	2,303	19%	1,202	10%	11,935
Marinilla	2,592	81%	521	16%	70	2%	3,183
Medellín	368,381	71%	101,929	20%	47,846	9%	518,156
Pereira	5,285	72%	1,333	18%	690	9%	7,308
Rionegro	27,784	80%	5,673	16%	1,163	3%	34,620
Sabaneta	9,969	73%	2,962	22%	709	5%	13,640
Santa Rosa Osos	1,439	90%	148	9%	16	1%	1,603
Yarumal	1,018	81%	213	17%	20	2%	1,251
<b>Centro</b>	<b>119,257</b>	<b>69%</b>	<b>33,117</b>	<b>19%</b>	<b>19,377</b>	<b>11%</b>	<b>171,750</b>
Bogotá	99,105	69%	27,368	19%	16,506	12%	142,979
Bucaramanga	9,294	74%	2,263	18%	927	7%	12,483
Chía	2,209	65%	635	19%	532	16%	3,375
Madrid	1,925	78%	473	19%	68	3%	2,466
Tenjo	1,475	93%	86	5%	19	1%	1,580
Zipaquirá	5,249	59%	2,293	26%	1,325	15%	8,867
<b>Norte</b>	<b>65,632</b>	<b>69%</b>	<b>20,221</b>	<b>21%</b>	<b>9,206</b>	<b>10%</b>	<b>95,059</b>
Barranquilla	51,419	69%	15,900	21%	7,580	10%	74,898
Cartagena	8,171	66%	2,828	23%	1,461	12%	12,460
Soledad	6,042	78%	1,494	19%	166	2%	7,702
<b>Occidente</b>	<b>46,846</b>	<b>66%</b>	<b>14,642</b>	<b>21%</b>	<b>9,849</b>	<b>14%</b>	<b>71,337</b>
Buga	896	57%	394	25%	280	18%	1,570
Cali	44,269	66%	13,812	20%	9,369	14%	67,450
Jamundí	614	81%	125	17%	16	2%	755
Palmira	1,067	68%	312	20%	184	12%	1,562
<b>Total general</b>	<b>879,985</b>	<b>72%</b>	<b>238,663</b>	<b>20%</b>	<b>99,233</b>	<b>8%</b>	<b>1,217,884</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



Los ingresos de los cotizantes afiliados al POS de EPS SURA provienen de nueve macro sectores industriales. Cerca del 80% se encuentran concentrados en los sectores de: servicios (técnicos y profesionales, financieros, educación y cultura, salud, entre otros), comercio e industria manufacturera (textiles, alimentos y bebidas, hierro y otros metales, maquinaria y equipos, papel y cartón, entre otros), gráfica 11.

**Gráfica 11. Distribución de afiliados por macro sector industrial. POS de EPS SURA 2009**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009.



### 1.3.9 Nivel educativo de los afiliados al POS de EPS SURA

El nivel de escolaridad de una persona se refiere a los años de estudio. La salud y la educación son considerados, en todo el mundo, dos de los servicios sociales básicos fundamentales para asegurar el desarrollo de las poblaciones, ellos repercuten directamente en las personas, sus familias y finalmente, en la sociedad en su conjunto.

La educación se encuentra estrechamente relacionada con la situación socioeconómica, pues ella provee a las personas los conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, sentido de control y dominio de circunstancias, aumenta las oportunidades laborales y de ingresos, proporciona satisfacción en el trabajo y mejora la habilidad para acceder a información que ayude a conservar la salud<sup>31</sup>.

Lo anterior se puede evidenciar al relacionar el nivel de ingreso con el de educación de los afiliados al POS de EPS SURA, en 2010. En los cuadros 16 y 18, se puede ver como la regional de Occidente, la cual presentaba la mayor proporción de afiliados con mayores ingresos, es también la que registra el mayor número de afiliados con estudios universitarios, de igual manera, la regional Antioquia-EC, que registró la población con menores ingresos, es también la de menor nivel educativo. En el cuadro 18 llama la atención el alto porcentaje de afiliados cuya información es desconocida y la gran proporción de afiliados con ninguna educación, pues si bien, el 7% de la población afiliada al POS de EPS SURA es menor de 5 años, población en la cual se esperaría no tener ningún nivel de educación, queda cerca de un 46% en el cual es posible que se trate de un sub registro en esta variable, la cual es de suma importancia al momento de diseñar programas y campañas educativas para los afiliados.



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

**Cuadro 18. Nivel educativo de los afiliados por Regional. POS EPS SURA 2009-2010**

Año	Regional	Nivel educativo					
		Primaria	Secundaria	Técnica	Universitaria	Ninguna	Desconocida
2010	Antioquia EC	4.8%	12.1%	1.8%	2.3%	50.7%	28.2%
	Centro	3.4%	8.4%	1.7%	3.5%	58.8%	24.2%
	Norte	2.7%	5.9%	2.1%	3.7%	62.1%	23.5%
	Occidente	3.5%	8.8%	2.4%	4.4%	57.5%	23.4%
	<b>Total</b>	<b>4.4%</b>	<b>10.9%</b>	<b>1.8%</b>	<b>2.7%</b>	<b>53.2%</b>	<b>27.0%</b>
2009	Antioquia EC	5.7%	13.4%	1.9%	2.3%	49.1%	27.6%
	Centro	4.3%	9.8%	2.0%	3.6%	56.3%	24.0%
	Norte	3.6%	7.5%	2.6%	4.2%	57.7%	24.3%
	Occidente	4.5%	10.4%	2.8%	4.6%	53.8%	23.9%
	<b>Total</b>	<b>5.3%</b>	<b>12.3%</b>	<b>2.1%</b>	<b>2.5%</b>	<b>51.1%</b>	<b>26.7%</b>

\*Ninguna escolaridad, no significa que estos porcentajes correspondan a personas analfabetas, pues el 7% 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 de EPS SURA, aspecto en el cual se sigue trabajando.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



Recientes estudios han corroborado la diferencia que trae consigo la educación por género. Baldarrago usando datos de la ENDES 2008, encontró como la educación de la madre tiene efectos positivos en la salud del niño, estado nutricional y estatura para su edad y sexo. Él, encontró que gran parte del efecto de la educación puede ser explicado por la habilidad de la madre para la lectura y escritura, y por indicadores de acceso a información como escuchar radio, mirar televisión y leer periódico. También encontró que existen importantes interacciones entre la educación de la madre, la disponibilidad de servicios básicos en el hogar y el uso de servicios de salud comunitarios, implicando que la educación y estos servicios son sustitutivos<sup>32</sup>.

Aunque el nivel de educación de los afiliados al POS de sexo femenino es mayor que la del masculino (ellas presentan una mayor proporción con estudios de secundaria, técnicos y universitarios), según la información consignada en el cuadro 19, periodo 2008 a 2010, pareciera que el nivel educativo tanto de hombres como mujeres estuviera empeorando, sin embargo, este puede ser el resultado del aumento constante en la proporción de afiliados con falta de información sobre esta característica (ninguna educación o desconocida).

32. Baldarrago, E. La educación de la madre como determinante de la salud del niño: Evidencia para el Perú en base a la ENDES. Universidad Católica San Pablo – UCSP. [acceso 15 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/educacion/La\\_educacion\\_de\\_la\\_madre\\_como\\_determinante\\_de\\_la\\_salud\\_del\\_nino.pdf](http://cies.org.pe/files/documents/investigaciones/educacion/La_educacion_de_la_madre_como_determinante_de_la_salud_del_nino.pdf)



**Cuadro 19. Nivel educativo de afiliados por género. POS de EPS SURA 2008-2010**

Escolaridad	Mujer			Hombre		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Ninguna	46.2%	48.7%	50.9%	51.0%	53.2%	55.6%
Primaria	6.8%	5.7%	4.8%	5.7%	4.7%	3.9%
Secundaria	14.7%	13.3%	11.8%	12.2%	11.1%	9.9%
Técnica	2.5%	2.3%	2.1%	1.8%	1.7%	1.5%
Universitaria	3.3%	15.6%	2.8%	2.9%	12.9%	2.6%
Desconocido	26.4%	26.9%	27.4%	23.9%	26.3%	26.4%

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2008 - 2010.



La relación entre nivel de educación y de ingreso, de los afiliados al POS de EPS SURA en 2010, por municipio, se puede ver en los cuadros 17 y 20, en ellos se observa que los municipios con la mayor proporción de afiliados de menor nivel educativo fueron los mismos de menor ingreso, ellos fueron: Don Matías, Tenjo, Santa Rosa de Osos y Barbosa, principalmente y, los municipios con afiliados de mayor nivel educativo y también de ingresos fueron: Buga, Chía, Zipaquirá, Cali, Bogotá, Manizales, Cartagena, Barranquilla y Palmira.

**Cuadro 20.** Nivel educativo de afiliados por municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	Nivel educativo						Total
	Primaria	Secundaria	Técnica	Universidad	Ninguna	Desconocida	afil expuestos
<b>Antioquia EC</b>	<b>4.8%</b>	<b>12.1%</b>	<b>1.8%</b>	<b>2.3%</b>	<b>50.7%</b>	<b>28.2%</b>	<b>879,737</b>
Apartado	0.7%	1.3%	0.3%	0.5%	72.8%	24.6%	3,618
Barbosa	3.1%	5.4%	0.3%	0.4%	65.3%	25.4%	1,689
Bello	4.9%	14.6%	1.8%	1.1%	49.1%	28.5%	73,588
Caldas	6.9%	16.1%	1.5%	0.8%	49.2%	25.4%	30,927
Copacabana	4.7%	12.9%	1.5%	1.1%	55.6%	24.2%	13,656
Don Matías	8.1%	9.5%	0.5%	0.4%	54.5%	26.9%	3,904
Envigado	4.6%	12.8%	2.3%	2.8%	51.4%	26.2%	42,298
Girardota	6.5%	15.1%	1.4%	0.8%	50.2%	25.9%	14,106
Guarne	4.9%	8.9%	1.1%	0.7%	58.4%	26.0%	1,733
Itaguí	5.3%	15.1%	1.7%	1.0%	48.8%	28.1%	87,664
La Ceja	9.0%	11.3%	0.9%	0.8%	51.5%	26.5%	12,246
Marinilla	4.5%	10.7%	0.9%	0.6%	56.5%	26.8%	3,183
Medellín	4.5%	11.4%	1.9%	3.1%	49.6%	29.5%	518,159
Rionegro	6.8%	13.2%	1.5%	1.6%	50.3%	26.6%	34,620
Sabaneta	4.7%	13.0%	2.3%	1.9%	53.1%	25.0%	13,640
Santa Rosa Osos	6.7%	8.9%	0.7%	0.1%	59.9%	23.7%	1,603
Yarumal	10.5%	11.2%	0.9%	0.6%	50.1%	26.6%	1,251
Armenia	0.3%	0.9%	0.1%	0.4%	86.3%	12.1%	2,610
Manizales	0.4%	0.9%	0.2%	1.3%	83.2%	13.9%	11,935
Pereira	0.6%	2.1%	0.6%	1.8%	77.1%	17.8%	7,308
<b>Centro</b>	<b>3.4%</b>	<b>8.4%</b>	<b>1.7%</b>	<b>3.5%</b>	<b>58.8%</b>	<b>24.2%</b>	<b>171,750</b>
Bogotá	3.3%	8.7%	1.8%	3.8%	57.4%	24.9%	142,979
Bucaramanga	0.6%	1.2%	0.4%	1.3%	80.8%	15.6%	12,483
Chía	3.5%	6.9%	1.4%	3.0%	60.7%	24.4%	3,375
Madrid	1.7%	4.6%	1.0%	0.8%	72.7%	19.3%	2,466
Tenjo	18.2%	12.5%	0.5%	0.5%	49.2%	19.2%	1,580
Zipaquirá	6.6%	16.1%	2.5%	1.8%	47.2%	25.9%	8,867
<b>Norte</b>	<b>2.7%</b>	<b>5.9%</b>	<b>2.1%</b>	<b>3.7%</b>	<b>62.1%</b>	<b>23.5%</b>	<b>95,059</b>
Barranquilla	3.0%	6.4%	2.4%	4.3%	59.2%	24.7%	74,898
Cartagena	0.7%	1.1%	0.7%	1.6%	79.8%	16.1%	12,460
Soledad	2.9%	8.7%	2.2%	0.9%	61.6%	23.7%	7,702
<b>Occidente</b>	<b>3.5%</b>	<b>8.8%</b>	<b>2.4%</b>	<b>4.4%</b>	<b>57.5%</b>	<b>23.4%</b>	<b>71,337</b>
Buga	7.1%	11.6%	1.9%	5.7%	48.1%	25.5%	1,570
Cali	3.5%	8.8%	2.5%	4.4%	57.3%	23.5%	67,450
Jamundí	1.4%	4.7%	1.2%	0.8%	76.0%	16.0%	755
Palmira	3.5%	7.1%	1.9%	2.6%	64.8%	20.2%	1,562
<b>Total</b>	<b>4.4%</b>	<b>10.9%</b>	<b>1.8%</b>	<b>2.7%</b>	<b>53.2%</b>	<b>27.0%</b>	<b>1,217,884</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



### 1.3.10 Otros índices demográficos. POS de EPS SURA

En el cuadro 21 se ilustran los indicadores de estado<sup>33</sup> de la EPS SURA y su respectiva variación en el último quinquenio, años 2006 a 2010. Es de resaltar la disminución en la proporción de los menores de 15 años y la de mujeres, y el aumento del índice de envejecimiento, el cual aumento 1,5 unidades al pasar de 22,3 afiliados mayores de 65 años por cada cien menores de 15 años a 23,8; los demás indicadores registraron una tendencia al incremento en el periodo analizado.

**Cuadro 21. Indicadores de estado. POS de EPS SURA 2006-2010**

Indicadores de estado	Año					Variación	
	2006	2007	2008	2009	2010	2010-2006	
Población Total	955,093	1,050,462	1,107,923	1,138,454	1,217,884	27.5%	
Población Femenina	501,525	548,453	577,377	595,529	637,055	27.0%	
Población Masculina	453,568	502,008	530,546	542,925	580,829	28.1%	
% Hombres	47.5%	47.8%	47.9%	47.7%	47.7%	0.2%	
% Mujeres	52.5%	52.2%	52.1%	52.3%	52.3%	-0.2%	
% menores de 15 años	24.6%	23.7%	23.2%	23.6%	23.0%	-1.5%	
% 60 y más años	8.2%	8.3%	8.5%	8.4%	8.4%	0.3%	
Índice de Masculinidad	0.905	0.916	0.919	0.912	0.912	0.007	
Índice de Envejecimiento	22.3	23.5	24.5	23.3	23.8	1.50	

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2006 - 2010.



<sup>33</sup> Indicadores de estado, son los indicadores que utiliza la demografía para realizar su función, y son entre otros: tamaño de la población, composición por sexo y edad, composición urbano-rural etc.



#### 1.4 Natalidad y fecundidad

Erróneamente, los conceptos de natalidad y fecundidad, son considerados a veces como sinónimos, aún cuando ambos hacen referencia al suceso demográfico del nacimiento, de hecho reflejan dos aspectos distintos de la realidad demográfica.

La “natalidad” mide la frecuencia de los nacimientos ocurridos en el seno de una población tomada en su conjunto en un tiempo determinado. En cambio, con la “fecundidad” se identifica la frecuencia de los nacimientos que tienen lugar dentro del subconjunto en edad de procrear. La fecundidad es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica. Ella puede aplicarse también a cualquier especie biológica o incluso a la tierra misma.

El descenso de la natalidad puede ser consecuencia de factores distintos, por un lado puede ser debido a una disminución en la fecundidad pero, por otro, puede estar motivado por el cambio en la estructura de la población. En una población envejecida, en la que cada vez habrá menos población en edad de procrear (siempre y cuando no haya inmigración), aunque se mantuviese, o incluso aumentara algo la intensidad de la fecundidad, la natalidad disminuiría.

##### 1.4.1 Natalidad

La Natalidad mide el efecto de la fecundidad sobre el crecimiento de la población, relacionando el número total de nacimientos con la población total en un período determinado. 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<sup>34</sup>.

El control de la natalidad es un importante factor social, ya que éste se entiende como el uso consciente de toda práctica que permita el acto sexual a la par que se reduce la probabilidad de la concepción, es decir, la regulación voluntaria del número de embarazos.

---

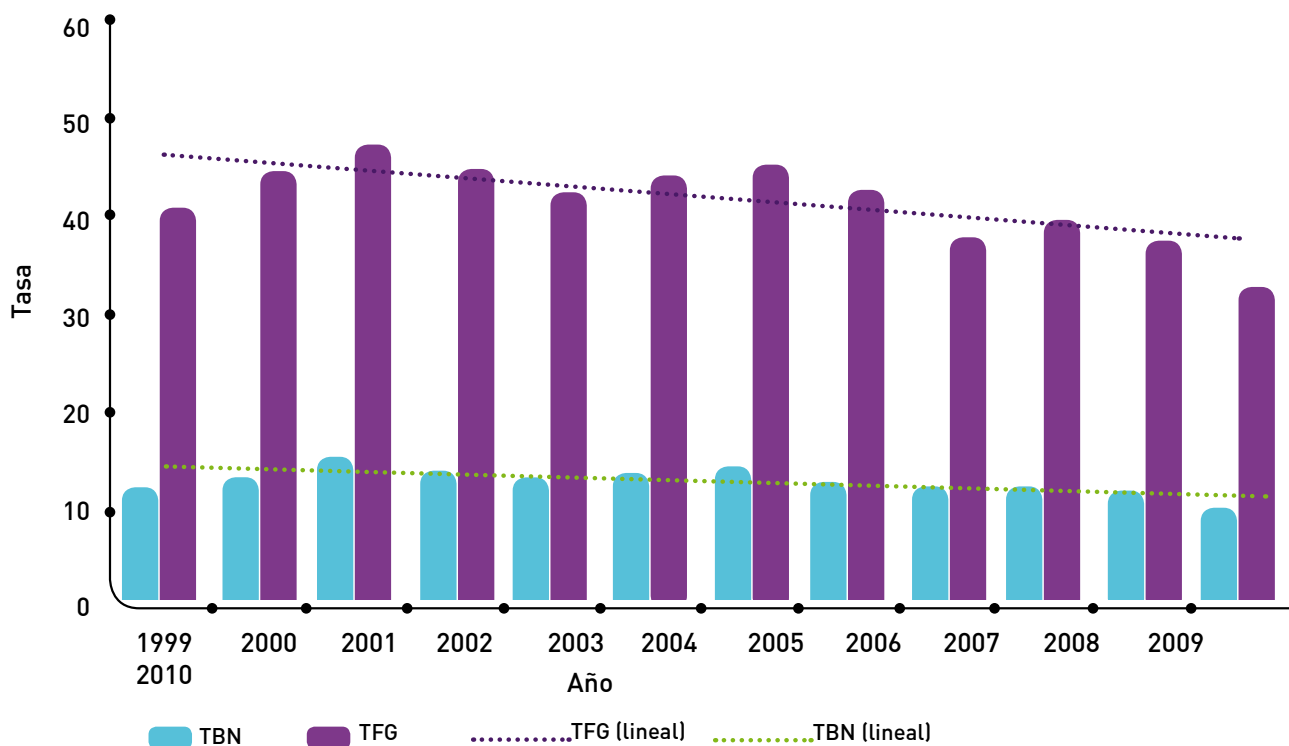
34 Natalidad. [acceso 15 de junio de 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Natalidad>

La verdad sobre la evolución demográfica de los países del mundo ya es indiscutible. Cada vez es más evidente y notorio que el mundo está comprometido en un decrecimiento demográfico muy importante, cuyo comienzo puede situarse alrededor de 1968. En 51 países, la fecundidad ya es inferior al umbral del reemplazo de las generaciones. Incluso quince de estos países registran cada año más muertes que nacimientos. En los países musulmanes del norte de África y Oriente Próximo, la natalidad ha descendido entre 1975 y 2005, de 6,8 hijos por mujer (de 15 a 49 años) a 3,7, hecho que ha ocurrido en 30 años. Europa ha pasado de un promedio de 6 hijos a 2, entre los años 50 y 90, y el proceso de decrecimiento sigue en marcha<sup>35</sup>.

En Colombia, el descenso de la tasa bruta de natalidad (TBN) viene presentándose desde 1964, año en el que alcanzó a ser de 47,2 nacimientos por cada 1.000 individuos. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2010, la tasa bruta de natalidad pasó de 20 nacimientos por 1.000 habitantes en 2005 a 18 por 1.000 en 2010.

En los afiliados al POS de la EPS SURA, en 2010, la TBN se estimó en 10,5 nacidos vivos por cada 1.000 afiliados, valor más bajo registrado desde el año 1999, gráfica 12.

**Gráfica 12. Tasa de Fecundidad General y Tasa Bruta de Natalidad. POS EPS SURA 1999-2010**



TBN: Tasa Bruta de Natalidad y TFG: Tasa de Fecundidad General.

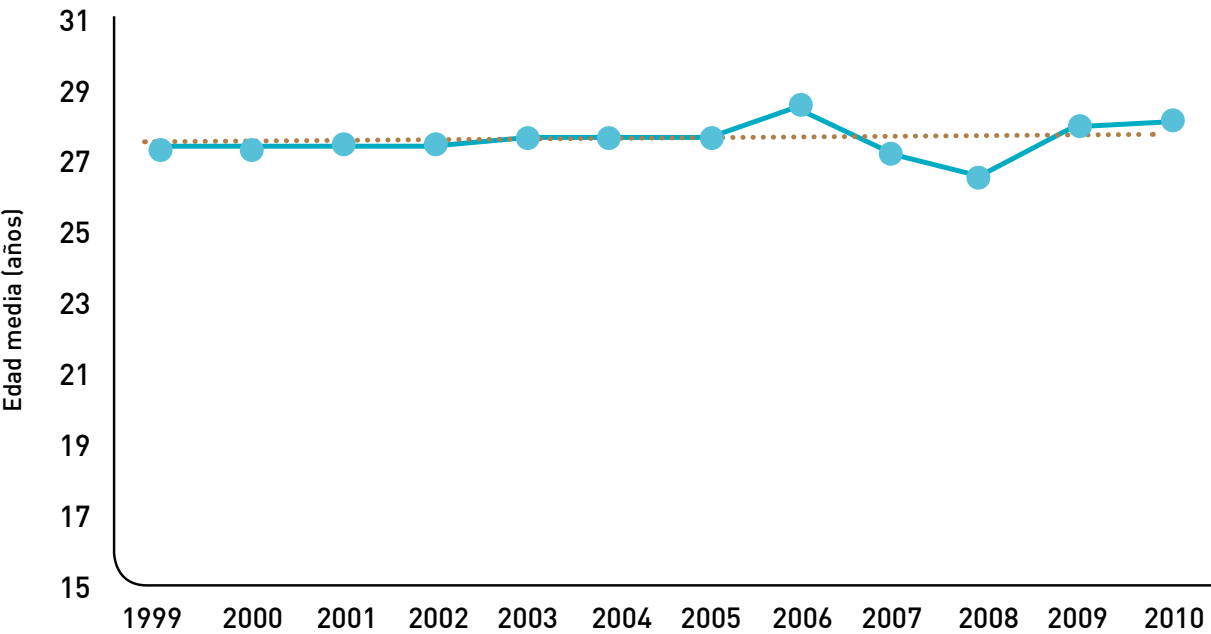
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 1999 - 2010.



Por su parte, la edad media de la maternidad aumentó ligeramente. En 2010 se situó en 27,9 años; esto es un incremento de 0,8 años en relación con la edad registrada en 1999, gráfica 13.

35 Cadarso, H. Natalidad en el Mundo. [acceso 15 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.ensayos/Natalidad-En-El-Mundo/1588476.html>

Gráfica 13. Tasa de Fecundidad General y Tasa Bruta de Natalidad. POS EPS SURA 1999-2010



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 1999-2010.

Por regional, en 2010, las tasas oscilaron entre 9,5 nacimientos por cada 1.000 afiliados, registrada en Occidente, y 15,2 registrada en la regional Norte, cuadro 22.

Cuadro 22. Tasa Bruta de Natalidad (TBN) y Tasa de Fecundidad General (TFG) por regional. POS de EPS SURA 2010

Año	Regional	TBN por 1000 afi.exp	TFG por 1000 MEF
2010	Antioquia EC	9.6	30.9
	Centro	12.6	40.9
	Norte	15.2	51.9
	Occidente	9.5	31.1
	Total 2010	10.5	33.9

MEF: Mujer en edad fértil (entre 15 y 49 años).

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.

1.4.2 Fecundidad

La fecundidad, caracteriza la intensidad de la procreación, como resultado de la actividad reproductiva de una persona, de una pareja, de un grupo o de una población. También es considerada la actitud fisiológica para reproducirse.

- Su resultado está determinado por aspectos biológicos y sociales.
- Biológicos, como la herencia, la edad, el ciclo de ovulación, el impulso sexual, la lactancia, la esterilidad y la mortalidad intrauterina, y
  - Sociales, como el nivel educativo, la ocupación, la posición entre la estructura socioeconómica, la urbanización y el estado conyugal.



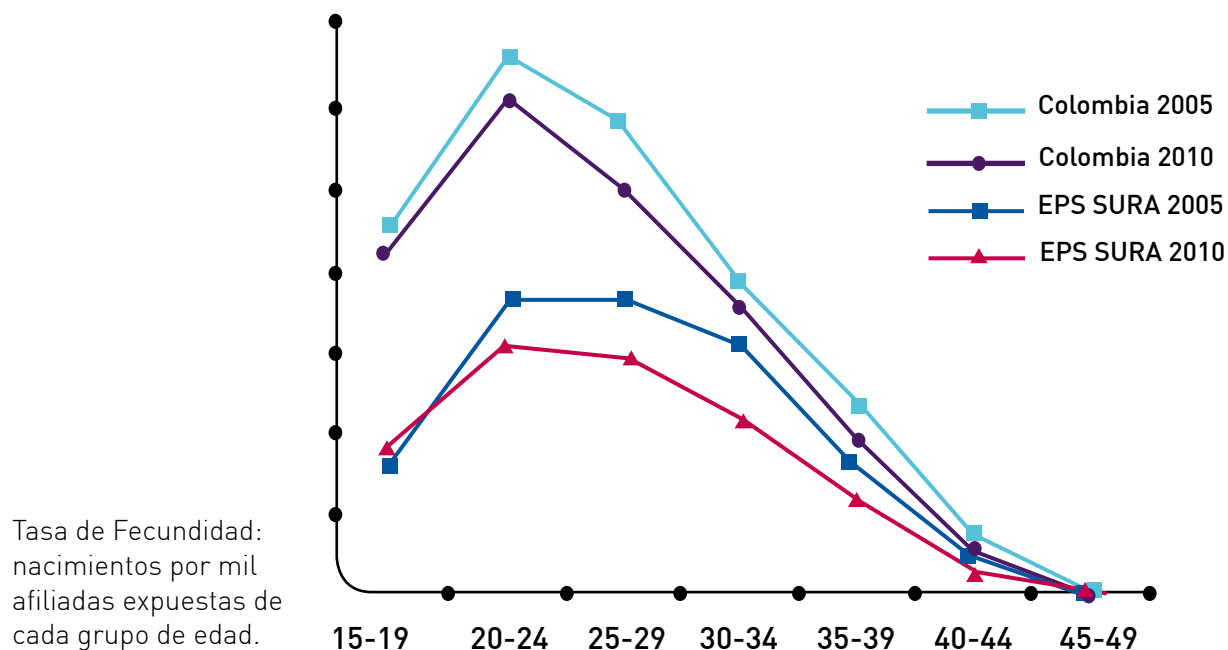
La tasa de fecundidad general (TFG) relaciona el número de nacidos con las posibilidades concretas de procreación, es decir, con el número de mujeres en edad fértil (MEF: mujeres entre 15 y 49 años).

La fecundidad es quizás la variable que más incide en el crecimiento de la población. Desde la década de los años sesenta se empezó el descenso de este indicador en el mundo, decremento que sigue observándose, aunque a un menor ritmo. Además, el análisis de la Tasa de Fecundidad por Edad (TFE) señala que aún hay grupos de población con fecundidad relativamente alta, entre los que se encuentra el de las adolescentes de 15 a 19 años<sup>36</sup>.

De acuerdo a los datos arrojados por la ENDS, 2010<sup>37</sup>, en Colombia, la tasa de fecundidad general estimada para el año 2010 fue de 74,0 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 - 49 años). En la gráfica 14, se observa como esta tasa es de cúspide temprana en el grupo de 20 a 24 años, grupo de edad con la mayor tasa, seguido por el de 25-29 y el de 15-19 años. La edad media de la fecundidad fue de 27,5 años.

En las afiliadas de la EPS SURA, en 2010, la TFG fue de 33,9 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil. Al igual que en la población colombiana, la TFE es de cúspide temprana en el grupo de 20 a 24 años, seguido por el de 25-29 y el de 30-34 años. La edad media de la fecundidad fue de 27,9 años. Tanto en Colombia como en la EPS SURA, continúa disminuyendo la fecundidad en todos los grupos, excepto para el grupo de 15 a 19 años en la EPS, gráfica 14 y cuadro 23.

**Gráfica 14. Tasas de Fecundidad por Edad (TFE). Colombia y POS de EPS SURA 2005 y 2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010. Profamilia. ENDS. 2010.



36. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

37. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

Cuadro 23. Tasa Fecundidad por Edad. POS de EPS SURA 2005 y 2010

		Grupo edad						
	Año	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
EPS SURA	2005	32	73	74	62	33	10	1
	2010	36	61	59	43	23	6	0
Colombia	2005	90	132	116	77	46	15	2
	2010	84	122	100	70	38	12	2
Diferencia EPS SURA	2005-2010	4	-12	-15	-19	-10	-4	-1
Diferencia Colombia	2005-2010	-6	-10	-16	-7	-8	-3	0

Tasa de Fecundidad: nacimientos por mil afiliadas expuestas de cada grupo de edad.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010. Profamilia. ENDS. 2010.



En el cuadro 24, se encuentra la distribución de las tasas de fecundidad de la EPS SURA, por municipio y por grupos de edad, entre los cuales se incluye en grupo de 10-14 años. En este cuadro es importante destacar las TFE del grupo de 10-14 años, registradas en los municipios de: Don Matías, Marinilla, Pereira, Manizales, Caldas, Itagüí, La Ceja, Medellín, Copacabana, Bello, Envigado, Cali y Bogotá.



**Cuadro 24. Tasa de Fecundidad\* por Edad y municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Grupos edad (años)								TFE
	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	
<b>Antioquia EC</b>	<b>1.4</b>	<b>35.2</b>	<b>55.2</b>	<b>52.4</b>	<b>39.3</b>	<b>21.3</b>	<b>5.3</b>	<b>0.2</b>	<b>30.9</b>
Apartado	0.0	74.4	91.5	49.0	58.1	9.0	0.0	0.0	42.9
Barbosa	0.0	14.2	54.4	93.2	14.1	16.1	0.0	0.0	29.5
Bello	0.9	42.9	60.0	50.6	40.3	19.2	4.5	0.4	28.8
Caldas	2.2	44.1	52.0	47.9	32.2	13.1	4.2	1.7	25.2
Copacabana	1.5	33.1	62.9	56.1	29.5	24.0	1.6	0.0	27.1
Don Matías	10.0	39.7	66.6	62.7	23.4	11.7	5.4	0.0	27.7
Envigado	0.6	21.8	49.8	46.7	40.1	29.1	8.9	0.0	25.3
Girardota	0.0	26.7	75.8	47.3	45.1	19.4	3.5	0.0	27.7
Guarne	0.0	29.0	72.9	34.5	73.7	28.7	0.0	0.0	33.1
Itagüí	2.1	35.0	51.0	60.3	43.1	19.6	5.6	0.3	28.1
La Ceja	1.6	43.9	73.2	50.3	42.6	38.7	6.4	0.0	32.7
Marinilla	5.9	8.8	82.8	64.3	46.8	18.0	8.5	0.0	32.0
Medellín	1.5	34.7	53.4	51.6	38.3	20.9	5.1	0.1	26.7
Rionegro	0.0	36.1	71.6	66.3	49.0	31.4	10.0	0.8	34.2
Sabaneta	0.0	27.3	62.3	38.5	46.1	21.8	1.5	0.0	25.3
Santa Rosa de Osos	0.0	33.3	40.1	55.0	27.9	86.8	43.3	0.0	34.3
Yarumal	0.0	42.5	42.7	19.8	20.9	0.0	0.0	0.0	16.0
Armenia	0.0	21.5	15.3	24.8	20.7	10.0	0.0	0.0	13.0
Manizales	2.2	30.1	39.1	48.1	36.8	19.8	3.6	0.0	24.1
Pereira	3.2	46.3	65.0	61.8	32.4	15.1	6.6	0.0	30.5
<b>Centro</b>	<b>0.7</b>	<b>41.7</b>	<b>71.9</b>	<b>66.4</b>	<b>46.9</b>	<b>27.9</b>	<b>8.0</b>	<b>0.5</b>	<b>40.9</b>
Bogotá	0.8	41.4	70.9	65.5	45.8	26.8	7.6	0.6	35.4
Bucaramanga	0.0	42.4	70.5	72.4	38.7	26.5	12.4	0.0	38.5
Chía	0.0	70.4	117.4	112.8	106.3	29.0	0.0	0.0	58.0
Madrid	0.0	27.7	80.4	50.9	41.2	33.8	0.0	0.0	29.7
Tenjo	0.0	23.1	133.8	36.6	0.0	42.5	15.1	0.0	26.2
Zipaquirá	0.0	43.5	62.3	61.0	72.1	43.6	11.6	0.0	35.0
<b>Norte</b>	<b>0.0</b>	<b>37.1</b>	<b>90.1</b>	<b>95.6</b>	<b>70.5</b>	<b>28.4</b>	<b>7.1</b>	<b>0.0</b>	<b>51.9</b>
Barranquilla	0.0	35.7	91.1	102.1	70.5	29.5	7.8	0.0	46.5
Cartagena	0.0	41.2	77.6	57.8	54.6	22.6	2.2	0.0	34.7
Soledad	0.0	42.4	98.5	92.4	90.9	23.4	7.9	0.0	48.2
<b>Occidente</b>	<b>1.1</b>	<b>31.4</b>	<b>60.7</b>	<b>63.5</b>	<b>38.1</b>	<b>16.9</b>	<b>6.5</b>	<b>1.0</b>	<b>31.1</b>
Buga	0.0	15.2	25.7	23.3	16.6	16.8	0.0	0.0	9.9
Cali	1.1	32.3	62.5	63.3	38.1	16.6	7.0	1.1	27.9
Jamundí	0.0	37.1	0.0	119.7	88.9	0.0	0.0	0.0	36.4
Palmira	0.0	0.0	22.3	63.7	25.5	44.7	0.0	0.0	19.7
<b>Total general</b>	<b>1.2</b>	<b>36.0</b>	<b>60.6</b>	<b>58.6</b>	<b>42.8</b>	<b>22.5</b>	<b>5.9</b>	<b>0.3</b>	<b>33.9</b>

\*Tasa de Fecundidad: nacimientos por mil afiliadas expuestas de cada grupo de edad.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



La Tasa Global de Fecundidad (TGF), también llamada Índice Sintético de Fecundidad o Fertilidad o Número Medio de Hijos por Mujer. Es una tasa muy utilizada y no siempre bien interpretada, que refleja el número medio de hijos que tendrá una mujer a lo largo de su vida reproductiva.

En Colombia, la TGF continúa bajando al pasar de 2,4 hijos por mujer en 2005 a 2,1 en 2010<sup>38</sup>. En la EPS SURA, gráfica 15, también viene disminuyendo y pasó de 1,4 en 2005 a 1,1 en 2010. Por Regional, el descenso ha sido más marcado en la regional del Norte donde durante el mismo periodo de tiempo pasó de 3,0 hijos por mujer a 1,7. Es importante señalar que en todas las regionales, en 2010, este indicador se encontró por debajo del nivel de reemplazo<sup>39</sup>, el cual es igual a 2,1 hijos por mujer.

**Gráfica 15. Tasa Global de Fecundidad por regional. POS de EPS SURA. 2005 y 2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2005 y 2010.



38. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

39. Nivel de reemplazo: hijos por mujer para garantizar el reemplazo generacional.

## 1.5 Características demográficas de las gestantes

Al inicio de este capítulo se mencionó la importancia de características como, el estado civil, el nivel educativo y el de ingresos, tienen en el estado de salud de las personas. Por tal motivo, se hace la caracterización de la población de gestantes de la EPS, con el fin de obtener información sobre aspectos que pueden influir en la salud de las maternas, hecho de vital importancia debido a su relación con dos grupos estratégicos de población como lo son: las madres y los hijos menores de edad.

Referente al nivel educativo de las gestantes en Colombia, los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada cada cinco años desde 1990, han encontrado que a mayor educación de la madre es menor la mortalidad perinatal<sup>40</sup>, siendo mayor al doble la de mujeres sin educación en relación con la de mujeres con educación superior (29 a 12 muertes perinatales por 1.000 embarazos)<sup>41</sup>.

En las afiliadas a la EPS SURA, el 58,2% de las gestantes no tenían ninguna educación, aspecto que tiene gran importancia en lo relacionado con el aumento de la morbi-mortalidad infantil y materna; el 2,2% tenían estudios de primaria, el 8,2% estudios de secundaria y el 4,1% estudios técnicos o universitarios, cuadro 25. Sin embargo, es importante señalar nuevamente la gran proporción de registros donde se desconoce el dato sobre esta variable, lo cual posiblemente se deba a un sub registro en la información.

**Cuadro 25. Nivel Educativo de las Gestantes. POS de EPS SURA 2005-2010**

Nivel educativo	Año					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ninguna	33.6%	44.6%	53.8%	68.0%	52.6%	58.2%
Primaria	7.5%	7.0%	6.7%	2.5%	2.9%	2.2%
Secundaria	43.0%	34.4%	28.2%	21.4%	11.3%	8.2%
Tecnica-Universitaria	15.9%	14.0%	11.3%	7.5%	4.7%	4.1%
Desconocida					28.5%	27.2%

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2005 - 2010.



En el cuadro 26, se encuentra la distribución de las gestantes de la EPS de acuerdo al nivel educativo y municipio. En este cuadro es importante destacar la casi total falta de información sobre esta característica en los municipios de: Manizales, Pereira, Armenia, Jamundí y Cartagena, principalmente.

40. Mortalidad perinatal: número de nacidos muertos de más de 28 semanas de gestación más niños muertos antes de siete 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.

41. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. pág.190.

**Cuadro 26. Nivel Educativo de las Gestantes por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Nivel escolaridad						Total
	Ninguna	Primaria	Secundaria	Técnica	Universitaria	Desconocida	Gestantes
<b>Antioquia EC</b>	<b>54.98%</b>	<b>2.64%</b>	<b>9.72%</b>	<b>2.20%</b>	<b>1.81%</b>	<b>28.65%</b>	<b>17,063</b>
Apartado	51.02%	0.00%	1.02%	0.00%	0.00%	47.96%	98
Barbosa	65.79%	2.63%	2.63%	0.00%	0.00%	28.95%	38
Bello	50.75%	2.44%	10.43%	2.44%	1.15%	32.79%	1,476
Caldas	49.74%	5.25%	12.96%	2.45%	1.40%	28.20%	571
Copacabana	56.92%	3.56%	9.88%	0.79%	0.79%	28.06%	253
Don Matías	61.11%	3.33%	10.00%	1.11%	0.00%	24.44%	90
Envigado	61.30%	1.33%	9.18%	2.39%	2.53%	23.27%	752
Girardota	47.08%	2.72%	12.84%	3.89%	0.39%	33.07%	257
Guarne	69.44%	2.78%	13.89%	0.00%	0.00%	13.89%	36
Itagüí	52.56%	2.94%	12.16%	2.36%	1.33%	28.65%	1,735
La Ceja	50.75%	6.77%	8.65%	3.01%	0.00%	30.83%	266
Marinilla	47.14%	1.43%	10.00%	1.43%	0.00%	40.00%	70
Medellín	55.17%	2.54%	9.27%	2.24%	2.28%	28.50%	9,820
Rionegro	51.24%	3.36%	12.94%	1.99%	1.00%	29.48%	804
Sabaneta	54.69%	1.56%	9.38%	3.13%	1.17%	30.08%	256
Santa Rosa Osos	63.16%	2.63%	7.89%	0.00%	0.00%	26.32%	38
Yarumal	47.37%	5.26%	15.79%	0.00%	0.00%	31.58%	19
Armenia	77.33%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	22.67%	75
Manizales	84.32%	0.00%	0.42%	0.00%	0.42%	14.83%	236
Pereira	73.99%	0.58%	1.16%	0.00%	1.73%	22.54%	173
<b>Centro</b>	<b>63.31%</b>	<b>1.90%</b>	<b>6.02%</b>	<b>1.88%</b>	<b>2.08%</b>	<b>24.80%</b>	<b>4,467</b>
Bogotá	62.29%	1.64%	6.38%	2.10%	2.24%	25.34%	3,713
Bucaramanga	80.26%	0.00%	0.53%	0.00%	0.53%	18.68%	380
Chía	61.70%	2.13%	4.26%	1.06%	2.13%	28.72%	94
Madrid	67.21%	4.92%	9.84%	0.00%	0.00%	18.03%	61
Tenjo	55.56%	7.41%	3.70%	0.00%	0.00%	33.33%	27
Zipaquirá	50.00%	8.85%	9.90%	2.60%	3.13%	25.52%	192
<b>Norte</b>	<b>66.41%</b>	<b>0.74%</b>	<b>4.40%</b>	<b>2.01%</b>	<b>2.15%</b>	<b>24.30%</b>	<b>2,980</b>
Barranquilla	65.52%	0.78%	4.78%	2.41%	2.59%	23.92%	2,320
Cartagena	75.67%	0.49%	0.97%	0.24%	0.49%	22.14%	411
Soledad	59.44%	0.80%	6.43%	1.20%	0.80%	31.33%	249
<b>Occidente</b>	<b>64.10%</b>	<b>1.59%</b>	<b>5.41%</b>	<b>2.15%</b>	<b>2.84%</b>	<b>23.91%</b>	<b>1,443</b>
Buga	65.22%	8.70%	0.00%	0.00%	4.35%	21.74%	23
Calí	63.68%	1.48%	5.55%	2.22%	2.88%	24.19%	1,352
Jamundí	77.27%	0.00%	4.55%	0.00%	0.00%	18.18%	22
Palmira	69.57%	2.17%	4.35%	2.17%	2.17%	19.57%	46
<b>Total general</b>	<b>58.24%</b>	<b>2.23%</b>	<b>8.23%</b>	<b>2.12%</b>	<b>1.95%</b>	<b>27.22%</b>	<b>25,953</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.





Referente al nivel de ingreso de las gestantes, en Colombia, de los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, de Profamilia<sup>42</sup>, se puede decir que: entre mayor es la educación y más alto el índice de riqueza, mayor es la proporción de gestantes que buscan atención médica prenatal, con lo cual se evitan riesgos en todas las etapas de la gestación, hecho que se presentó en el 98% de las mujeres con educación superior y 97% en las ubicadas en hogares con los índices más altos de riqueza.

La distribución del nivel de ingresos de las gestantes de la EPS SURA, permite deducir que cuatro de cada cinco de ellas tienen ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes mensuales, característica que las ubica en una población de alto riesgo para presentar problemas de salud. Sin embargo, la proporción de gestantes pertenecientes a este nivel de ingresos ha ido disminuyendo y pasó de ser el 86,1% en 2005 a 80,8% en 2010.

**Cuadro 27. Nivel Ingresos de las Gestantes. POS de EPS SURA 2005-2010**

Nivel Ingreso	Año					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Menos de 2 SMLVM	86.1%	88.3%	88.4%	81.0%	84.0%	80.8%
De 2 a 5 SMLVM	12.6%	10.3%	10.5%	16.6%	13.8%	15.5%
Mayor de 5 SMLVM	1.4%	1.4%	1.1%	2.6%	2.2%	3.7%

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2005 - 2010.



En nivel de ingreso de las gestantes de la EPS, por municipio, se encuentra en el cuadro 28. En él es importante destacar los municipios donde más del 90% de sus gestantes pertenecen al nivel más bajo de ingresos (menos de 2 SMLVM), estos son: Don Matías, Barbosa Santa Rosa de Osos, Guarne, Jamundí y tenjo.

42. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

**Cuadro 28.** Nivel Ingresos de las Gestantes por Municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	Menos 2 SMLVM	De 2 a 5 SMLVM	5 o más SMLVM	Total gestantes
<b>Antioquia EC</b>	<b>81.1%</b>	<b>15.3%</b>	<b>3.6%</b>	<b>17,063</b>
Apartado	78.6%	19.4%	2.0%	98
Barbosa	94.7%	5.3%	0.0%	38
Bello	82.6%	16.1%	1.4%	1,476
Caldas	83.4%	15.6%	1.1%	571
Copacabana	87.0%	12.3%	0.8%	253
Don Matías	96.7%	3.3%	0.0%	90
Envigado	75.5%	19.5%	4.9%	752
Girardota	81.3%	17.5%	1.2%	257
Guarne	91.7%	5.6%	2.8%	36
Itagüí	83.7%	14.8%	1.4%	1,735
La Ceja	88.3%	10.2%	1.5%	266
Marinilla	85.7%	12.9%	1.4%	70
Medellín	79.9%	15.2%	4.8%	9,820
Rionegro	84.0%	14.4%	1.6%	804
Sabaneta	78.9%	19.1%	2.0%	256
Santa Rosa Osos	92.1%	7.9%	0.0%	38
Yarumal	78.9%	21.1%	0.0%	19
Armenia	84.0%	14.7%	1.3%	75
Manizales	78.4%	17.4%	4.2%	236
Pereira	83.2%	9.8%	6.9%	173
<b>Centro</b>	<b>80.7%</b>	<b>14.7%</b>	<b>4.6%</b>	<b>4,467</b>
Bogotá	80.7%	14.7%	4.6%	3,713
Bucaramanga	83.9%	13.9%	2.1%	380
Chía	79.8%	12.8%	7.4%	94
Madrid	85.2%	13.1%	1.6%	61
Tenjo	100.0%	0.0%	0.0%	27
Zipaquirá	71.9%	18.2%	9.9%	192
<b>Norte</b>	<b>79.5%</b>	<b>17.7%</b>	<b>2.8%</b>	<b>2,980</b>
Barranquilla	80.6%	16.7%	2.7%	2,320
Cartagena	72.7%	22.1%	5.1%	411
Soledad	80.3%	19.3%	0.4%	249
<b>Occidente</b>	<b>79.6%</b>	<b>16.4%</b>	<b>4.0%</b>	<b>1,443</b>
Buga	65.2%	26.1%	8.7%	23
Cali	79.4%	16.6%	4.0%	1,352
Jamundí	95.5%	0.0%	4.5%	22
Palmira	84.8%	13.0%	2.2%	46
<b>Total</b>	<b>80.8%</b>	<b>15.5%</b>	<b>3.7%</b>	<b>25,953</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



Como se mencionó anteriormente, estados civiles como el matrimonio donde se comparte responsabilidades y beneficios, tienden a mejorar los comportamientos de salud tanto en hombres como en mujeres, mientras que aquellos donde esto no se da, como es el hecho de estar soltero, la viudez o el divorcio, tienden a socavar la salud debido, entre otras cosas, al descenso de los ingresos.

Referente al estado civil de las gestantes de la EPS SURA, de las 25.953 mujeres que estuvieron en embarazo durante el 2010, 50,4% eran solteras, 30,9% vivían en unión libre, 16,6% eran casadas, 1,9% separadas y 0,2% viudas. En el cuadro 29 se ve como en los últimos años ha venido en aumento la proporción de madres solteras y disminuyendo la proporción de casadas.

**Cuadro 29. Nivel Ingresos de las Gestantes por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Estado Civil	Año					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soltero	41.2%	43.5%	46.1%	58.1%	46.1%	50.4%
Union Libre	28.6%	29.1%	30.3%	19.8%	34.7%	30.9%
Casado	27.3%	25.0%	21.2%	18.4%	16.9%	16.6%
Separado	2.4%	1.9%	1.8%	3.0%	1.9%	1.9%
Viudo	0.4%	0.4%	0.5%	0.5%	0.3%	0.2%
Desconocido	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2005-2010



En el cuadro 30, se encuentra la distribución porcentual de las gestantes de la EPS, de acuerdo a su estado civil y municipio, en él llama la atención la cantidad de municipios en los cuales la proporción de gestantes solteras es mayor de 50%, ellos son: Buga, Bogotá, Envigado, Medellín, Itaguí, Bello, Armenia, Manizales y Pereira.

**Cuadro 30. Estado Civil de las Gestantes por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Estado civil					Total
	Casado	Separado	Soltero	Union Libre	Viudo	Gestantes
<b>Antioquia EC</b>	<b>18.51%</b>	<b>1.98%</b>	<b>51.19%</b>	<b>28.10%</b>	<b>0.23%</b>	<b>17,063</b>
Apartado	2.04%	2.04%	30.61%	65.31%	0.00%	98
Barbosa	26.32%	0.00%	39.47%	34.21%	0.00%	38
Bello	17.07%	2.24%	50.20%	30.35%	0.14%	1,476
Caldas	21.37%	1.05%	48.69%	28.37%	0.53%	571
Copacabana	22.53%	0.79%	42.69%	33.99%	0.00%	253
Don Matías	11.11%	1.11%	44.44%	42.22%	1.11%	90
Envigado	18.09%	2.66%	54.92%	24.07%	0.27%	752
Girardota	26.07%	1.17%	37.35%	35.02%	0.39%	257
Guarne	27.78%	5.56%	41.67%	25.00%	0.00%	36
Itaguí	17.98%	2.13%	51.82%	27.78%	0.29%	1,735
La Ceja	28.20%	2.26%	42.11%	27.44%	0.00%	266
Marinilla	30.00%	0.00%	38.57%	30.00%	1.43%	70
Medellín	17.35%	2.13%	53.19%	27.15%	0.18%	9,820
Rionegro	26.99%	1.24%	43.53%	27.61%	0.62%	804
Sabaneta	25.39%	1.17%	46.09%	27.34%	0.00%	256
Santa Rosa Osos	15.79%	0.00%	36.84%	47.37%	0.00%	38
Yarumal	26.32%	0.00%	42.11%	31.58%	0.00%	19
Armenia	18.67%	0.00%	52.00%	28.00%	1.33%	75
Manizales	21.61%	0.85%	51.27%	26.27%	0.00%	236
Pereira	12.72%	0.58%	50.29%	35.84%	0.58%	173
<b>Centro</b>	<b>10.54%</b>	<b>2.17%</b>	<b>52.59%</b>	<b>34.59%</b>	<b>0.11%</b>	<b>4,467</b>
Bogotá	10.05%	2.34%	53.41%	34.07%	0.13%	3,713
Bucaramanga	13.42%	1.32%	49.47%	35.79%	0.00%	380
Chía	14.89%	0.00%	51.06%	34.04%	0.00%	94
Madrid	4.92%	3.28%	49.18%	42.62%	0.00%	61
Tenjo	0.00%	0.00%	44.44%	55.56%	0.00%	27
Zipaquirá	15.63%	1.56%	45.83%	36.98%	0.00%	192
<b>Norte</b>	<b>16.01%</b>	<b>1.01%</b>	<b>43.86%</b>	<b>38.99%</b>	<b>0.13%</b>	<b>2,980</b>
Barranquilla	16.29%	1.16%	46.03%	36.42%	0.09%	2,320
Cartagena	12.65%	0.00%	40.15%	46.96%	0.24%	411
Soledad	18.88%	1.20%	29.72%	49.80%	0.40%	249
<b>Occidente</b>	<b>14.35%</b>	<b>1.39%</b>	<b>48.37%</b>	<b>35.69%</b>	<b>0.21%</b>	<b>1,443</b>
Buga	4.35%	0.00%	65.22%	30.43%	0.00%	23
Cali	14.72%	1.48%	48.37%	35.21%	0.22%	1,352
Jamundí	13.64%	0.00%	45.45%	40.91%	0.00%	22
Palmira	8.70%	0.00%	41.30%	50.00%	0.00%	46
<b>Total general</b>	<b>16.62%</b>	<b>1.86%</b>	<b>50.43%</b>	<b>30.89%</b>	<b>0.20%</b>	<b>25,953</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



## 1.6 Embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia tiene gran impacto en la vida de los jóvenes, afecta su salud, la de su hijo, su pareja, su familia, el ambiente y la sociedad en su conjunto.

“Asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social, vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos, antes de haber logrado la propia identidad personal y la madurez emocional, genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez bio-psico-social” Adolescent Pregnancy: Selected Topics (1986)<sup>43</sup>.

Barrera (1996), planea que desde el punto de vista psicosocial, se presenta lo que se ha llamado el síndrome del fracaso de la adolescente embarazada, el cual involucra<sup>44</sup>:

- Fracaso del logro de la propia identidad,
- Fracaso en la continuación de sus estudios,
- Fracaso para constituir una familia estable,
- Fracaso para llegar a sostenerse a sí misma, casi siempre dependen de sus padres,
- Fracaso potencial de lograr hijos sanos (tienen mayor riesgo de prematuridad y de tener recién nacidos de alto riesgo perinatal)
- Inmadurez e insuficiente preparación para la adecuada crianza de sus hijos.

La Organización Mundial de Salud define al grupo adolescentes 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.

Identificar la conducta reproductiva de las adolescentes es de gran importancia, no sólo por los embarazos no deseados y abortos, sino también por las consecuencias sociales, económicas y de salud. Aunque los embarazos a muy temprana edad son prácticas socialmente aceptadas en algunas regiones y grupos sociales, ellos no son deseados generalmente en las grandes ciudades donde se dan principalmente en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando lo que se ha llamado la ‘madre soltera’. Embarazos, en los que un alto porcentaje terminan en abortos, practicados por personas no capacitadas, en precarias condiciones sanitarias y poniendo en peligro la vida de la madre. Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, la conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación.

Según resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010, realizada por Profamilia, en Colombia, las adolescentes<sup>45</sup> presentan una tasa de 84 nacimientos por mil adolescentes entre 15 y 19 años. Con relación al 2005, la fecundidad adolescente disminuyó tanto en la zona urbana como en la rural, siendo estas, de 79 a 73 nacimientos por mil y 128 a 122 nacimientos por mil mujeres, respectivamente<sup>46</sup>.

---

43. Mena W. El embarazo precoz. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: [http://www.utchvirtual.net/recursos\\_didacticos/documentos/salud/embarazo-precoz.pdf](http://www.utchvirtual.net/recursos_didacticos/documentos/salud/embarazo-precoz.pdf)

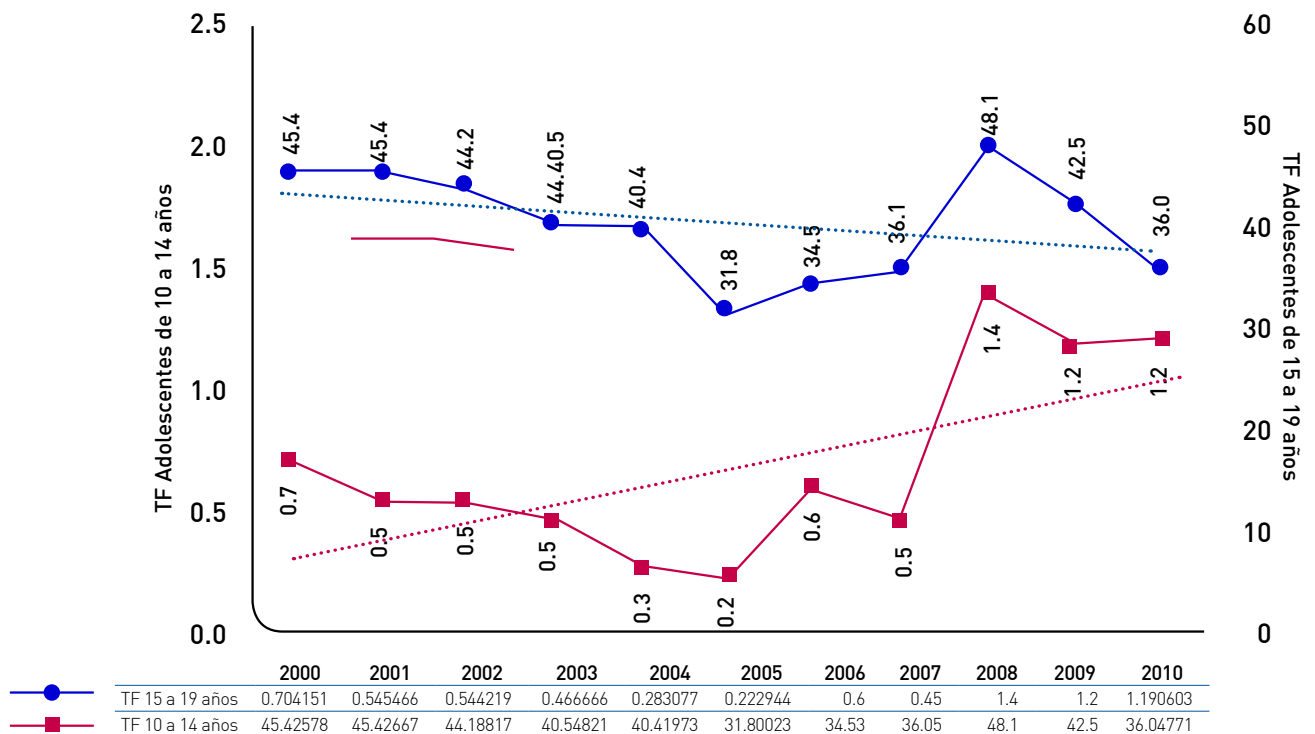
44. Riesgos del embarazo precoz. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/casclin/casclin.shtml>

45. En ella se recogió información de las mujeres desde los 13 años, pero con el fin de comparar con encuestas anteriores, se consideraron adolescentes sólo las mujeres de 15 a 19 años.

46. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

Al mirar la evolución de la tasa de fecundidad por edad en las adolescentes afiliadas al POS de EPS SURA, gráfica 16, se percibe como en general ésta muestra una tendencia a disminuir en el grupo de 15 a 19 años, semejante a la tendencia registrada en la población colombiana, pasó de 45,4 en el año 2000 a 36,0 en 2010. En este grupo, la regional que registró la mayor TFE en 2010 fue la del Centro con 41,7 nacimientos por mil adolescente de 15 a 19 años, cuadro 31. Sin embargo, la tasa de fecundidad viene aumentando en el grupo de 10 a 14 años, al pasar de 0,7 a 1,2 nacimientos por mil adolescentes de este grupo de edad

**Gráfica 16. Tasas de Fecundidad por Edad (TFE) en adolescentes. POS de EPS SURA 2000-2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2000- 2010.



En el cuadro 31, se encuentran las TFE de adolescentes de la EPS, en él se deben resaltar las tasas registradas en el grupo de 10 a 14 años, situación que es más preocupante en las regionales de Antioquia EC, en los municipios de Don Matías, Marinilla, Itagüí, Caldas, La Ceja, Copacabana, Medellín, Bello y Envigado; regional Centro, en Bogotá; y regional Occidente, en Cali.

**Cuadro 31. Tasa de Fecundidad por Edad en adolescentes por Municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	De 10 a 14 años			De 15 a 19 años		
	Partos	Adolescentes Exp	TFE	Partos	Adolescentes Exp	TFE
<b>Antioquia EC</b>	<b>52</b>	<b>35,915</b>	<b>1.45</b>	<b>1,154</b>	<b>32,749</b>	<b>35.24</b>
Apartado	0	151	0.00	10	134	74.42
Barbosa	0	73	0.00	1	70	14.24
Bello	3	3,351	0.90	129	3,005	42.93
Caldas	3	1,360	2.21	56	1,270	44.10
Copacabana	1	655	1.53	19	575	33.05
Don Matías	2	200	9.98	6	151	39.73
Envigado	1	1,550	0.65	34	1,561	21.78
Girardota	0	646	0.00	14	524	26.71
Guarne	0	74	0.00	2	69	29.01
Itagüí	8	3,768	2.12	123	3,482	35.32
La Ceja	1	608	1.64	22	502	43.87
Marinilla	1	170	5.89	1	114	8.77
Medellín	30	20,203	1.48	645	18,579	34.72
Rionegro	0	1,558	0.00	46	1,275	36.07
Sabaneta	0	551	0.00	14	513	27.29
Santa Rosa Osos	0	88	0.00	2	60	33.27
Yarumal	0	56	0.00	2	47	42.46
Armenia	0	98	0.00	2	93	21.50
Manizales	1	447	2.24	14	465	30.09
Pereira	1	310	3.23	12	259	46.35
<b>Centro</b>	<b>5</b>	<b>7,515</b>	<b>0.67</b>	<b>261</b>	<b>6,260</b>	<b>41.69</b>
Bogotá	5	6,167	0.81	211	5,098	41.39
Bucaramanga	0	460	0.00	19	448	42.45
Chía	0	159	0.00	9	128	70.36
Madrid	0	148	0.00	3	108	27.66
Tenjo	0	105	0.00	2	87	23.06
Zipaquirá	0	475	0.00	17	391	43.51
<b>Norte</b>	<b>0</b>	<b>4,108</b>	<b>0.00</b>	<b>115</b>	<b>3,103</b>	<b>37.06</b>
Barranquilla	0	3,159	0.00	86	2,407	35.73
Cartagena	0	547	0.00	17	412	41.22
Soledad	0	402	0.00	12	283	42.39
<b>Occidente</b>	<b>3</b>	<b>2,857</b>	<b>1.05</b>	<b>74</b>	<b>2,385</b>	<b>31.03</b>
Buga	0	80	0.00	1	66	15.19
Cali	3	2,688	1.12	72	2,232	32.26
Jamundí	0	36	0.00	1	27	37.10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>50,395</b>	<b>1.19</b>	<b>1,604</b>	<b>44,497</b>	<b>36.05</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.





Conocedor de la magnitud del problema, la EPS SURA está apoyando actualmente algunos programas piloto dirigidos a los preadolescentes y adolescentes, los cuales están enfocados hacia la construcción de un espacio de participación, reflexión y orientación donde se fortalezcan herramientas y habilidades protectoras que les permiten a los jóvenes vivir integralmente sana su adolescencia y específicamente su sexualidad, estimulando su sentido de la responsabilidad, la toma de decisiones, fortaleciendo su autoestima y manteniendo una actitud favorable hacia la salud en general. Dichas actividades tienen que ser reforzadas por programas educativos y escolares, pues es evidente la relación directamente proporcional entre el nivel educativo y la edad en que se inicia la maternidad.

### 1.7. Caracterización de la población de riesgo en el momento de afiliación a la EPS SURA

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son entidades aseguradoras, que juegan con el componente de riesgos del que dependen sus resultados. Estas entidades deben buscar la forma de cómo manejar los riesgos, en este caso específicamente el de salud, partiendo como base su razón de ser y su compromiso con la sociedad.

Administración de riesgos es el término aplicado a un método lógico y sistemático de establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con una actividad, función o proceso de una forma que permita a las organizaciones minimizar pérdidas y maximizar oportunidades. La gestión de riesgos no es un fin sino un medio que apoya la consecución de los objetivos estratégicos de las instituciones<sup>47</sup>.

El proceso de identificación del riesgo debe ser permanente e interactivo, éste es la base del análisis de riesgos, que permite avanzar hacia una adecuada implementación de políticas que conduzcan al control del mismo. El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar. El análisis del riesgo dependerá de la información obtenida en el formato de identificación de riesgos y la disponibilidad de datos históricos.

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados, probabilidad e impacto. Por la primera se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo, que puede ser medida con criterios de frecuencia, por ejemplo, número de veces en un periodo de tiempo, o de factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores internos o externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado. Por impacto se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo<sup>48</sup>.

En la EPS SURA, se definió como estrategia la identificación de riesgos en salud de interés especial para sus afiliados, a través de los datos recolectados en el instrumento de aseguramiento o declaratoria de salud. Esto se hizo con el propósito de identificar afiliados con necesidades específicas en salud y direccionarlos a los servicios o intervenciones necesarias, que le garanticen un seguimiento individual y la adherencia a los programas existentes.

---


47. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía de Administración del Riesgo. Bogotá, Abril de 2006. Pág. 15

48. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía de Administración del Riesgo. Bogotá, Abril de 2006. Pág. 17

Haciendo uso de la información consignada en la declaratoria de salud de las personas que se afiliaron al POS de la EPS SURA, en 2010, se identificaron 11.649 de ellas con probable riesgo, en ellos los principales riesgos detectados a nivel general fueron: la EPS anterior en el 28% de estos afiliados, respiratorio 19%, cardiovascular 18% y medicamentos 15%, riesgos que son también los principales en cada una de las regionales, sin embargo, se debe resaltar la importancia que el riesgo gineco-obstétrico tiene en la regional del Norte y el riesgo mental en la regional de Occidente, cuadro 32.

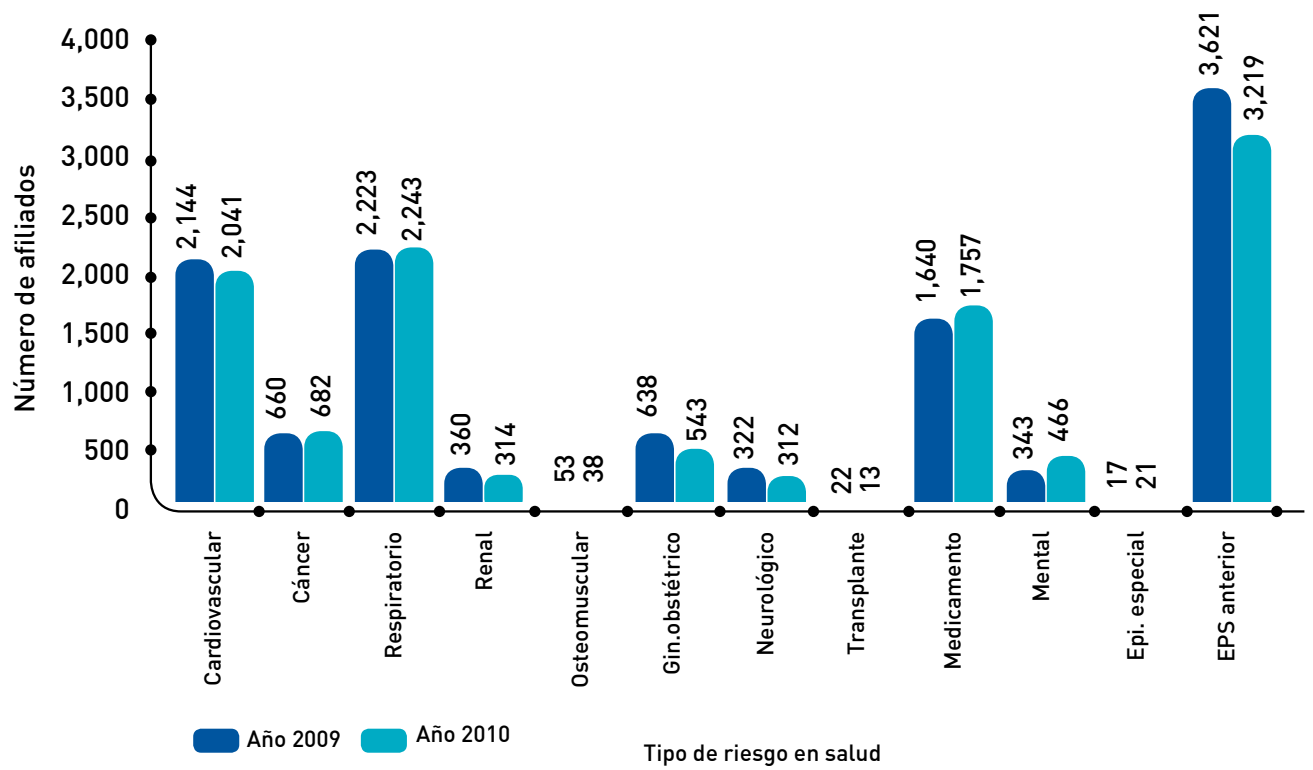
**Cuadro 32. Identificación de riesgos en salud. Atención Anticipatoria en Salud - (AAS). POS de EPS SURA 2009-2010**

Riesgo probable	Año 2009				Total	Año 2010				Total	Diferencia del
	Antioquia EC	Centro	Norte	Occidente	2009	Antioquia EC	Centro	Norte	Occidente	2010	Total 2010-2009
Cardiovascular	17.8%	16.6%	20.4%	18.4%	17.8%	17.6%	15.4%	19.7%	21.6%	17.5%	-0.3%
Cáncer	5.6%	5.1%	4.0%	3.2%	5.5%	6.1%	5.1%	1.9%	4.3%	5.9%	0.4%
Respiratorio	19.0%	16.8%	11.4%	9.6%	18.5%	19.7%	19.3%	11.4%	10.8%	19.3%	0.8%
Renal	2.9%	2.1%	6.6%	4.8%	3.0%	2.6%	3.3%	4.6%	1.4%	2.7%	-0.3%
Osteomuscular	0.4%	0.5%	0.0%	0.8%	0.4%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.3%	-0.1%
Gineco-obstétrico	4.8%	7.2%	10.9%	12.0%	5.3%	4.1%	8.0%	10.0%	3.6%	4.7%	-0.6%
Neurológico	2.7%	2.4%	2.6%	2.4%	2.7%	2.7%	2.5%	1.9%	1.4%	2.7%	0.0%
Trasplante	0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.0%	0.1%	-0.1%
Medicamentos	14.0%	11.7%	8.3%	13.6%	13.6%	15.6%	10.3%	12.2%	14.4%	15.1%	1.5%
Mental	3.0%	2.0%	1.7%	2.4%	2.8%	4.0%	3.2%	4.6%	10.1%	4.0%	1.2%
Epidemiológico especial	0.1%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%	0.2%	0.4%	0.2%	0.0%	0.2%	0.0%
EPS anterior	29.3%	35.1%	33.9%	32.8%	30.1%	26.9%	32.1%	33.1%	32.4%	27.6%	-2.4%
Afiliados en riesgo	10,336	1,160	422	125	12,043	10,149	947	411	139	11,649	-394

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009 - 2010. 

Al comparar el número de afiliados con riesgo probable entre los años 2009 y 2010, gráfica 17, se encuentra que subieron el número de los afiliados con riesgo: mental 123 afiliados, medicamentos 117, cáncer 22 y respiratorio 20 afiliados.

**Gráfica 17.** Afiliados con riesgos en salud. Atención Anticipatoria en Salud (AAS). POS de EPS SURA 2009-2010



En el cuadro 33, se encuentra la distribución porcentual de los riesgos probables en salud, por municipio, correspondientes al 5,1% de las declaratorias de salud del 2010 de la EPS SURA, se resaltan en él los tres principales riesgos detectados a nivel de cada regional.

Cuadro 33. Identificación de riesgos en salud. AAS por municipios. POS de EPS SURA 2010

Riesgo													Total
Regional	Cardiovascular	Cáncer	Respiratorio	Renal	Osteomusc	Gineco-obs	Neurológico	Trasplante	Medicament	Mental	Epi. especial	EPS anterior	Afi en riesgo
Antioquia EC	17.6%	6.1%	19.7%	2.6%	0.4%	4.1%	2.7%	0.1%	15.6%	4.0%	0.2%	26.9%	10,149
Apartado	35.3%	0.0%	17.6%	0.0%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	35.3%	0.0%	0.0%	5.9%	17
Barbosa	12.5%	4.2%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	29.2%	0.0%	0.0%	16.7%	24
Bello	18.8%	5.2%	22.9%	1.8%	0.2%	4.6%	3.4%	0.1%	14.3%	4.6%	0.0%	23.9%	865
Caldas	18.0%	5.0%	20.9%	1.7%	2.5%	2.9%	2.5%	0.0%	15.1%	2.9%	0.0%	28.5%	239
Copacabana	16.0%	4.6%	20.6%	3.8%	0.0%	7.6%	3.1%	0.0%	14.5%	3.8%	0.0%	26.0%	131
Don Matías	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	11.1%	0.0%	11.1%	9
Envigado	18.1%	5.9%	19.0%	2.9%	0.5%	2.4%	2.4%	0.2%	16.5%	5.0%	0.3%	26.9%	659
Girardota	18.9%	6.8%	18.9%	0.0%	0.0%	4.1%	4.1%	0.0%	20.3%	2.7%	0.0%	24.3%	74
Guarne	22.2%	2.2%	22.2%	8.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.3%	2.2%	0.0%	28.9%	45
Itagüí	17.3%	7.2%	20.9%	2.2%	0.1%	3.9%	2.2%	0.0%	13.7%	5.1%	0.1%	27.3%	891
La Ceja	21.9%	5.5%	21.9%	0.0%	0.0%	5.5%	1.4%	0.0%	13.7%	6.8%	0.0%	23.3%	73
Marinilla	11.8%	0.0%	17.6%	2.9%	0.0%	0.0%	8.8%	0.0%	26.5%	2.9%	0.0%	29.4%	34
Medellín	17.5%	6.5%	19.5%	2.7%	0.4%	4.3%	2.8%	0.1%	15.4%	3.8%	0.2%	26.8%	6,214
Rionegro	20.3%	4.2%	17.3%	2.5%	0.0%	5.5%	1.3%	0.4%	18.6%	3.0%	0.0%	27.0%	237
Sabaneta	15.8%	7.1%	15.8%	4.7%	0.0%	3.2%	1.6%	0.4%	17.4%	4.0%	0.4%	29.6%	253
Santa Rosa Osos	23.1%	15.4%	7.7%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	15.4%	0.0%	0.0%	30.8%	13
Yarumal	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	2
Armenia	10.0%	3.3%	18.3%	5.0%	0.0%	1.7%	5.0%	0.0%	15.0%	1.7%	0.0%	40.0%	60
Manizales	11.3%	3.3%	12.7%	4.0%	0.0%	4.0%	3.3%	0.0%	19.3%	2.7%	0.0%	39.3%	150
Pereira	17.0%	1.9%	18.2%	0.6%	0.0%	4.4%	3.1%	0.0%	22.6%	1.9%	0.0%	30.2%	159
Centro	15.4%	5.1%	19.3%	3.3%	0.2%	8.0%	2.5%	0.1%	10.3%	3.2%	0.4%	32.1%	947
Bogotá	15.5%	4.9%	20.0%	3.0%	0.2%	7.8%	2.1%	0.1%	10.3%	3.0%	0.5%	32.6%	822
Bucaramanga	16.1%	6.5%	16.1%	4.8%	0.0%	6.5%	8.1%	0.0%	12.9%	3.2%	0.0%	25.8%	62
Chía	10.7%	7.1%	14.3%	3.6%	0.0%	21.4%	7.1%	0.0%	3.6%	7.1%	0.0%	25.0%	28
Madrid	9.1%	18.2%	18.2%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%	9.1%	9.1%	0.0%	27.3%	11
Tenjo	22.2%	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	22.2%	0.0%	0.0%	44.4%	9
Zipaquirá	20.0%	0.0%	20.0%	6.7%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	40.0%	15
Norte	19.7%	1.9%	11.4%	4.6%	0.0%	10.0%	1.9%	0.2%	12.2%	4.6%	0.2%	33.1%	411
Barranquilla	19.8%	1.9%	12.0%	6.2%	0.0%	11.2%	2.3%	0.4%	10.1%	4.3%	0.0%	31.8%	258
Cartagena	19.4%	2.4%	10.5%	1.6%	0.0%	6.5%	1.6%	0.0%	15.3%	4.8%	0.8%	37.1%	124
Soledad	21.9%	0.0%	9.4%	3.1%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	18.8%	6.3%	0.0%	28.1%	32
Occidente	21.6%	4.3%	10.8%	1.4%	0.0%	3.6%	1.4%	0.0%	14.4%	10.1%	0.0%	32.4%	139
Cali	21.5%	4.4%	11.1%	1.5%	0.0%	3.0%	1.5%	0.0%	14.8%	9.6%	0.0%	32.6%	135
Jamundí	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1
Palmira	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	3
Total general	17.5%	5.9%	19.3%	2.7%	0.3%	4.7%	2.7%	0.1%	15.1%	4.0%	0.2%	27.6%	11,649

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



El objetivo de este capítulo era lograr una caracterización de los afiliados al POS de la EPS SURA, con el propósito de identificar características que permitan detectar riesgos sociales o de salud, que servirían de base para la planeación de los servicios.

En resumen se encontró:

- Aumento sostenido de la población afiliada, población que viene registrando un proceso de envejecimiento demográfico debido, entre otras causas, a la disminución de la tasa de fecundidad, y donde los grupos de mayor edad registran el mayor crecimiento en la última década.
- Población donde siete de cada diez afiliados tienen nivel de ingreso de menos de dos salarios mínimos, seis de cada diez son solteros y con bajo nivel educativo,
- Con tasas de fecundidad que se encuentran por debajo del nivel de reemplazo, pero con aumento de la fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años. Donde una de cada dos gestantes es madre soltera, con escaso nivel de ingresos y bajo nivel educativo.
- Población, donde uno de cada veinte de los afiliados nuevos, llega con probable riesgo en salud, riesgo respiratorio y cardiovascular, principalmente, y en los que el número de afiliados con probable riesgo mental y de cáncer viene aumentando.



EPS | **sura** 

# Morbilidad afiliados al POS de EPS SURA

# Morbilidad



La OMS considera como sinónimos de morbilidad los términos, malestar, enfermedad y condición mórbida, debido al hecho de que cualquiera de ellos es considerado como una desviación, subjetiva u objetiva, del estado de bienestar fisiológico o psicológico. El Comité de Expertos en Estadística Sanitaria de la OMS, en su Sexto Informe<sup>1</sup> señala que la morbilidad puede medirse de tres formas: proporción de personas enfermas, enfermedades (periodos o brotes de enfermedad) y duración de las mismas (días, semanas, etc.).

El término morbilidad, de uso médico y científico, sirve para establecer la cantidad de personas consideradas enfermas o víctimas de una patología en un espacio y tiempo determinados<sup>2</sup>. La morbilidad es un dato demográfico y sanitario que permite analizar la evolución de una enfermedad en condiciones particulares, y es especialmente utilizada por la epidemiología, disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de epidemias en diferentes tipos de población. Por otro lado, la investigación basada en la morbilidad, permite a los especialistas saber el efecto que una enfermedad tiene en una población, analizar sus causas y buscar las posibles soluciones para el futuro, soluciones que pueden ir desde vacunas o medicamentos hasta cambios en las condiciones de vida.

Dentro del estudio de la morbilidad en una población hay dos etapas claves, la etapa del diagnóstico y la etapa clínica. Desde el punto de vista demográfico y sanitario, hay dos tipos de tasas para estudiar la morbilidad. Una de ellas es la incidencia (etapa de diagnóstico), tasa que estipula el crecimiento de esa enfermedad en un período específico de tiempo, tiene que ver con la noción de crecimiento o aparición abrupta de la enfermedad y mide la probabilidad de adquirirla; la otra es la prevalencia (etapa clínica), tasa que muestra cómo la enfermedad se mantiene en el tiempo y mide la probabilidad de estar enfermo.

Sin embargo, a nivel mundial esa información por lo general no sirve para hacer un seguimiento de tendencias en el tiempo dada la diferencia en las metodologías utilizadas y la calidad de los datos. Tanto la OMS como la Red Métrica de Salud consideran prioritario ampliar y mejorar los sistemas nacionales de registro, así como optimizar los métodos empleados para identificar las causas de muerte. La escasa importancia que conceden muchos países en desarrollo a la prevención de las enfermedades crónicas obedece en parte a la falta de datos confiables sobre tasas de dichas enfermedades y muchos de los responsables de formular políticas de salud no perciben que, por ejemplo, las enfermedades crónicas ya explican casi el 75 por ciento de la morbi-mortalidad en países de medianos ingresos<sup>3</sup>.

1. m.est. enfermedad Last, 1988. Legislación de referencia: c 1993 IUPAC y c 1995 AET. [acceso julio 7 de 2011]. Disponible en: <http://www.saludyriesgos.com/-/morbilidad>
2. Diccionario de la lengua española. 2005. Espasa-Calpe. [acceso 8 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/morbilidad>
3. Mathers, C. Mejores estadísticas, clave contra enfermedades crónicas. Julio 2008. [acceso 10 julio de 2011]. Disponible en: <http://www.scidev.net/es/south-east-asia/opinions/mejores-estad-sticas-clave-contra-enfermedades-cr-.html>



La satisfacción de las necesidades básicas es reconocida, al igual que los avances en la atención médica, como un factor determinante para mejorar la salud y, la pobreza, como el mayor obstáculo para conseguirla. Como se vio en el capítulo anterior, el género, la edad, el nivel de ingresos y la educación, además de la nutrición y las co-morbilidades, son características que influyen en la salud de los individuos. Las principales causas de morbilidad de los afiliados a la EPS SURA muestran los efectos de estas variables y de la transición epidemiológica<sup>4</sup> en una población donde cada vez es mayor el peso de las enfermedades degenerativas<sup>5</sup>, 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 repuntado como la tuberculosis.

La anterior situación revela la necesidad de fortalecer los programas de promoción de la salud en la EPS, programas dirigidos a minimizar las afecciones crónicas, y orientados especialmente hacia la mujer, con énfasis en el auto cuidado, en todas las edades.

A continuación, se presenta el perfil de morbilidad de los afiliados al POS de la EPS SURA, con el que se espera establecer prioridades, las cuales orienten la asignación de los recursos hacia programas que logren un mayor impacto en la salud y mejores resultados.

Como en años anteriores, para elaborar este perfil se tuvo en cuenta la morbilidad sentida y diagnosticada (investigada y catalogada por los profesionales sanitarios)<sup>6</sup>. Las fuentes de información utilizadas fueron: los egresos hospitalarios, la consulta externa (consulta y control médico general), la consulta prioritaria de médico general, la consulta odontológica, el ausentismo laboral y el consumo de medicamentos. Los diagnósticos fueron agrupados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

## 2.1 Egreso hospitalario



El egreso hospitalario es el retiro de los servicios de hospitalización, ya sea vivo o fallecido, de un paciente que ha ocupado una cama del hospital<sup>7</sup>.

Cuando el paciente se retira vivo del hospital corresponde a una “alta” y ésta puede ser por orden médica, retiro por propia voluntad, traslado a otro hospital, fuga, por medida disciplinaria, etc. Si el paciente fallece mientras está hospitalizado corresponde a un “egreso por fallecimiento”. No toma en cuenta este concepto: los nacidos muertos pues nunca estuvieron hospitalizados, los traslados internos (de un servicio a otro del mismo hospital), ni los recién nacidos sanos en el mismo.

### 2.1.1 Características del egreso hospitalario

En la EPS SURA, durante el 2010, se presentaron 67.661 egresos hospitalarios, 1,5% más que en 2009; con un promedio de estancia general de 5,0 días, 6,4% más que en el año inmediatamente anterior. Mensualmente se presentaron 5,6 egresos por cada 1000 afiliados, lo cual significa que, al mes, de cada 1000 afiliados expuestos, cerca de seis ingresaron a una institución hospitalaria para tratamiento médico o quirúrgico, cuadro 34.

- 
4. La transición epidemiológica tiene dos etapas: la primera, constituye la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición; la segunda, se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas.
  5. Cambio de los tejidos a una forma inferior o de menor actividad funcional.
  6. Aproximación al conocimiento de la Comunidad en Atención Primaria. Grupo APOC de la SCMFIC. Sept.1996. pág.21.
  7. Egreso hospitalario. [acceso 12 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.ssmn.cl/Estadistica/definiciones.htm>

**Cuadro 34. Indicadores egresos hospitalarios. POS de EPS SURA 2000-2010**

Indicador	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
No. egresos hospitalarios	29,348	31,428	34,115	36,329	34,222	38,003	42,793	56,876	60,407	66,674	67,661
Relación urgente/electiva	8/1	8/1	11/1	6/1	13/1	11/1	7/1	6/1	5/1	7/1	7/1
% mujeres	71.9%	70.8%	72.3%	70.2%	68.4%	67.6%	67.2%	67.8%	68.1%	66.0%	65.6%
% pacientes 15 a 44 años	60.2%	58.8%	60.7%	55.9%	54.0%	52.5%	50.4%	50.8%	50.7%	49.0%	46.0%
% pacientes > 60 años	11.9%	12.1%	12.9%	16.6%	19.3%	19.7%	20.3%	19.0%	19.0%	20.0%	21.4%
% Tratamiento quirúrgico	41.7%	33.8%	32.4%	28.5%	30.8%	33.5%	37.2%	37.2%	35.3%	36.0%	33.0%
% cesáreas	36.4%	33.9%	34.9%	33.6%	33.6%	37.0%	37.2%	35.0%	39.0%	44.0%	45.6%
Partos	9,727	11,445	11,206	11,117	11,844	11,649	11,996	13,246	14,112	13,745	12,754
% UCI	2.0%	1.5%	2.5%	1.9%	2.4%	2.5%	4.4%	4.7%	4.5%	4.0%	4.1%
Promedio estancia UCI (días)	4.5	4.7	4.1	5.0	6.0	5.1	5.5	6.5	6.3	7.0	7.2
% Especialidades básicas	83.9%	84.7%	82.3%	82.2%	78.1%	76.3%	76.2%	80.4%	77.3%	81.0%	81.4%
% Obstetricia	36.2%	33.6%	39.3%	35.8%	30.5%	30.1%	29.9%	32.1%	30.0%	27.0%	24.5%
% Medicina interna	15.0%	13.8%	12.5%	17.3%	16.1%	14.8%	14.4%	17.7%	14.0%	13.0%	14.5%
% Cardiovascular	2.9%	2.2%	4.6%	5.9%	7.3%	6.2%	6.1%	5.3%	4.0%	4.0%	3.7%
Promedio estancia (días)	3.4	3.4	3.4	3.7	3.7	3.7	3.8	4.1	4.2	4.7	5.0
Mortalidad hospitalaria	0.9%	0.8%	0.7%	0.9%	1.1%	1.5%	1.5%	1.6%	1.6%	2.0%	1.9%
Egresos hosp.*1000 afiliados	4.2	3.9	3.9	4.0	3.6	3.7	3.9	4.6	5.8	6.0	5.6
Días cama ocupada*1000 afil.	14.3	13.5	13.3	14.7	13.2	13.8	14.7	18.8	24.3	27.0	27.9
%Remitidos a Salud en Casa	3.2%	2.3%	2.1%	2.5%	3.4%	4.2%	4.9%	4.0%	5.3%	4.0%	4.1%

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2000-2010.



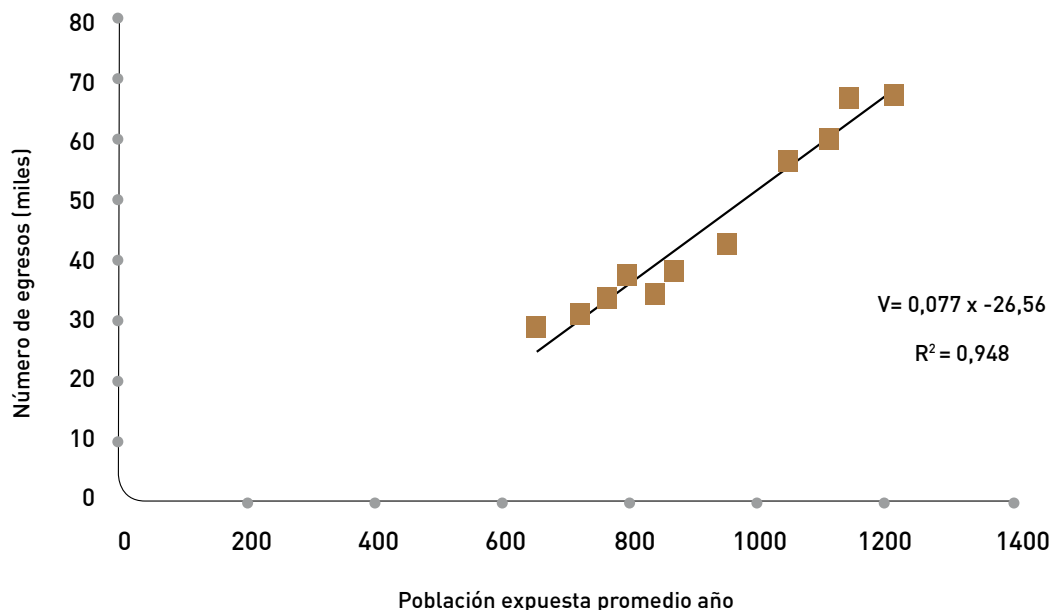
Entre los indicadores de egreso hospitalario, cuadro 34, se resalta:

- En 2010, se presentaron siete hospitalizaciones urgentes por cada electiva, similar a lo ocurrido en 2009.
- La proporción de egresos hospitalarios en la población mayor a 60 años, continúa su tendencia al incremento, al igual que la estancia general y en la UCI.
- La proporción de nacimientos por cesárea sigue aumentando, y en los últimos dos años pasó de 44,0% a 45,6%.
- Uno de cada tres pacientes hospitalizados en 2010 recibió tratamiento quirúrgico.
- Aunque el número de egresos por cada 1.000 afiliados disminuyó en 2010, el indicador días cama ocupada por mil afiliados aumentó, esto debido al incremento registrado en el promedio estancia.

La evolución creciente del número de egresos hospitalarios ha estado sujeta, entre otros factores, al crecimiento de los afiliados de la EPS, al mejoramiento en la calidad del dato y al envejecimiento de la población afiliada. Prueba de esto es, el aumento registrado en el número de egresos a partir de 2006, año en el cual comienza a funcionar SaludWeb en la totalidad de las instituciones que atienden pacientes de la EPS, y el incremento progresivo de la proporción de pacientes hospitalizados mayores de 60 años, gráfica 18 y cuadro 34.

La relación existente entre el número de egresos (variable dependiente) y población expuesta promedio por año (variable independiente), se puede explorar por medio de un coeficiente de correlación de Pearson y de una regresión lineal. El coeficiente de correlación fue de 0,974 (valor  $p = 0,000$ ), lo cual muestra una relación positiva alta entre estas dos variables; por otro lado, la regresión lineal, cuyo  $R^2$  fue igual a 0,948, indica que el 94,6% de la variabilidad en los egresos es explicada por el número de afiliados a la EPS, el resto de ella se debe a otras variables no contempladas en el modelo de regresión (valor  $p=0,000$ ), gráfica 18.

**Gráfica 18. Relación egresos hospitalarios y población expuesta. POS de EPS SURA 2000-2010**



Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2000-2010.



El análisis del comportamiento de las estancias promedio hospitalarias en los diferentes servicios, reviste gran importancia, pues está relacionado directamente con: la disponibilidad de camas, el giro cama, número de egresos hospitalarios, complicaciones Intrahospitalarias, costos hospitalarios, accesibilidad y la satisfacción de los usuarios atendidos<sup>8</sup>.

La identificación de las causas que ocasionan estancias innecesarias, posibilita la optimización de los recursos existentes pues, al disminuir la utilización inapropiada del recurso cama, mejora la eficiencia hospitalaria y, por ende, la calidad de la atención.

8. Alfaro Fonseca, L. Redefinición de Estándares de las Estancias Promedio Hospitalarias Según Complejidad de la Morbilidad en los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital San Rafael de Alajuela, Análisis de Causas de Incumplimiento y Planteamiento de Mejoras. Estudios del CENDEISS. San José, Costa Rica. Junio, 2008. [acceso julio 30 de 2011]. Disponible en: [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Alfaro\\_Fonseca\\_Luis\\_TS\\_SA.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESINA/2008/Alfaro_Fonseca_Luis_TS_SA.pdf)

En la EPS SURA, existen grandes diferencia entre las especialidades encargadas de la atención de los pacientes de acuerdo a su patología, es por ello que encontramos estancias que van desde los 2,2 días correspondiente a obstetricia, estancia que ha mantenido su tendencia al aumento con los años, hasta 8,9 días registrada en psiquiatría, estancia que también ha venido aumentando en forma sostenida en el último quinquenio, cuadro 35 y gráfica 19.

**Cuadro 35. Estancias y proporción de egresos por especialidad. POS de EPS SURA 2000-2010**

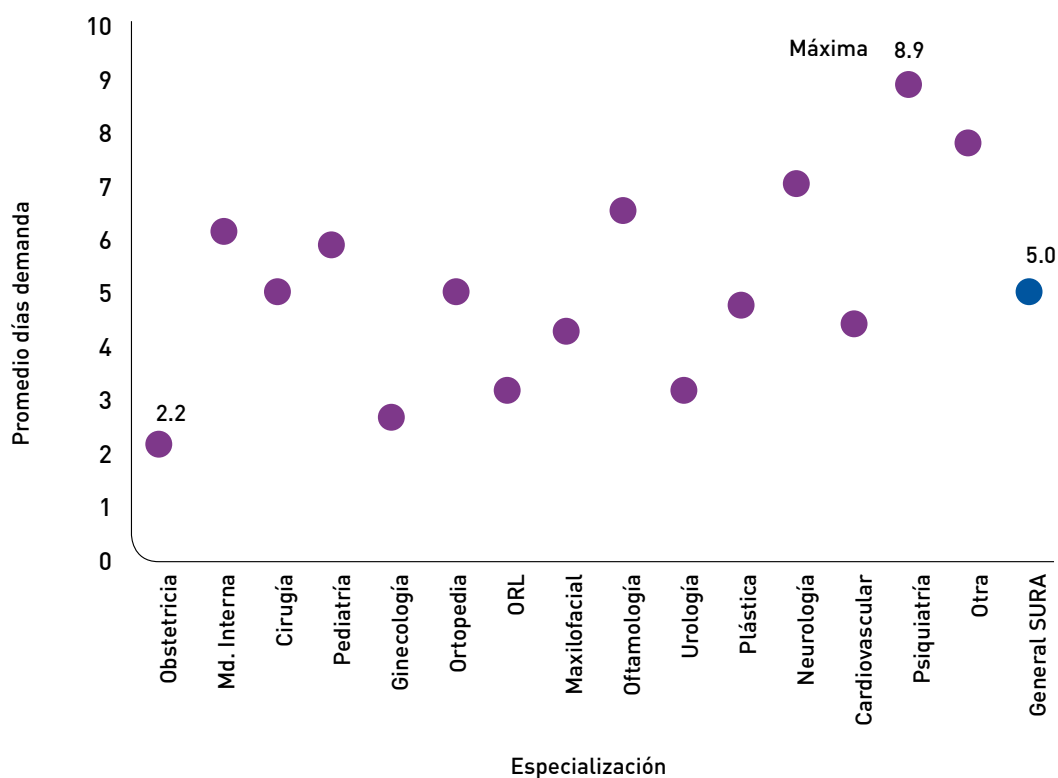
Especialidad	Promedio estancia (días)											% Diferencia estancias	% Total Egresos
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2009-2010	2010
Obstetricia	1.6	1.7	1.6	1.2	1.6	1.7	1.6	1.9	2.2	2.1	2.2	5.6%	24.6%
Md. Interna	4.8	5.0	4.7	4.8	5.3	5.3	5.2	5.8	6.1	6.5	6.1	-5.5%	14.6%
Cirugía	3.7	3.4	3.4	3.5	3.9	3.9	4.1	4.3	4.6	4.5	5.0	11.4%	15.2%
Pediatría	4.3	4.5	4.0	4.4	4.7	4.7	5.2	5.5	5.7	6.1	5.9	-3.8%	13.1%
Ginecología	1.9	1.8	1.9	2.0	1.9	2.1	1.9	1.5	1.8	2.2	2.7	21.6%	2.2%
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	5.4	4.9	-8.6%	3.3%
ORL	3.5	3.1	3.0	3.0	2.3	1.8	2.6	2.9	3.2	3.0	3.2	6.8%	0.3%
Maxilofacial	3.2	2.9	2.8	1.8	2.0	2.5	2.6	0.0	4.2	4.9	4.4	-10.8%	0.1%
Oftalmología	2.8	3.4	4.5	4.1	3.4	4.2	4.8	4.2	5.4	4.3	6.5	50.8%	0.0%
Urología	3.3	3.3	3.1	3.4	3.1	3.2	3.3	3.6	3.1	3.3	3.2	-4.2%	2.2%
Plástica	4.6	6.3	4.6	5.7	6.9	4.9	8.0	8.0	8.1	5.6	4.7	-15.6%	0.4%
Neurocirugía	5.0	5.5	4.9	5.6	5.4	6.3	5.6	6.5	4.8	6.8	6.9	2.2%	2.3%
Cardiovascular	5.0	5.0	4.7	4.7	4.7	4.4	4.7	4.5	4.3	4.3	4.3	0.9%	3.7%
Psiquiatría	10.5	9.9	8.5	9.0	8.5	8.6	7.7	7.4	7.8	8.1	8.9	9.3%	1.5%
Otra	5.8	4.6	6.2	5.1	5.2	5.4	5.7	5.0	4.4	5.7	7.6	34.2%	16.5%
<b>Total</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>3.4</b>	<b>3.7</b>	<b>3.7</b>	<b>3.8</b>	<b>4.1</b>	<b>4.3</b>	<b>5.8</b>	<b>5.0</b>	<b>-13.8%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2000-2010.





Gráfica 19. Estancias por especialidad. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2010.



Existe una relación entre la edad con la demanda de algunas especialidades. Este hecho se refleja en el cuadro 36, en él se ve como las especialidades con mayor demanda en el grupo de 15 a 44 años, grupo donde están las mujeres en edad fértil, son las de obstetricia y cirugía y; en el grupo de 60 y más años las de medicina interna, cirugía, cardiovascular y ortopedia, especialidades cuya demanda es propia de los pacientes con enfermedades crónicas.

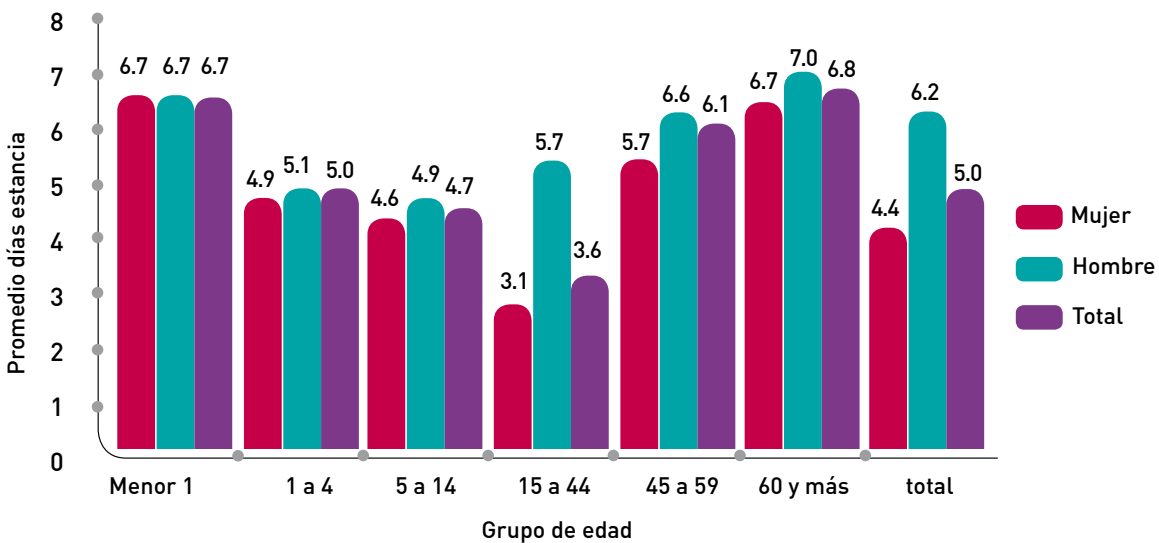
Cuadro 36. Estancias y proporción de egresos por especialidad y grupo de edad. POS de EPS SURA 2010

Especialidad	15 a 44		> 60		Otros grupos		Total	
	% Eventos	Promedio estancia (días)	% Eventos	Promedio estancia (días)	% Eventos	Promedio estancia (días)	% Eventos	Promedio estancia (días)
Obstetricia	52.1%	2.2	0.0%	2.4	1.9%	2.7	24.6%	2.2
Md. interna	9.5%	5.3	32.4%	6.6	9.9%	6.3	14.6%	6.1
Cirugía	14.5%	3.5	15.9%	7.6	15.7%	5.3	15.2%	5.0
Pediatría	0.3%	4.8	0.1%	5.2	39.5%	5.9	13.1%	5.9
Ginecología	3.6%	2.9	1.6%	2.1	1.2%	2.0	2.2%	2.7
Ortopedia	2.2%	5.0	5.9%	5.2	3.2%	4.5	3.3%	4.9
ORL	0.3%	3.1	0.2%	4.8	0.4%	2.8	0.3%	3.2
Maxilofacial	0.2%	3.9	0.0%	7.3	0.1%	5.5	0.1%	4.4
Oftalmología	0.0%	8.1	0.1%	4.8	0.1%	6.7	0.0%	6.5
Urología	1.8%	2.6	3.5%	3.8	1.9%	3.2	2.2%	3.2
Plástica	0.3%	4.2	0.1%	9.4	0.6%	4.5	0.4%	4.7
Neurocirugía	1.8%	6.5	3.0%	7.0	2.4%	7.4	2.3%	6.9
Cardiovascular	1.0%	4.0	9.5%	4.7	3.7%	3.8	3.7%	4.3
Psiquiatria	2.2%	8.4	0.6%	10.6	1.2%	9.6	1.5%	8.9
Otra	10.2%	7.5	27.2%	8.4	18.3%	7.0	16.5%	7.6
Total	100.0%	3.6	100.0%	6.9	100.0%	5.8	100.0%	5.0
No.eventos	29,618		13,948		21,164		67,661	

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2010.

En 2010, dos de cada tres egresos hospitalarios (65,6%, 44.367 egresos) se dieron en el sexo femenino, con un promedio estancia de 4,4 días, promedio que fue 41% menor que el registrado por sexo masculino, en el cual cada paciente de este género estuvo en promedio 6,2 días hospitalizado. Por grupo de edad, exceptuando el grupo de los menores de un año, todas las estancias fueron mayores en el género masculino, gráfica 20.

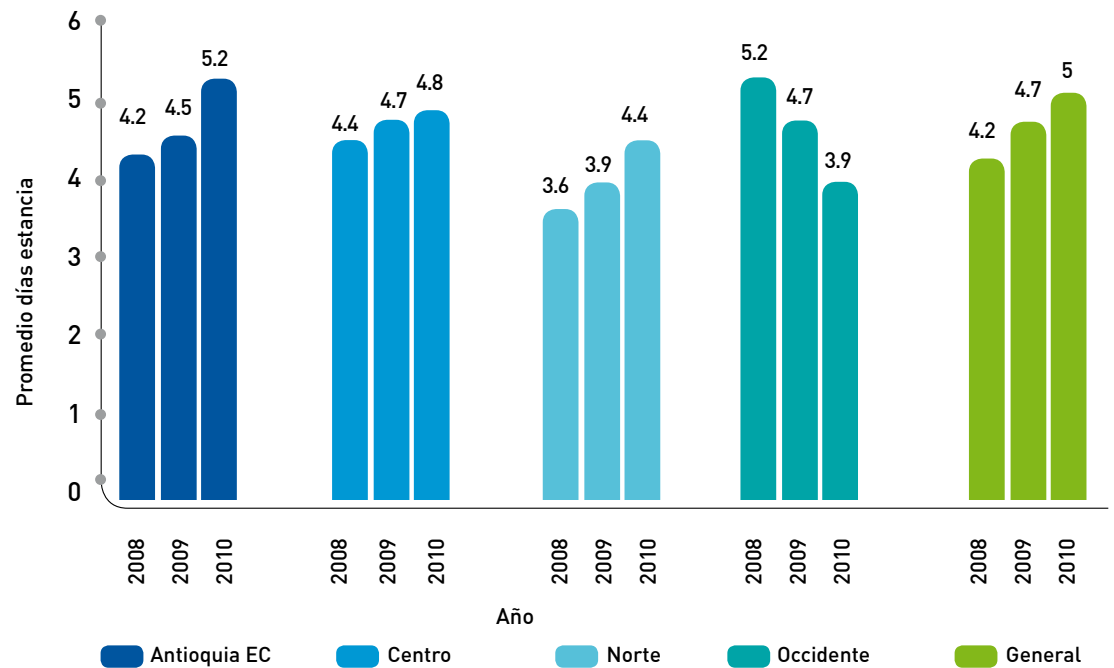
Gráfica 20. Promedio estancia (días) por sexo. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2010.

En los últimos tres años, se ha venido aumentando el promedio día estancia a nivel general, pasó de 4,2 días en 2008 a 5,0 días en 2010, incremento registrado también en todas las regionales, exceptuando la regional de Occidente donde la estancia promedio se ha disminuido un 25% en el mismo periodo, gráfica 21.

**Gráfica 21. Promedio estancia (días) por regional. POS de EPS SURA 2008-2010**



Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2008 - 2010.





## 2.1.2 Causas de egreso hospitalario

La atención en el servicio de hospitalización se encuentra determinada por la patología que presente el paciente y por características del mismo como género y grupo de edad. En el cuadro 37, se encuentran la proporción de egresos y las estancias hospitalarias por grupo diagnóstico CIE-10, en él se resaltan, fondo rosado, los grupos de causas que estuvieron por encima de la estancia promedio general de la EPS, la cual fue de 5,0 días en 2010. Aquí es importante señalar los grupos de causas que en los dos últimos años aumentaron tanto la proporción de egresos como la estancia promedio, estos grupos fueron las enfermedades de: la piel y el tejido subcutáneo, aparato genitourinario, respiratorio, endocrinas y los traumatismos.

**Cuadro 37. Egresos por grupo diagnóstico CIE-10. POS de EPS SURA 2009-2010**

Grupo de causas CIE-10	% egresos		Promedio estancia (días)	
	2009	2010	2009	2010
Causas externas	0.5%	0.3%	4.8	5.2
Perinatal	3.4%	4.2%	7.4	6.8
Infecciosas y parasitarias	3.3%	3.8%	6.8	5.6
Embarazo, parto y puerperio	27.3%	22.7%	2.1	2.2
Piel y tejido subcutáneo	1.5%	2.6%	5.8	6.5
Sangre y órganos hematopoyéticos	0.7%	0.7%	6.0	7.2
Oído y apófisis mastoides	0.2%	0.2%	3.6	4.5
Ojo y anexos	0.2%	0.2%	5.4	6.1
Sistema circulatorio	7.9%	6.8%	5.8	6.3
Sistema digestivo	11.3%	8.7%	3.6	4.1
Sistema genitourinario	8.5%	8.7%	4.1	5.0
Sistema nervioso	1.7%	1.4%	6.1	7.3
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	3.0%	2.9%	5.7	6.6
Sistema respiratorio	9.5%	11.9%	5.7	6.0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.8%	1.9%	5.0	5.4
Factores que influyen en el estado de salud	0.7%	1.4%	4.0	3.0
Malformaciones congénitas	1.0%	0.7%	6.6	6.3
Síntomas, signos y hallazgos anormales	3.5%	8.1%	4.1	4.9
Trastornos mentales y comportamiento	1.8%	1.7%	7.4	8.7
Traumatismos, envenenamientos	5.6%	6.1%	6.1	6.6
Tumores (neoplasias)	6.7%	5.1%	6.8	7.9
<b>Total egresos</b>	<b>66,674</b>	<b>67,661</b>		
<b>Total estancias (días)</b>			<b>4.7</b>	<b>5.0</b>

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2009 - 2010.



En 2010, dos de cada tres egresos hospitalarios (65,6%, 44.367 egresos) se dieron en el sexo femenino, con un promedio estancia de 4,4 días, promedio que fue 41% menor que el registrado por sexo masculino. En las mujeres las mayores estancias se registraron

en los grupos de causas: enfermedades mentales y del comportamiento, los tumores, las enfermedades del sistema nervioso, y las de la piel y tejido subcutáneo; en los hombres fueron: las enfermedades mentales y del comportamiento, los tumores, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y las enfermedades sistema nervioso, entre otras, cuadro 38.

**Cuadro 38. Egresos por grupo diagnóstico y sexo. POS de EPS SURA 2010**

Grupo diagnóstico CIE-10	Mujer		Hombre		Total		Diferencia estancia M-H
	%	Estancia (días)	%	Estancia (días)	%	Estancia (días)	
Causas externas	0.2%	4.6	0.4%	5.7	0.3%	5.2	-24%
Circulatorio	5.2%	6.2	9.9%	6.4	6.8%	6.3	-2%
Congénitas	0.6%	5.6	1.0%	7.3	0.7%	6.4	-29%
Digestivo	7.1%	3.9	11.7%	4.3	8.7%	4.1	-11%
Embarazo, parto y puerperio	34.7%	2.2	0.0%	0.0	22.7%	2.2	100%
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.9%	5.1	1.9%	6.0	1.9%	5.5	-18%
Factores que influyen en el estado de salud	1.8%	2.6	0.6%	5.7	1.4%	3.0	-119%
Genitourinario	8.5%	4.8	9.0%	5.4	8.7%	5.0	-11%
Infecciosas y parasitarias	2.9%	5.4	5.5%	5.7	3.8%	5.6	-5%
Mentales y del comportamiento	1.4%	7.5	2.2%	10.1	1.7%	8.7	-35%
Oído y apófisis mastoides	0.2%	4.6	0.2%	4.3	0.2%	4.5	5%
Ojo y anexos	0.1%	6.1	0.2%	6.1	0.2%	6.1	0%
Osteomuscular y tejido conjuntivo	2.4%	6.0	3.7%	7.4	2.9%	6.6	-23%
Perinatal	3.1%	6.4	6.1%	7.2	4.2%	6.8	-13%
Piel y tejido subcutáneo	2.1%	6.7	3.6%	6.4	2.6%	6.5	5%
Respiratorio	9.7%	5.9	16.2%	6.0	11.9%	6.0	-1%
Sangre y órganos hematopoyéticos	0.7%	6.4	0.8%	8.5	0.7%	7.2	-32%
Síntomas anormales	6.8%	4.7	10.5%	5.2	8.1%	4.9	-9%
Sistema nervioso	1.2%	6.9	1.7%	7.7	1.4%	7.3	-12%
Traumatismos	4.3%	6.2	9.5%	6.9	6.1%	6.6	-11%
Tumores	5.1%	7.2	5.1%	9.2	5.1%	7.9	-28%
<b>Total general</b>	<b>100.0%</b>	<b>4.4</b>	<b>100.0%</b>	<b>6.2</b>	<b>100.0%</b>	<b>5.0</b>	<b>-41%</b>
<b>Total egresos y %</b>	<b>44,367</b>	<b>65.6%</b>	<b>23,294</b>	<b>34.4%</b>	<b>67,661</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2010. 

Por otro lado, el grupo de edad de 15 a 44 años, grupo al cual pertenecen la mujeres en edad fértil, produjo la mayor proporción de egresos hospitalarios, 46,0% (31.108) del total de los egresos, grupo donde también se dio el menor promedio estancia, 2,2 días; este grupo fue seguido por los afiliados de 60 y más años donde se registraron el 22,2% (15.044) de los egresos y también el mayor promedio estancia, 6,8 días. En el primer grupo las mayores estancias se debieron a las enfermedades mentales y del comportamiento, las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo y, las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos; en el segundo grupo se debieron a las enfermedades congénitas, los tumores y las enfermedades mentales y del comportamiento, entre otras, cuadro 39.

**Cuadro 39. Egresos por grupo diagnóstico y grupo de edad. POS de EPS SURA 2010**

Grupo diagnóstico CIE-10	Menor 1		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 59		60 y más		Total	
	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia
Causas externas	0.1%	23.8	0.3%	2.8	0.5%	2.4	0.3%	4.7	0.4%	4.2	0.4%	6.6	0.3%	5.2
Circulatorio	0.6%	8.2	0.5%	14.1	0.9%	6.4	2.0%	5.6	13.3%	5.7	18.1%	6.7	6.8%	6.3
Congénitas	2.9%	11.4	3.0%	4.3	2.0%	3.9	0.4%	3.7	0.4%	3.6	0.1%	10.0	0.7%	6.4
Digestivo	1.4%	5.9	2.1%	5.2	16.0%	2.7	8.8%	3.0	12.4%	4.7	8.9%	6.2	8.7%	4.1
Embarazo, parto y puerperio	0.0%	0.0	0.0%	0.0	2.2%	2.3	49.1%	2.2	0.2%	2.5	0.0%	0.0	22.7%	2.2
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.3%	5.8	0.7%	6.3	1.6%	6.8	1.1%	4.9	3.6%	4.8	3.4%	6.1	1.9%	5.5
Factores que influyen en el estado de salud	0.2%	8.7	1.0%	4.6	0.5%	4.2	2.4%	2.4	0.6%	6.0	0.4%	6.6	1.4%	3.0
Genitourinario	5.1%	5.1	10.2%	5.5	6.1%	6.1	6.1%	4.1	12.2%	4.8	13.3%	5.9	8.7%	5.0
Infecciosas y parasitarias	3.7%	6.0	8.3%	5.4	8.8%	3.6	2.9%	4.9	3.8%	7.2	3.2%	7.2	3.8%	5.6
Mentales y del comportamiento	0.0%	0.0	0.0%	24.0	0.7%	9.5	2.2%	8.2	2.8%	9.4	1.2%	9.2	1.7%	8.7
Oído y apófisis mastoides	0.1%	4.7	0.6%	5.1	0.4%	6.1	0.1%	4.0	0.2%	4.0	0.1%	4.1	0.2%	4.5
Ojo y anexos	0.0%	4.0	0.1%	3.4	0.1%	5.0	0.1%	6.8	0.3%	6.1	0.2%	6.0	0.2%	6.1
Osteomuscular y tejido conjuntivo	0.2%	6.1	0.9%	5.3	3.6%	7.5	2.2%	7.1	5.5%	6.0	4.0%	6.5	2.9%	6.6
Perinatal	51.2%	7.0	0.1%	5.3	0.1%	4.3	0.5%	2.4	0.0%	4.0	0.0%	0.0	4.2%	6.8
Piel y tejido subcutáneo	0.9%	6.4	3.4%	5.0	3.6%	5.6	2.0%	6.0	3.9%	6.9	3.3%	7.6	2.6%	6.5
Respiratorio	23.0%	5.8	47.3%	4.9	20.8%	4.6	2.7%	6.1	7.2%	7.6	18.3%	6.7	11.9%	6.0
Sangre y órganos hematopoyéticos	0.4%	6.4	0.8%	10.0	1.2%	8.0	0.5%	7.0	1.0%	5.7	1.0%	7.7	0.7%	7.2
Síntomas anormales	7.5%	5.9	13.7%	4.7	15.8%	3.8	6.1%	4.1	9.6%	5.1	8.1%	6.4	8.1%	4.9
Sistema nervioso	1.1%	9.3	1.4%	5.4	2.7%	10.4	1.2%	6.8	1.7%	7.1	1.5%	6.7	1.4%	7.3
Traumatismos	0.7%	8.6	3.4%	3.6	8.4%	5.3	5.9%	6.4	8.3%	6.8	7.4%	7.4	6.1%	6.6
Tumores	0.5%	8.2	2.1%	5.7	4.0%	8.3	3.4%	6.3	12.5%	7.6	7.2%	9.9	5.1%	7.9
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>6.7</b>	<b>100.0%</b>	<b>5.0</b>	<b>100.0%</b>	<b>4.7</b>	<b>100.0%</b>	<b>3.6</b>	<b>100.0%</b>	<b>6.1</b>	<b>100.0%</b>	<b>6.8</b>	<b>100.0%</b>	<b>5.0</b>
<b>Total egresos y %</b>	<b>5,218</b>	<b>7.7%</b>	<b>3,980</b>	<b>5.9%</b>	<b>3,543</b>	<b>5.2%</b>	<b>31,108</b>	<b>46.0%</b>	<b>8,768</b>	<b>13.0%</b>	<b>15,044</b>	<b>22.2%</b>	<b>67,661</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Estadísticas Hospitalarias POS. EPS SURA. 2010.



La proporción de egresos y las estancias hospitalarias por grupo diagnóstico CIE-10 y por departamento se presentan en el cuadro 40, los departamentos con estancias superiores al promedio general fueron (fondo rojo): Antioquia con promedio estancia de 5,2 días y Santander con 5,5 días; se debe resaltar que en el departamento de Antioquia se registraron el 73,3% [49.620] de todos los egresos.

A nivel general y en todas las regionales, los mayores grupos de causas de egreso hospitalario lo constituyen la atención del embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del sistema respiratorio, genitourinario, digestivo y circulatorio; fuera de estos grupos también son importantes: en las regionales Centro y Norte, las afecciones del periodo perinatal y, en las regionales de Antioquia EC y Occidente, los tumores y los traumatismos, cuadro 40.

Cuadro 40.Egresos por grupo diagnóstico, departamento y regional. POS de EPS SURA 2010

Grupo causas CIE-10	Antioquia EC								Total Antioquia EC		Centro						Total Centro		Norte				Total Norte		Occidente		Total Occidente		Total general	
	Antioquia		Caldas		Quindío		Risaralda		% Estancia	% Estancia	Bogotá		Cundinamarca		Santander		% Estancia	% Estancia	Atlántico		Bolívar		% Estancia	% Estancia	Valle		% Estancia	% Estancia	% Estancia	% Estancia
	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia			%	Estancia	%	Estancia	%	Estancia			%	Estancia	%	Estancia			%	Estancia				
Causas externas	0.3%	5.1	0.3%	9.0	0.0%	0.0	0.2%	2.0	0.3%	5.1	0.2%	7.4	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.1%	7.4	0.3%	4.0	0.2%	2.0	0.3%	3.9	0.1%	3.0	0.1%	3.0	0.3%	5.2
Circulatorio	7.0%	6.2	8.3%	6.0	1.1%	2.0	6.6%	5.7	7.0%	6.2	6.5%	6.8	5.1%	7.8	3.2%	10.5	6.1%	7.1	5.1%	6.0	3.0%	8.1	4.9%	6.2	8.3%	6.2	8.3%	6.2	6.8%	6.3
Congénitas	0.7%	6.7	0.4%	2.0	0.0%	0.0	0.2%	3.0	0.7%	6.7	1.1%	4.6	0.8%	13.1	0.9%	17.3	1.0%	6.2	0.6%	3.6	0.6%	7.0	0.6%	4.0	0.5%	4.4	0.5%	4.4	0.7%	6.4
Digestivo	8.8%	4.2	10.2%	2.6	11.7%	4.1	6.2%	4.0	8.8%	4.1	8.8%	4.5	10.6%	3.3	11.5%	2.9	9.2%	4.2	6.3%	4.1	4.5%	4.0	6.1%	4.1	10.4%	3.3	10.4%	3.3	8.7%	4.1
Embarazo, parto y puerperio	20.5%	2.4	18.0%	1.6	26.6%	2.2	20.0%	1.3	20.5%	2.3	25.4%	2.1	28.5%	2.1	24.4%	1.8	25.6%	2.1	43.2%	2.1	37.0%	1.8	42.5%	2.1	22.6%	1.7	22.6%	1.7	22.7%	2.2
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	2.0%	5.3	1.6%	3.6	0.0%	0.0	1.1%	5.8	2.0%	5.3	1.6%	6.4	1.3%	4.5	0.4%	4.0	1.5%	6.2	1.4%	5.7	3.0%	3.1	1.6%	5.1	1.4%	7.5	1.4%	7.5	1.9%	5.5
Factores que influyen en el estado de salud	0.8%	3.6	0.6%	5.0	0.0%	0.0	0.9%	2.0	0.8%	3.6	3.6%	2.7	2.1%	2.2	2.4%	5.3	3.4%	2.8	0.5%	3.6	0.4%	2.5	0.5%	3.5	6.4%	2.2	6.4%	2.2	1.4%	3.0
Genitourinario	9.4%	5.2	9.1%	4.3	9.6%	3.1	10.2%	5.4	9.4%	5.2	6.5%	4.5	8.5%	4.3	6.8%	4.9	6.7%	4.5	4.4%	3.6	6.3%	3.8	4.6%	3.6	8.0%	3.8	8.0%	3.8	8.7%	5.0
Infecciosas y parasitarias	3.9%	5.8	3.1%	12.6	6.4%	3.8	11.9%	3.7	3.9%	5.8	2.4%	5.0	2.7%	4.2	7.3%	3.7	2.8%	4.7	3.9%	4.1	7.1%	4.4	4.3%	4.2	3.4%	5.9	3.4%	5.9	3.8%	5.6
Mentales y del comportamiento	1.6%	8.0	3.9%	7.4	4.3%	7.3	4.1%	8.2	1.6%	7.9	2.4%	8.8	1.4%	5.4	5.9%	15.1	2.6%	9.8	1.4%	15.2	0.0%	0.0	1.2%	15.2	0.3%	5.4	0.3%	5.4	1.7%	8.7
Oído y apófisis mastoides	0.2%	4.6	0.4%	5.0	0.0%	0.0	0.2%	3.0	0.2%	4.6	0.1%	2.9	0.1%	4.0	0.0%	0.0	0.1%	3.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.1%	6.5	0.1%	6.5	0.2%	4.5
Ojo y anexos	0.2%	5.7	0.0%	0.0	0.0%	0.0	0.2%	12.0	0.2%	5.8	0.1%	4.8	0.1%	11.0	0.3%	19.0	0.1%	9.1	0.2%	6.4	0.2%	1.0	0.2%	5.9	0.1%	8.0	0.1%	8.0	0.2%	6.1
Osteomuscular y tejido conjuntivo	3.1%	7.3	2.8%	4.0	0.0%	0.0	2.1%	2.1	3.1%	7.2	2.1%	3.7	3.4%	7.6	2.0%	9.9	2.2%	4.7	2.0%	3.0	0.8%	5.3	1.8%	3.1	2.4%	2.6	2.4%	2.6	2.9%	6.6
Perinatal	3.9%	6.5	1.5%	6.0	3.2%	6.7	3.2%	5.1	3.8%	6.5	6.1%	7.9	4.1%	7.9	1.9%	5.5	5.6%	7.8	5.4%	6.9	4.7%	5.7	5.3%	6.7	3.8%	7.1	3.8%	7.1	4.2%	6.8
Piel y tejido subcutáneo	2.8%	6.9	2.8%	4.3	5.3%	4.8	3.4%	5.0	2.9%	6.8	1.7%	4.7	2.7%	4.8	3.2%	5.9	1.9%	4.9	2.0%	6.1	3.7%	6.2	2.2%	6.1	1.2%	5.0	1.2%	5.0	2.6%	6.5
Respiratorio	12.8%	6.0	9.0%	4.2	13.8%	9.2	12.2%	4.8	12.8%	5.9	11.3%	6.1	9.7%	6.1	10.0%	4.7	11.0%	6.0	6.2%	5.4	13.0%	5.4	7.0%	5.4	7.6%	7.4	7.6%	7.4	11.9%	6.0
Sangre y órganos hematopoyéticos	0.8%	7.5	0.8%	7.0	0.0%	0.0	0.2%	9.0	0.8%	7.5	0.7%	4.7	0.3%	17.7	0.1%	4.0	0.6%	5.3	0.6%	5.4	0.2%	1.0	0.6%	5.2	0.7%	9.0	0.7%	9.0	0.7%	7.2
Síntomas anormales	7.9%	4.8	12.3%	3.8	12.8%	5.3	9.2%	4.1	8.0%	4.8	8.3%	5.6	7.8%	4.4	6.5%	7.8	8.1%	5.6	8.5%	5.4	8.1%	5.2	8.5%	5.3	8.6%	5.2	8.6%	5.2	8.1%	4.9
Sistema nervioso	1.4%	7.5	2.3%	4.7	1.1%	22.0	0.6%	7.7	1.4%	7.5	1.5%	7.0	0.7%	7.8	0.9%	4.4	1.4%	6.9	1.0%	7.2	0.4%	6.5	1.0%	7.2	1.5%	5.3	1.5%	5.3	1.4%	7.3
Traumatismos	6.6%	6.8	8.0%	3.8	2.1%	6.0	3.8%	6.7	6.6%	6.8	5.0%	5.5	5.5%	5.9	3.5%	4.0	4.9%	5.5	3.4%	4.7	4.5%	5.0	3.6%	4.7	6.2%	7.4	6.2%	7.4	6.1%	6.6
Tumores	5.3%	8.6	4.8%	2.8	2.1%	1.5	3.4%	6.1	5.2%	8.5	4.6%	5.4	4.5%	14.5	8.8%	10.2	4.9%	6.9	3.4%	4.4	2.2%	2.4	3.3%	4.3	6.6%	5.8	6.6%	5.8	5.1%	7.9
Total general	100%	5.2	100%	4.0	100%	4.8	100%	4.2	100%	5.2	100%	4.7	100%	4.9	100%	5.5	100%	4.8	100%	3.9	100%	3.8	100%	3.9	100%	4.4	100%	4.4	100%	5.0
No. Eventos y % del total	49,620	73.3%	798	1.2%	94	0.1%	469	0.7%	50,981	75.3%	7,636	11.3%	874	1.3%	750	1.1%	9,260	13.7%	4,011	5.9%	492	0.7%	4,503	6.7%	2,917	4.3%	2,917	4.3%	67,661	100.0%

Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2010.

La evolución de la tasa de hospitalización (por cien mil afiliados expuestos) de los principales grupos de causas de egreso, en los últimos diez años, se aprecia en el cuadro 41. Comparando las tasas registradas en 2010 respecto a las del año 2009, se encuentra que todas ellas disminuyeron entre un 17% y un 36%, sin embargo, al considerar todo el periodo y estimar sus tendencias se puede ver que, exceptuando la tasa embarazo, parto y puerperio, todas las tendencias son al incremento, siendo esta no tan marcada en las enfermedades del sistema circulatorio donde la tasa alcanzó su valor máximo en 2007 y ha disminuido en los últimos tres años.

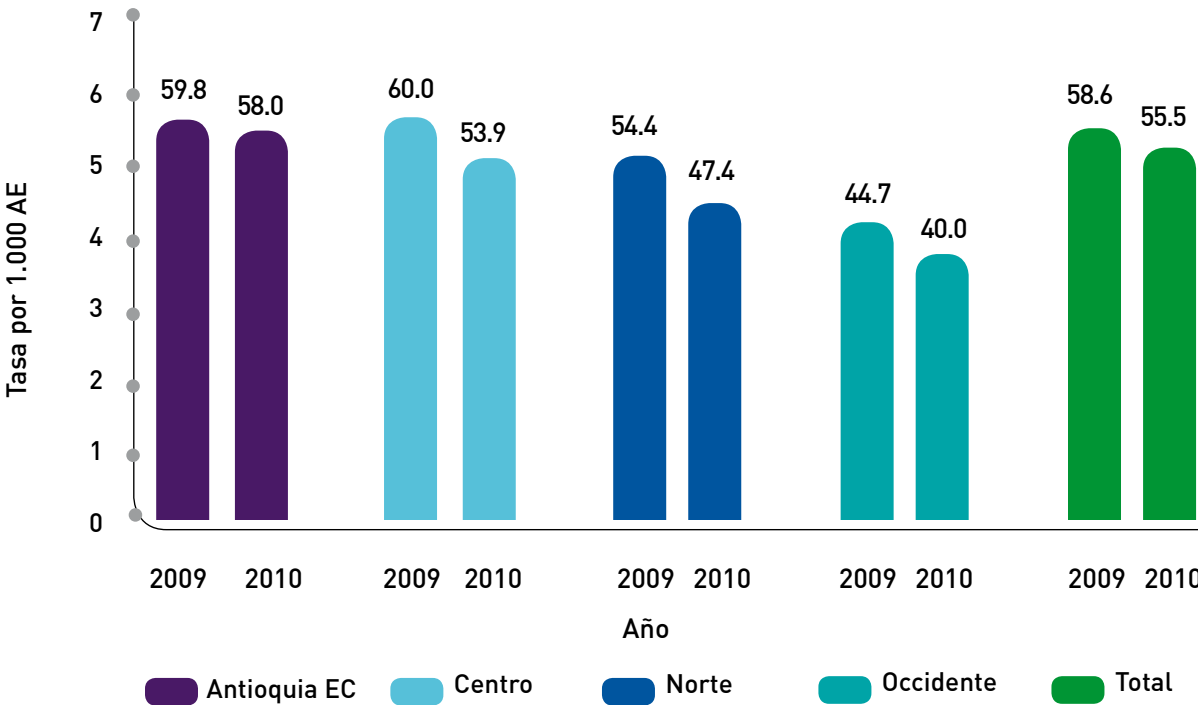
Cuadro 41. Tasa de hospitalización por principales grupos de causas CIE-10. POS de EPS SURA 2001-2010

Grupo de causas CIE-10	Año										Orden	% Diferencia	Tendencia
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010	2009-2010	2001-2010
Embarazo Parto y puerperio	1,815.0	1,666.7	1,581.4	1,147.9	1,283.6	1,276.9	1,516.7	1,489.6	1,529.4	1,276.9	1	-17%	
Digestivo	465.9	440.8	419.0	407.0	495.9	496.1	583.9	557.9	623.0	438.6	3	-30%	
Circulatorio	250.9	340.9	387.3	399.4	405.8	438.6	519.9	416.1	443.4	296.7	5	-33%	
Respiratorio	484.5	457.4	588.0	381.4	438.7	435.5	469.1	533.6	624.0	496.1	2	-20%	
Genitourinario	323.3	292.1	292.5	235.8	300.8	296.7	412.4	298.3	547.8	435.5	4	-21%	
Tumores	248.4	198.1	170.8	166.7	215.3	222.0	328.0	312.7	348.3	222.0	6	-36%	

Tasa por cien mil afiliados expuestos.  
Fuente: Estadísticas hospitalarias. EPS SURA. 2001-2010.

En 2010, la tasa de egresos hospitalarios por cada mil afiliados expuestos, bajó en todas las regionales, gráfica 22, siendo esta disminución de mayor a menor de: 12,9% en la regional Norte, 10,6% en Occidente, 10,1% en Centro y 3,1% en la de Antioquia EC.

Gráfica 22. Tasa de egresos hospitalarios por regional. POS de EPS SURA 2009-2010



Tasa: Número egresos por mil afiliados expuestos (AE).  
Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2009-2010.

Algunos de los indicadores hospitalarios por grupo de edad se encuentran en el cuadro 42. Aunque el grupo de 15 a 44 años representó el mayor porcentaje de los afiliados al POS de la EPS SURA en 2010 (comportamiento similar al de los otros años) con cerca del 52% de los afiliados expuestos, y registró la mayor proporción de egresos con el 46%, este grupo también presentó el menor promedio estancia con 3,6 días; por el contrario, grupos como los menores de un año, con el 1,1% de la población expuesta y 7,7% de los egresos y, los afiliados de 60 o más años, con el 8,4% de la población expuesta y 22,2% de los egresos, presentaron las mayores estancias hospitalarias, 6,7 y 6,8 días, respectivamente.

**Cuadro 42. Indicadores hospitalarios por grupo de edad. POS de EPS SURA 2010**

Grupo de edad	Egresos *1000 AE		Promedio estancia (evento)		%Egresos		%Población	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
<b>Menor 1</b>	351.4	380.8	7.0	6.7	7.2%	7.7%	1.2%	1.1%
<b>1 a 4</b>	53.6	56.0	5.0	5.0	5.4%	5.9%	5.9%	5.8%
<b>5 a 14</b>	18.5	18.1	4.3	4.7	5.2%	5.2%	16.5%	16.1%
<b>15 a 44</b>	55.2	49.5	3.3	3.6	48.6%	46.0%	51.6%	51.6%
<b>45 a 59</b>	45.8	42.3	5.6	6.1	12.9%	13.0%	16.5%	17.0%
<b>60 y más</b>	144.3	146.9	6.6	6.8	20.7%	22.2%	8.4%	8.4%
<b>Total</b>	<b>58.6</b>	<b>55.6</b>	<b>4.7</b>	<b>5.0</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\*Su cálculo tuvo en cuenta las hospitalizaciones tanto para tratamiento médico como quirúrgico.

**Fuente:** Estadísticas Hospitalarias. Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2010.



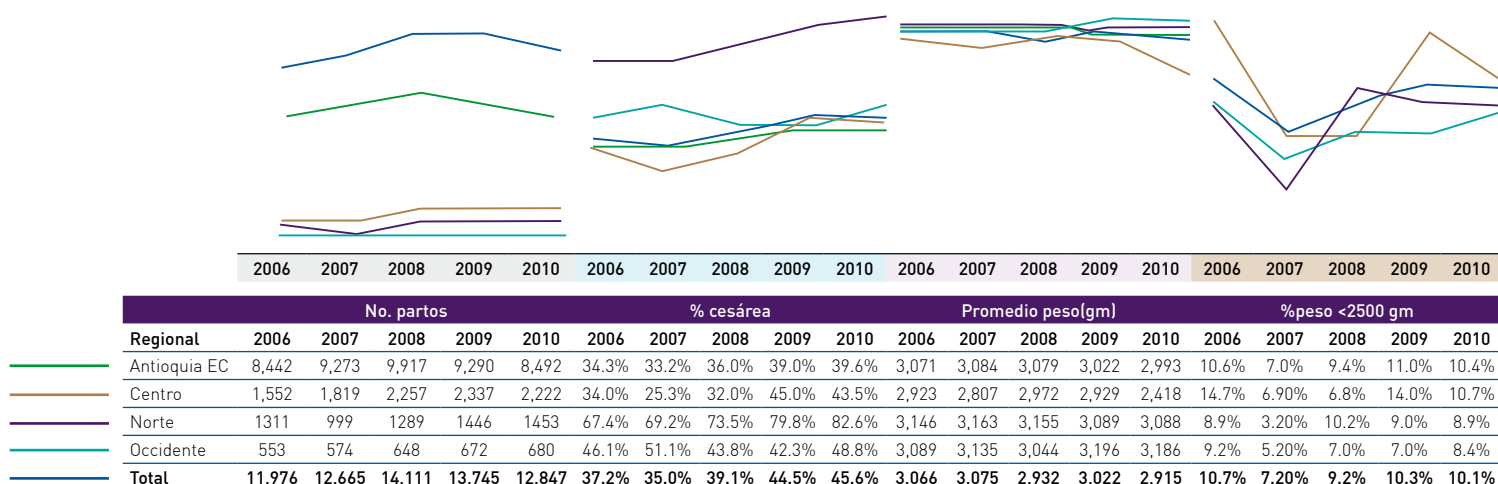
### 2.1.3 Atención del embarazo, parto y puerperio

En la EPS SURA, a lo largo de los años, la especialidad de obstetricia, rama de las ciencias de la salud que se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio), ha representado cerca de una tercera parte de la demanda en la atención en servicio de hospitalización, sin embargo, a pesar de que dicha proporción que viene disminuyendo en los últimos años, la demanda de atención por parte de las gestantes para el parto continúa siendo la principal causa de egreso hospitalario.

En 2010 se atendieron 12.847 partos, 6,5% menos que en 2009, de estos, en el 45,6% (5.863 nacimientos) se practicaron cesáreas, proporción que viene aumentando a nivel general y en todas las regionales, gráfica 23.

Uno de los indicadores de obstetricia es el peso promedio de los recién nacidos, el cual para el 2010, fue de 2.915 gramos, 3,5% menor que el registrado en 2009 donde fue igual a 3.022 gramos; por regional, este indicador registró el mayor descenso en la del Centro, con una disminución del 17,5% en 2010 respecto al valor alcanzado en 2009. Relacionado con el anterior, se encuentra el indicador centinela de porcentaje de bajo peso al nacer (peso menor de 2.500 gramos), el cual fue de 10,1% en 2010 (10,3% en 2009); las regionales con la mayor proporción de niños con bajo peso al nacer fueron la del Centro y Antioquia EC, ambas con más de 10%, aunque se debe resaltar que dicho valor fue menor que el registrado en 2009.

**Gráfica 23. Indicadores obstetricia. POS de EPS SURA 2006-2010**



Fuente: Estadísticas Hospitalarias. EPS SURA. 2006 - 2010.



### 2.1.4 Parto por cesárea

Fuera del parto vía vaginal (o parto normal), está el parto por cesárea el cual se define como: el parto del niño a través del abdomen materno mediante la realización de una incisión (herida quirúrgica) en la pared de éste (laparotomía) y en el útero (histerotomía)<sup>9</sup>, procedimiento cuyos costos hospitalarios pueden llegar a ser el doble de los de un parto vaginal.

La cesárea eleva el riesgo de que se produzca un desgarro del útero en el siguiente embarazo; y también aumenta el riesgo de anomalías de la placenta, que pueden causar hemorragias y llevar a una histerectomía; por ello, el aumento registrado a nivel mundial en la tasa de cesárea representa un grave problema de salud pública<sup>10</sup>. La OMS (1985), propuso que la tasa de cesárea aceptable no puede exceder de 10-15%, para hacerlo se basó en la tasa de cesáreas de algunos países con la más baja tasa de mortalidad perinatal en el mundo<sup>11</sup>. Dicha propuesta fue adoptada como uno de los objetivos para el año 2000 por el departamento de salud de los Estados Unidos<sup>12</sup>.

En la mayoría de los países de América Latina las cesáreas han aumentado hasta un 40%, y en algunos países como Puerto Rico y China están llegando al 50%<sup>13</sup>. En los Estados Unidos, el índice de cesáreas realizadas en 2007 alcanzó el 32%, siendo el valor más alto registrado en la historia de ese país, al igual que entre los países industrializados<sup>14</sup>.

9. Cesárea. [acceso 1 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=452>

10. Casale, R. Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud? Estudio ecológico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Volumen 88 - Nº 982 - Diciembre 2009.

11. World Health Organisation, Appropriate technology for birth. The Lancet 1985; 436-7.

12. Casale, R. Niveles socioeconómicos y tasa de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud? Estudio ecológico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Volumen 88 - Nº 982 - Diciembre 2009.

13. Lumbiganon P, Laopaiboon M, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. The Lancet, Volume 375, Issue 9713, Pages 490 - 499, 6 February 2010. [acceso 1 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2961870-5/abstract>

14. Récord de cesáreas en Estados Unidos. The New York Times. martes 30 de marzo de 2010. [acceso 19 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://yaerahoraenlaradio.blogspot.com/2010/03/record-de-cesareas-en-estados-unidos.html>

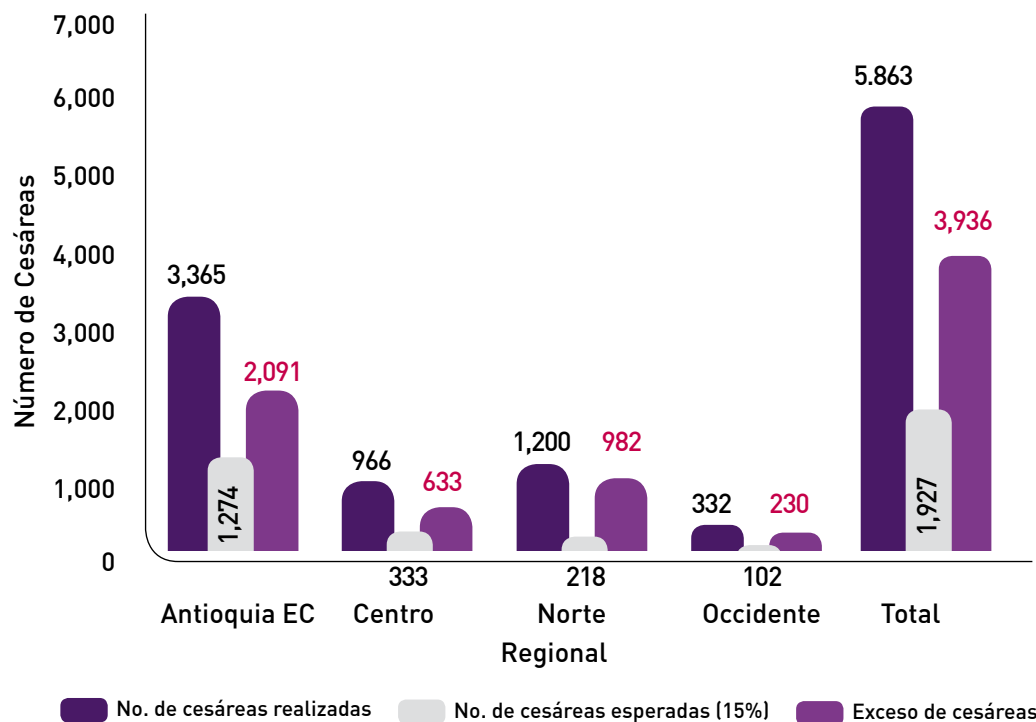


Entre los factores identificados como las causas de este aumento se encuentran: los avances en la tecnología médica (anestesia peridural y el uso del monitoreo electrónico fetal); la disminución del riesgo de complicaciones producidas por el parto vaginal (incontinencia urinaria, el prolapso genital y la insatisfacción sexual<sup>15</sup>); factores nutricionales y demográficos; la percepción de médicos y pacientes al verla como un “procedimiento seguro”; la conveniencia y comodidad para los médicos en la atención de un parto complicado; y el temor a los juicios de mala praxis, como parte de una medicina defensiva<sup>16</sup>. También se ha mencionado la elección de la mujer de su tipo de parto, situación que es reconocida como un “derecho de las mujeres” y denominada cesárea a demanda.

En la EPS SURA, en 2010, la proporción de cesáreas fue del 45,6% (5.863 nacimientos), cerca de un punto porcentual más que en 2009 año en el cual la proporción fue de 44,5% del total de los nacimientos atendidos, gráficos 23 y 24. La práctica de cesáreas presenta diferencias marcadas por regional, cifra que puede oscilar entre 39,6% en la regional Antioquia EC y 82,6% en la regional Norte, y que viene creciendo en todas las regionales.

El exceso de cesáreas practicadas a las gestantes afiliadas al POS de EPS SURA, dato calculado teniendo como porcentaje óptimo de cesáreas el propuesto por la OMS (15%), se encuentra en la gráfica 24, en ella se puede ver cómo, en 2010, se realizaron 5.863 cesáreas, sin embargo, de acuerdo al número total de partos, este número debió ser igual a 1.927, lo cual nos indica que en ese periodo de tiempo se realizaron alrededor de 3.936 cesáreas no justificadas (4.052 en 2009).

**Gráfica 24. Cesáreas practicadas. POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Informe Epidemiológico. Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



15. Wu J, Hundlesy A, Visco A. Elective primary caesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal fetal medicine specialists. *Obstet Gynecol* 2005; 105:301-6.
16. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:1397-402.



## 2.2 Calidad de la atención a nivel hospitalario

Definir la buena calidad de los servicios de salud ha sido tema de muchas reflexiones, y ello se debe a que, la calidad, es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción y depende directamente de factores como: intereses, costumbres y nivel educativo, entre otros. Si se tiene en cuenta el punto de vista del paciente, para algunos, una consulta médica de buena calidad es breve y dirigida al punto problemático, mientras que, para otros, ésta sólo será satisfactoria si el médico destina buena parte del tiempo a oír los pormenores del problema de salud que aqueja al paciente. Por otro lado, desde el punto de vista del médico, tampoco existe un patrón de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad; sin embargo, se acepta que, por lo menos, ésta tiene relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología adecuada. Las tendencias más modernas de la atención sanitaria, la "Medicina Basada en la Evidencia", promueven que las prácticas médicas estén basadas en la evidencia científica. Sin embargo, muchos alegan que la práctica de una medicina totalmente basada en la evidencia científica podría conducir a una deshumanización de la relación médico paciente, algo que tampoco es deseable<sup>17</sup>.

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras, definiciones que dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse. En 1980, Donabedian, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes"<sup>18</sup>. Donabedian ha considerado también las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, interpersonal, individual y calidad social. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos"<sup>19</sup>.

---

17. Jiménez Paneque, R. Indicadores de Calidad y Eficiencia de los servicios hospitalarios. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(1):17-36

18. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor Mich.* 1980.

19. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial, P.2. *Contr calidad asist.* 1991; 6:31-9.

En la atención hospitalaria, los indicadores de calidad sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda el hospital y facilitar las comparaciones. En la actualidad existen cientos de indicadores concebidos para evaluar la calidad de la atención en salud, y en particular la hospitalaria<sup>20</sup> pero, entre ellos, los indicadores basados en los resultados (beneficio que se logra en los pacientes o más específicamente, cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida), han sido el eje central de la investigación en el monitoreo de la calidad, debido a que son de fácil comprensión; a pesar de que su principal problema radica en que, para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que algunos autores consideran puede resultar complicado<sup>21,22</sup>. Si bien, indicadores de calidad de los servicios hospitalarios como: la tasa de mortalidad, la de reingresos, la de infecciones, entre otras, dependen de la atención que se brinde, también dependen de la gravedad de los pacientes sobre los cuales fueron calculados.

Dentro de los indicadores de resultados se encuentran: los “Indicadores Centinela” y los “Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados”<sup>23</sup>.

- Indicadores centinela, son aquellos que representan un suceso grave e indeseable del resultado de la atención, requiere la revisión e investigación individual e inmediata de cada caso. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.
- Indicadores de datos agregados, son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral). Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.

En Colombia, la implementación del SGSSS generó 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.

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. Las invita a desarrollar procedimientos como la auto-evaluación y la auditoría interna y externa, mediante la utilización de metodologías de control de procesos que incluyan el desarrollo de indicadores para los procesos prioritarios donde se encuentren riesgos para la salud de los usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, la EPS SURA, ha realizado cambios en los procesos y en los sistemas de información, los cuales 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.

---

20. NHS Performance Indicators : July 2000 Foreword. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html>

21. Delamothe T. Using outcomes research in clinical practice. *BMJ* 1994;308:1583-84.

22. Orchard C. Comparing healthcare outcomes. *BMJ* 1994;308:1493-6.

23. Gilmore CM, De Moraes H. Manual de gerencia de la calidad. Washington DC. OPS PALTEX;1996: 36-54.

Aunque los programas de garantía de calidad de hospitales comúnmente proponen una lista de mediciones de resultados que suelen ser indicadores de datos agregados, en esta sección se abordarán tres indicadores: evitabilidad, reingresos e infección intrahospitalaria; indicadores trazadores de la calidad de la atención a nivel hospitalario y relacionados con enfermedades donde los programas de Promoción y Prevención (P y P) y, la oportunidad y pertinencia en la atención en el nivel básico, disminuirían el número de casos.

### 2.2.1 Evitabilidad hospitalaria

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 presenten. 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; de los criterios de hospitalización domiciliaria; de la cobertura y de la efectividad de los programas de P y P y de los programas para el control del riesgo en grupos especiales. El señalamiento de las patologías de carácter evitable son un termómetro, o indicador indirecto, que permite identificar las características de grupos que sean intervenibles con actividades de promoción y prevención, y en los cuales se puedan formular planes de intervención cuyo impacto final sería una disminución de la hospitalización por urgencias debido a causas que pudieron ser evitadas.

De acuerdo a los referentes internacionales, la evitabilidad hospitalaria total se encuentra entre el 10% y 14%. En el estudio realizado por Herrera (2007), sobre la evitabilidad hospitalaria de acuerdo a los diagnósticos relacionados de pacientes en el registro de referencia del CRUE - Valle, marzo 21 de 2003 agosto 30 de 2007, se encontró que en el periodo de cuatro años se presentaron 22.082 casos que pudieron ser evitados, lo cual representó el 5,6% del total de casos referenciados en el mismo lapso de tiempo a través del CRUE. Eso significó que como mínimo en el sistema de referencia de pacientes de la red pública del Valle hay un 5,8% de casos que pueden ser evitados. Sin embargo, al considerar la totalidad de los diagnósticos definidos como evitables, aún los no revisados, se estimó que la evitabilidad hospitalaria de los pacientes referenciados a través del CRUE puede llegar hasta un 52%<sup>24</sup>.

En el mismo estudio también se encontró que, en 2007, el grupo con mayor riesgo de hospitalización evitable fueron los menores de 5 años, ellos representaron el 40% del total de las hospitalizaciones evitables en los hombres y el 22% en las mujeres. En general, el 58% de estos eventos se dieron en mujeres y, dentro de ellas, después de las niñas menores de 5 años, se encontró el grupo de 35 a 39 años, con el 18% del total de eventos registrados en este género<sup>25</sup>.



24. Evitabilidad hospitalaria según el registro de referencia y contrarreferencia. Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias en Salud –CRUE. [acceso 30 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.cruevalle.com/boletines/estadisticas%20septiembre.pdf>
25. Herrera Medina, R. Evitabilidad hospitalaria según el registro de referencia y contrarreferencia. Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias en Salud –CRUE. Septiembre de 2007. Pág.3. [acceso 18 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.cruevalle.org/boletines/estadisticas%20septiembre.pdf>
26. Herrera Medina, R. Evitabilidad hospitalaria según el registro de referencia y contrarreferencia. Centro Regulador de Urgencias y Coordinador de Emergencias en Salud –CRUE. Septiembre de 2007. Pág.4. [acceso 18 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.cruevalle.org/boletines/estadisticas%20septiembre.pdf>

En el Mundo se han investigado 12.422 códigos diagnósticos definidos como de “evitabilidad hospitalaria”, sin embargo, de acuerdo a lo identificado en nuestro medio sólo se consideran 1.041 códigos de diagnósticos aplicables a las condiciones de prestación de servicios y que además han tenido aceptación en algunas EPS.

En la población afiliada al POS de la EPS SURA, del total de egresos hospitalarios de 2010, el 36,1% (24.407 egresos, 17,6% más que en 2009) fueron por patologías consideradas como evitables, lo cual quiere decir que aproximadamente, uno de cada tres egresos puede considerarse evitable. Entre las causas de egreso evitable que más aumentaron en el número de casos en 2010 se tuvieron: la enfermedad isquémica del corazón con un incremento del 142,1% (941 egresos), la infección aguda de vías respiratorias alta y baja con 50,2 y 25,9% (147 y 265 egresos), respectivamente, y la apendicitis perforada con un incremento del 42,9% (99 egresos), es importante también mencionar la disminución en el número de egresos evitables ocurridos por causas como: la hipertensión con 30,0% menos y el VIH con 24,5% menos, cuadro 43.

**Cuadro 43. Causas evitables. POS de EPS SURA 2008-2010**

Grupo evitable	Año 2008		Año 2009		Año 2010		Diferencia casos 2009-2010
	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	
Neumonía	2858	258	3,413	300	4,137	340	21.2%
Infección urinaria	1449	131	2,895	254	3,585	294	23.8%
Embarazo <sup>1</sup>	2668	892	3,027	987	2,998	914	-1.0%
Recién nacidos <sup>1</sup>	2170	726	2,561	835	2,931	894	14.4%
Enfermedad isquémica del corazón <sup>2</sup>	784	286	662	234	1,603	518	142.1%
Lesiones de la piel	607	55	1,235	108	1,561	128	26.4%
EPOC <sup>2</sup>	937	342	1,196	423	1,325	428	10.8%
Infección respiratoria baja	973	88	1,024	90	1,289	106	25.9%
Asma	822	74	785	69	921	76	17.3%
EDA	909	82	994	87	921	76	-7.3%
DM <sup>2</sup>	513	187	527	186	545	176	3.4%
ICC <sup>2</sup>	514	187	560	198	537	173	-4.1%
Infección respiratoria aguda alta	215	19	293	26	440	36	50.2%
Apendicitis perforada	294	27	231	20	330	27	42.9%
Convulsiones	208	19	259	23	272	22	5.0%
Úlcera gástrica	191	17	240	21	257	21	7.1%
Hipertensión <sup>2</sup>	282	103	303	107	212	68	-30.0%
Enfermedades prevenibles	136	12	161	14	180	15	11.8%
Enfermedad inflamatoria pélvica	119	11	146	13	149	12	2.1%
VIH	131	12	151	13	114	9	-24.5%
Carcinoma cervical	39	4	42	4	56	5	33.3%
Valvulopatía	31	3	44	4	43	4	-2.3%
Amputación	1	0			1	0	
<b>Total</b>	<b>16,851</b>	<b>1,488</b>	<b>20,749</b>	<b>1,823</b>	<b>24,407</b>	<b>2,004</b>	<b>17.6%</b>

Tasa por 100.000 afiliados expuestos.

1. Tasa por 100 mil mujeres en edad fértil.

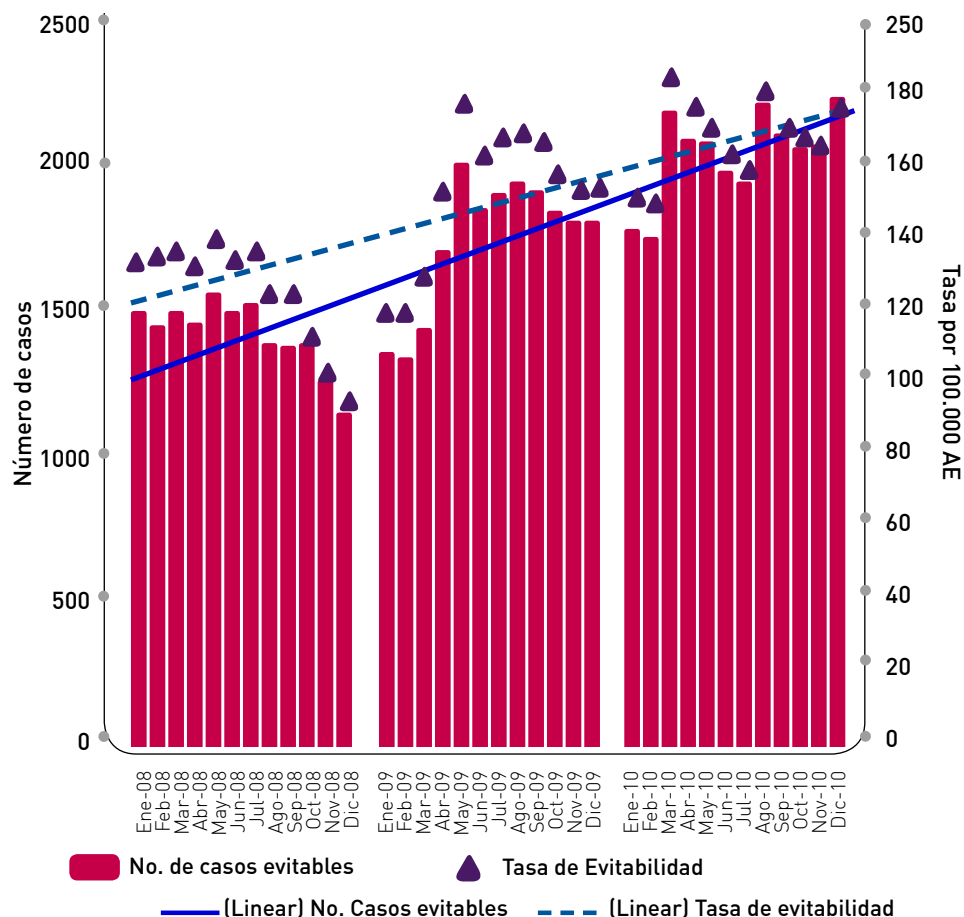
2. Tasa por 100 mil afiliados de 45 años o más.

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas. EPS SURA. 2008-2010.



En la gráfica 25 se puede apreciar la evolución, tanto en el número de egresos evitables (casos) como en la tasa por cada cien mil afiliados expuestos por mes, durante el periodo de enero de 2008 a diciembre de 2010. En ella se muestra la tendencia al incremento registrada en ambos indicadores. El estimar el número promedio de casos en cada uno de los años, se puede observar que estos crecen a un ritmo de aproximadamente 300 casos por año pues, en 2008 fueron en promedio 1.404 egresos evitables por mes, 1.729 en 2009 y 2.034 en 2010.

**Gráfica 25. Evitabilidad hospitalaria por mes. POS de EPS SURA 2008-2010**



AE: afiliados expuestos.  
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2008-2010.

### 2.2.2 Reingreso hospitalario

Desde la década de los ochenta, los reingresos hospitalarios se han analizado desde diferentes puntos de vista y, es así como, sobre ellos, se encuentran estudios de morbilidad, de efectividad hospitalaria, de identificación de poblaciones de riesgo y de evaluación de la calidad. El reingreso se ha definido de diferentes formas en la literatura pero, en general, se denomina reingreso a aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo relacionado o no con el que justificó el primer ingreso. El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último se considere un "reingreso" no está absolutamente establecido. Aunque la mayoría de los autores consideran un período de un mes (30 o 31 días), en algunos trabajos éste se ha considerado en un período de 14 días<sup>27</sup>.

27. Nuin, A, Saldaña, L, De Pedro, T. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria? Published in Rev Calidad Asistencial. 2002;17:67-78. - vol.17 núm 02 [acceso 20 julio de 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2017791>

En general, un reingreso puede ser programado o urgente, ser el resultado de un ingreso previo, tener origen en la descompensación de una enfermedad crónica de base, estar motivado por una enfermedad grave que requiere ingresos sucesivos o, simplemente, estar causado por un motivo diferente e independiente del ingreso previo. Regularmente se eliminan de las tasas de reingresos aquellos que se han producido de forma programada (para iniciar radioterapia o quimioterapia, para hacer una operación que quedó pendiente, etc.). Por tal razón, el empleo de los reingresos como indicador de la calidad de la asistencia ha necesitado de una buena definición del concepto para saber qué se incluye. Además, para calcularlo se debe contar con un sistema de información adecuado que lo detecte y lo demuestre.

Como aproximación a su relación con la atención recibida, se ha definido el concepto de reingreso prevenible, como “aquel reingreso que se hubiera podido evitar con una mejoría en la calidad de los cuidados otorgados”<sup>28</sup> o “aquel que es consecuencia de factores, al menos teóricamente, accesibles a medidas de prevención”<sup>29</sup>.

Como indicador de Calidad Técnica, definido por la Resolución 1446 del Ministerio de la Protección Social, en el informe presentado por Restrepo (2007), se encontró que: el promedio de reingresos mensuales a hospitalización en menos de 20 días y por la misma causa fue de 43 por mil; por otra causa fue de 33 por mil y los electivos fue de 24 por mil<sup>30</sup>.

En el área de Auditoria Médica de SURA, se considera como reingreso hospitalario al paciente que regresa a la institución por la misma patología, en los primeros veinte días posteriores a su egreso. Su objetivo es medir la pertinencia y la seguridad en la atención hospitalaria<sup>31</sup>, y se constituye en un referente indispensable en la planeación de la oferta/demanda del servicio de hospitalización. La tasa de reingreso puede ser un índice de calidad asistencial, sin embargo, puede estar influenciada por factores clínicos, del hospital y del propio paciente<sup>32</sup>.

Al identificar las características de los pacientes con alto riesgo de reingresar, se pueden implementar planes de cuidados específicos. En este tema la EPS SURA viene trabajando desde el área de Auditoria Médica identificando aquellas patologías potencialmente prevenibles de hospitalizar, clasificándolas de acuerdo a 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 la EPS SURA, durante el 2010, se registraron 2.066 reingresos hospitalarios, 9% menos que en 2009; reingresos que representaron el 3,1% del total de los egresos hospitalarios, dando una tasa anual de 1,7 reingresos por cada mil afiliados expuestos, cuadro 44.

---

28. Milne R, Clarke A. Can readmission rates be used as an outcome indicator? Br Med J 1990;301:1139-40.

29. Wray NP, Ashton CM, Kuykendall DH, Petersen NJ, Soucek J, Hollingsworth J. Selecting disease - outcome pairs for monitoring the quality of care. Med Care 1995;33:75-89.

30. Restrepo, MV. El Tamizaje de Eventos Adversos: alternativa para la operativización de la estrategia definida por la Resolución 1446 de 2006. [acceso 20 julio de 2011]. Disponible en: <http://mps.minproteccion-social.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite9/PRESENTACION%20Maria%20Victoria%20Restrepo%201.pdf>

31. Circular externa 23 de 2005. Indicadores de Calidad Instituciones Prestadoras de Salud. Superintendencia Nacional de Salud. Pág. 254

32. Reingreso hospitalario. [acceso 24 mayo de 2010]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001000500005&script=sci_arttext)



**Cuadro 44. Indicadores de reingresos hospitalarios. POS de EPS SURA 2006 – 2010**

Indicador	Año				
	2006	2007	2008	2009	2010
Número reingresos	847	1,299	1,152	2,268	2,066
Total egresos	42,793	56,876	60,404	66,674	67,664
% de los egresos año	2.0%	2.3%	1.7%	3.4%	3.1%
Reingresos por mil AE	0.89	1.24	0.53	1.90	1.70

Fuente: Informe egresos hospitalarios. EPS SURA. 2006 -2010.



Los grupos de causas que han registrado la mayor proporción de reingresos en los últimos años han sido: los traumatismos; el embarazo, parto y puerperio; las enfermedades del sistema respiratorio; las del sistema digestivo y las del sistema circulatorio.

Durante el último quinquenio, los menores de un año y mayores de 60 años, han sido los grupos de edad que han ocasionado el mayor número de reingresos por 1000 afiliados expuestos del grupo de edad; de igual manera, los grupos de 5 a 14 años y el de 1 a 4 años, han sido los que han presentado las menores tasas. Por género, los reingresos se han ocurrido en mayor proporción en las mujeres (excepto en 2008), y en general se puede decir que se presentan tres reingresos en las mujeres por cada dos en los hombres (total reingresos mujer/total reingresos hombre), cuadro 45.

**Cuadro 45. Tasa\* de reingresos hospitalarios por grupo de edad. POS de EPS SURA 2006-2010**

Grupo edad	2006		2007		2008		2009		2010		Total
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Menor 1	367.9	408.2	502.4	632.8	422.6	429.8	726.3	1153.1	752.9	693.9	722.5
1 a 4	133.8	83.0	73.5	95.1	63.6	102.8	113.9	141.8	136.2	115.0	125.3
5 a 14	51.0	21.5	24.6	21.4	22.9	18.8	45.6	70.9	47.0	35.0	40.9
15 a 44	113.0	39.1	138.4	49.9	119.0	41.8	241.2	81.7	210.1	68.7	142.5
45 a 59	38.2	36.8	133.4	110.8	91.2	87.2	191.4	195.0	154.3	149.4	152.1
60 y más	271.7	357.5	414.6	534.9	228.1	329.2	595.7	707.9	505.6	517.1	510.5
<b>Total</b>	<b>108.9</b>	<b>66.4</b>	<b>145.5</b>	<b>99.8</b>	<b>110.5</b>	<b>233.2</b>	<b>233.2</b>	<b>161.9</b>	<b>204.5</b>	<b>120.2</b>	<b>164.3</b>

\*Reingresos por cien mil afiliados expuestos del grupo de edad.

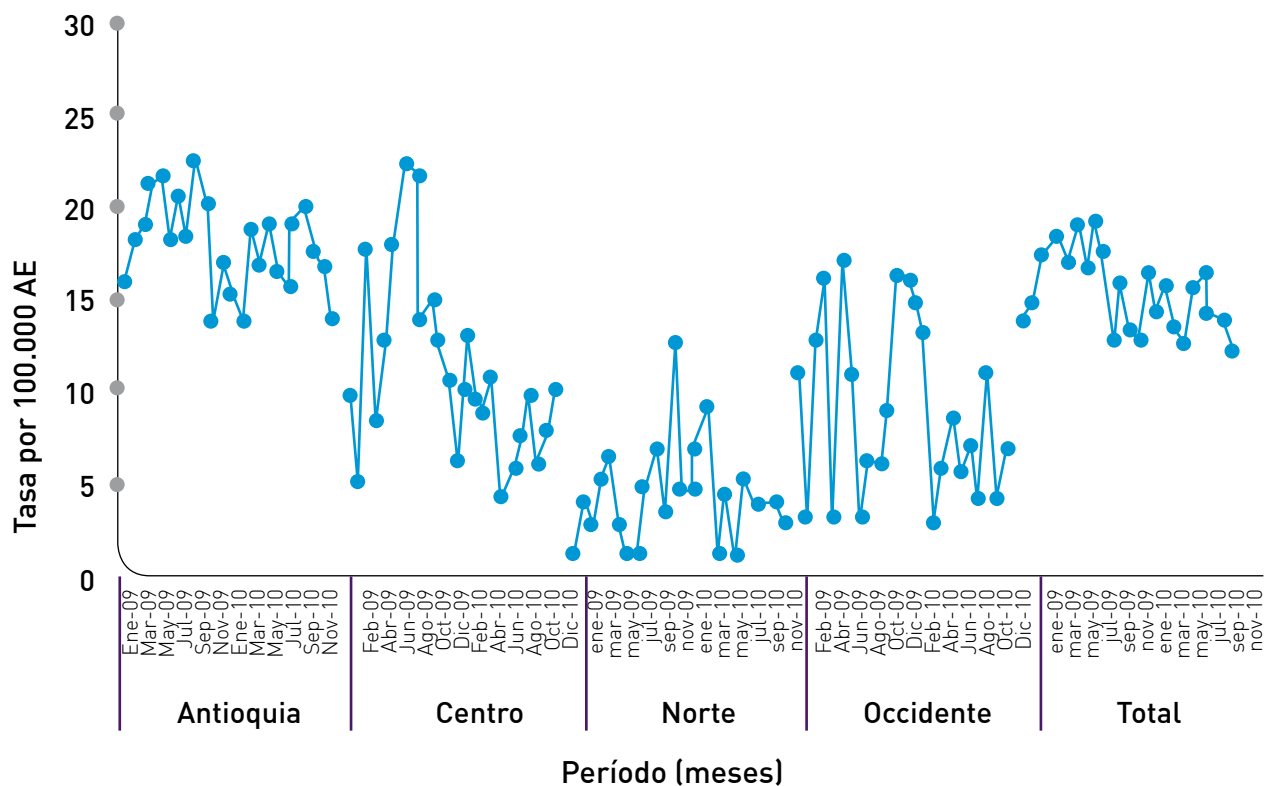
Fuente: Informe egresos hospitalarios. EPS SURA. 2006-2010.



La gráfica 26 se encuentra la evolución de las tasas de reingresos por mes y por regional, durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2010. Al comparar las tasas al inicio y al final del periodo evaluado en cada regional, se puede decir que, excepto en la regional Norte, donde la tasa pasó de 1,8 reingresos por cada 100.000 afiliados expuestos a 2,9 y la regional Centro donde la tasa al inicio (9,8) y al final del periodo (9,9) evaluado no presentan mayores diferencias; las tasas de las regionales Antioquia EC y Occidente han disminuido en los dos años.



**Gráfica 26. Tasa de reingresos mensual por regional. POS de EPS SURA 2009-2010**



Fuente: Informe egresos hospitalarios. EPS SURA. 2009-2010.



### 2.2.3 Infección intrahospitalaria (IIH)

Se define IIH como aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente entre las 48-72 horas post-ingreso o después del egreso, y que no se encontraban presentes ni en incubación en el momento de la admisión, cualquiera sea la causa que motivó la hospitalización. Ese período incluye 30 días en caso de cirugía limpia, o hasta un año en caso de prótesis valvular u ortopédica siempre y cuando el agente causal sea compatible<sup>33</sup>. El criterio clínico debe prevalecer ya que hay infecciones que se pueden adquirir desde el primer momento, como las bacteriemias por contaminación de infusiones parenterales. La mayoría de los casos, no requieren el aislamiento del germen en cultivo, si bien éste es deseable siempre que sea posible.

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de Salud Pública por su morbilidad, su mortalidad asociada y el aumento de los costos de la hospitalización al aumentar los días de estancia hospitalaria de los pacientes, así como el uso de recursos de diagnóstico y tratamiento, y, sobre todo, porque todos estos efectos son potencialmente prevenibles. El riesgo de enfermar e incluso de morir por una infección que no era el motivo de ingreso al hospital, está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en los hospitales. Es por ello que se requieren programas de vigilancia encaminados a prevenir y controlar las IIH.

33. Henríquez, A. Infecciones Intrahospitalarias: Conceptos actuales de prevención control. Revista Chilena de Urología. Volumen 71 / N° 2 Año 2006.

Entre las causas que han hecho que la atención hospitalaria sea cada vez más compleja y con mayores riesgos potenciales para la aparición de IIH, se encuentran: los avances tecnológicos, los cuales han incorporado nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, muchas de ellas invasivas; y los cambios en las características demográficas de la población con tendencia al envejecimiento, mayor prevalencia de patologías crónicas y de pacientes inmunosuprimidos.

Actualmente las IIH son consideradas como uno de los mejores indicadores de calidad de la atención debido a su frecuencia, la gravedad que conllevan, el aumento significativo de los costos que implica su ocurrencia y porque reflejan el resultado de acciones del equipo de salud, susceptibles de ser modificadas de acuerdo a los estándares vigentes. En un estudio realizado en los Estados Unidos, sobre la eficacia para el control de IIH, mostró que mediante sistemas de vigilancia y programas de control<sup>34</sup>, era posible prevenir hasta un tercio de este tipo de infecciones. También se sabe que de los casos médicos que generan acciones legales, hasta 25% puede corresponder a IIH<sup>35</sup>.

Las IIH son complicaciones frecuentes y severas de la atención hospitalaria. Ellas existen en todos los centros de salud del Mundo y pueden afectar entre un 3% y un 17% de los pacientes, contribuyen al incremento de la mortalidad en cerca de un 4% y son la causa de la misma en el 1%<sup>36</sup>. En EE.UU. ocurren 2,5 millones de IIH cada año, de las cuales, 30.000 son causa directa de muerte y 70.000 están relacionadas indirectamente al fallecimiento del paciente<sup>37</sup>. En Chile se notifican 30.000 IIH al año, siendo la tasa de incidencia global de 10% y, se estima, con estudios de prevalencia, que la cifra real es el doble. Por otra parte, alrededor de 3% de las IIH están relacionadas con la causa de muerte y otro 3% son causa directa de ella (letalidad promedio 6%), representando en este país alrededor de 6.000 casos al año<sup>38</sup>.

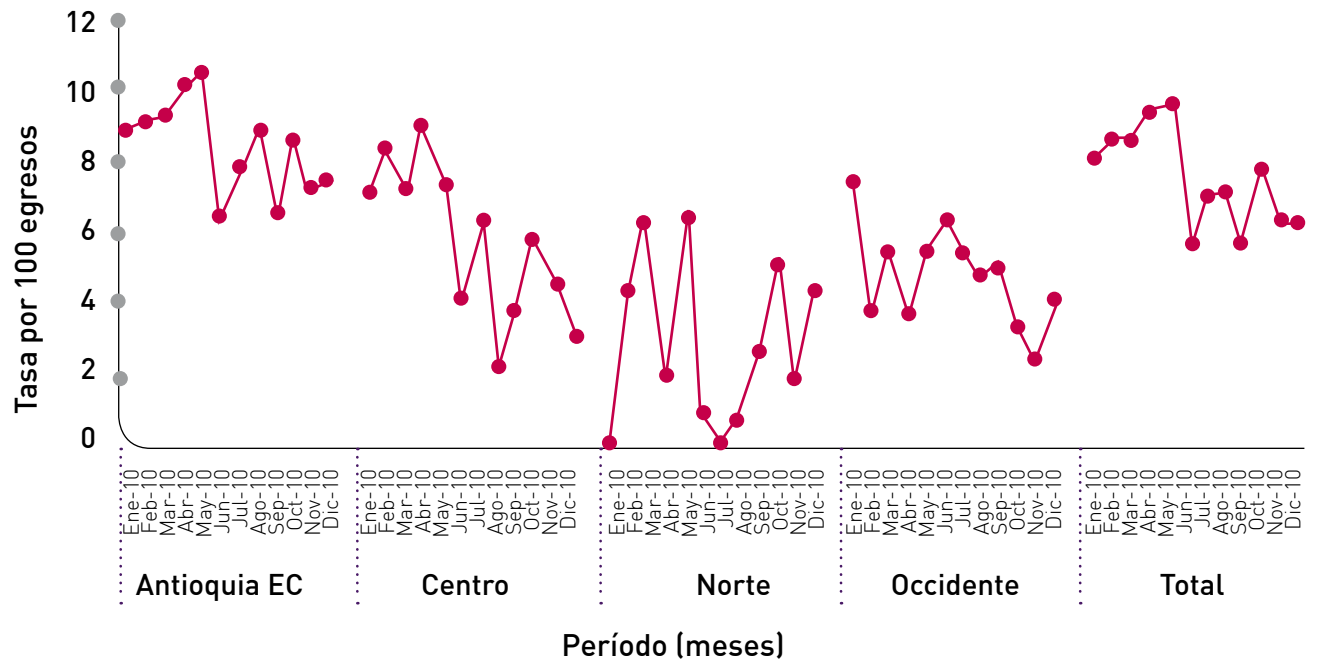
Estudios de costos han podido estimar que la ocurrencia de una IIH eleva los costos entre 3 y 5 veces, y que, dependiendo del tipo de infección, la estancia hospitalaria puede prolongarse en promedio, entre 5 y 7 días extra por año, con un rango variable entre 1 y 24 días. Las IIH que más prolongan la estadía son: las infecciones de herida operatoria, las neumonías asociadas a ventilación mecánica y las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas a catéter venoso central. Se ha estimado que con un buen Programa de Prevención y Control de IIH se podrían disminuir los costos generados por las mismas en un 30%.

La Infección Hospitalaria es una enfermedad endemo-epidémica de los establecimientos hospitalarios, controlable pero difícil de erradicar, que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica de cada establecimiento. 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.

- 
34. Haley, RW, Culver DH, White JW, ET AL. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 182-205.
  35. Guinan JL, Guckin M, ET AL. A descriptive review of malpractice claims for health care-acquired infections in Philadelphia. *Am J Infect Control* 2005; 33: 310-2.
  36. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología. Buenos Aires. Argentina. [acceso 21 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.ine.gov.ar/prog\\_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf](http://www.ine.gov.ar/prog_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf)
  37. Jarvis, WR. Infection control and changing health-care delivery systems. *Emerg Infect Dis* 2001; 7: 170-3.
  38. Otaiza, F, Brenner, P. Sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias, 1998. Programa de IIH de la División de Salud de las Personas del Ministerio de Salud de Chile. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
  39. Jarvis WR. Selected aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost and prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17: 552-7.
  40. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología. Buenos Aires. Argentina. [acceso 21 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.ine.gov.ar/prog\\_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf](http://www.ine.gov.ar/prog_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf)
  41. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología. Buenos Aires. Argentina. [acceso 21 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.ine.gov.ar/prog\\_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf](http://www.ine.gov.ar/prog_pdfs/LAS%20INFECCIONES%20HOSPITALARIAS.pdf)

En los afiliados al POS de la EPS SURA, el comportamiento de la tasa por mes (periodo enero a diciembre de 2010) y regional, se muestra en la gráfica 27. Al comparar los valores de las tasas al inicio y con las del final del periodo evaluado, se puede decir que nivel general, la tasa bajó al pasar de 8,2 infecciones por cada 100 hospitalizaciones en enero a 6,3 en diciembre; lo mismo ocurrió en todas las regionales, excepto en la del Norte donde el comportamiento de esta tasa fue muy irregular durante todo el periodo evaluado.

**Gráfica 27. Infección intrahospitalaria (IIH). POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Informe egresos hospitalarios. EPS SURA. 2009-2010.





## 2.3 Morbilidad por consulta externa

La consulta externa es el servicio donde se hace la orientación, diagnóstico, evaluación, seguimiento y rehabilitación de las patologías, y se brindan programas de promoción y prevención dirigidos a personas de cualquier edad y sexo, que soliciten el servicio personalmente o a través de una remisión proveniente de una EPS o ARS. Su objetivo es atender de manera integral e interdisciplinaria al usuario y su familia, en forma personalizada y oportuna, procurando mejorar su calidad de vida.

La consulta externa, electiva o prioritaria, es la puerta de acceso a los servicios de salud, de ahí que analizar los motivos de consulta y las causas de morbilidad permite: caracterizar la morbilidad sentida (definición dada por el individuo a partir de la percepción de síntomas y molestias); identificar los riesgos en la población y estimar su probabilidad de ocurrencia; hacer su seguimiento; identificar las necesidades; todo esto con el fin de planear la atención de los usuarios a través de modelos estratégicamente estructurados.

Pero la elección de las mejores intervenciones dependerá del conocimiento que tengan los usuarios en salud, forma como perciban la salud y la enfermedad, conocimiento que permitirá disminuir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad de algunas patologías, y servirá de referente para evaluar el impacto en salud de las intervenciones.

Un cambio en la estructura poblacional lleva a cambios en los perfiles epidemiológicos; por ello, y dependiendo del grado de desarrollo de la región, se encuentran países donde las enfermedades reflejan situaciones de pobreza, como las enfermedades infecciosas; mientras que en otros países aumenta la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, el SIDA, la tuberculosis, la violencia y el consumo de drogas.

Al indagar sobre la morbilidad sentida de la población colombiana, en la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2007<sup>42</sup>, se encontró:

- El 16% de la población estima que su salud es muy buena (20% tiene esa percepción en el régimen contributivo); el 56,2% considera que es buena (similar proporción en el contributivo); el 25,4% la considera regular (menos del 20% en el contributivo); y en el 2,2% la percepción está entre mala y muy mala (no se aprecian diferencias relevantes por régimen de aseguramiento).

---

42. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Ed. JAVEGRAF. 1ra. Edición. Bogotá, enero de 2009. ISBN 978-958-716-187-8

- La tasa de consulta, entre la población de 6 a 69 años de edad, que ha tenido algún problema de salud en los últimos treinta días fue de 55% en el régimen contributivo.
- Entre los principales motivos por los que las personas que, teniendo problemas de salud identificado, no consultaron, estaban: el problema se resolvió solo en el 24,9% de la población encuestada, pensó que no era necesario consultar el 17,7%, y lo refiere como descuido el 15,4%. El 9% especifica que la consulta era muy cara o no tenía dinero. En el régimen contributivo hay un 23% que pensó que no era necesario consultar; 7,6% a quien el horario no le sirve; 4,5% que refiere que hay mucho trámite en las EPS (contributivas y subsidiadas) o en las IPS; y un 4,2% a quien el sitio de atención le parece muy lejano.
- En cuanto a la morbilidad sentida en los menores de seis años se encontró: las alergias son uno de los problemas más frecuentes con una prevalencia de vida del 12,5%, seguido por la desnutrición con 5,7%. El 3% ha sufrido en los últimos treinta días alguna lesión por accidente o violencia, y el 0,5% ha sido víctima de envenenamiento accidental o violento en el mismo periodo (en el 54% de los casos no se acudió a centro asistencial alguno por considerar que no era necesario o porque el problema se curó por sí solo).
- En las personas entre 6 y 69 años se encontró: el 0,2% refirió haber sufrido, por diagnóstico médico, alguna vez de tuberculosis; el 4,3% asma bronquial; el 0,8% enfisema; el 6,2% úlcera de estómago o intestino; el 6% colon irritable; y el 1% manifiesta que alguna vez se le ha diagnosticado que padece de epilepsia o ataques. En ese grupo de edad se estimó la prevalencia de VIH-Sida en 0,04%, prevalencias que resultaron muy inferiores a las identificadas en otros estudios en los cuales las cifras están en el orden del 0,3% y 0,4% para el país.
- En las personas con edades entre los 18 y los 69 años, se estimó que el 8,8% refieren haber sido diagnosticadas como hipertensas en dos o más consultas; la prevalencia de hipertensión disminuye a 6,8% en el país si sólo se consideran como hipertensas aquellas personas que se encuentran tomando medicamentos antihipertensivos; y el 3,5% ha padecido diabetes mellitus.
- El 3,5% de los entrevistados manifestó haber sufrido lesiones por accidentes de tránsito en los últimos tres años, estas resultaron mayores en la población entre 12 y 29 años de edad (entre 3,9% y 5,8%).

### 2.3.1 Morbilidad por consulta externa electiva

Durante el año 2010, los afiliados al POS de la EPS SURA, tuvieron acceso a 1.448.313 consultas externas electivas<sup>43</sup> del médico general, 10,1% menos que en 2009. La frecuencia de consultas por cada cien afiliados expuestos fue de 118,9 (141,5 en 2009). Este año los principales grupos de causas CIE-10, fueron: las enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo con el 13,6% del total de consultas (13,0% en 2009); las enfermedades del aparato respiratorio con 13,0% (13,5% en 2009); las del sistema genitourinario con 9,2% (9,6% en 2009); las del aparato digestivo con el 7,3% (7,1% en 2009); y las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 7,8% (7,6% en 2009), grupos de causas de morbilidad que han mantenido en los primeros lugares en la última década, cuadro 46 y gráfica 28.

43. Citas programadas y los controles de las mismas.

**Cuadro 46. Causas de consulta externa electiva. POS de EPS SURA 2010**

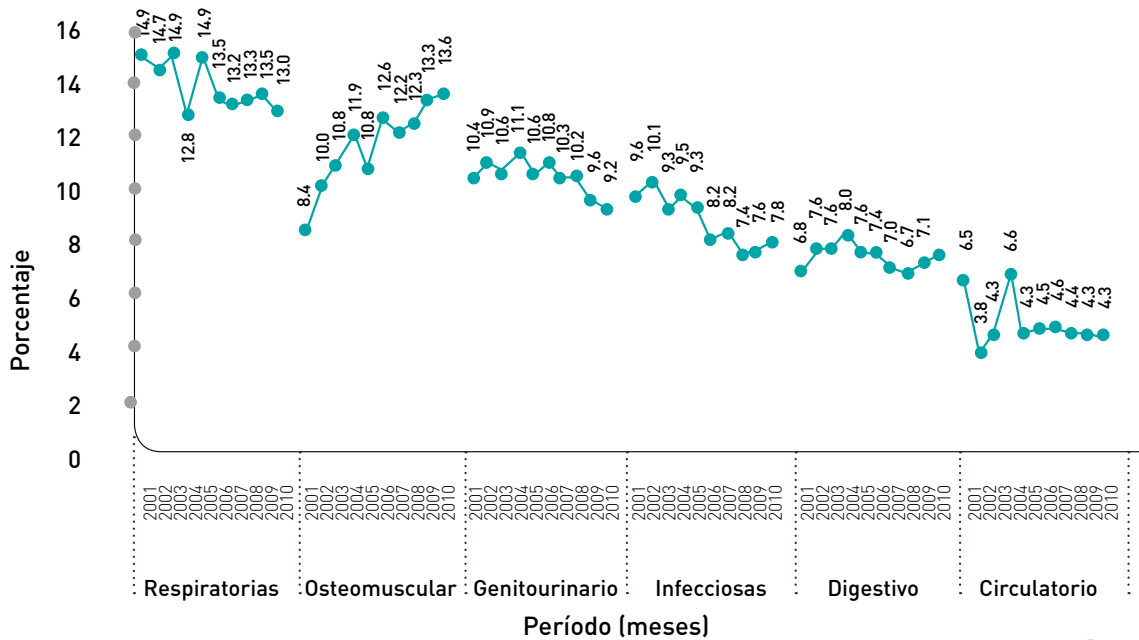
Grupo causas CIE-10	Cantidad	%	Consultas * 100 AE
Osteomuscular y tejido conjuntivo	197,008	13.60%	16.2
Respiratorio	187,560	12.95%	15.4
Síntomas anormales	173,294	11.97%	14.2
Genitourinario	133,659	9.23%	11.0
Infecciosas y parasitarias	112,926	7.80%	9.3
Digestivo	105,086	7.26%	8.6
Piel y tejido subcutáneo	98,068	6.77%	8.1
Factores que influyen en el estado de salud	91,779	6.34%	7.5
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	66,108	4.56%	5.4
Circulatorio	62,332	4.30%	5.1
Oído y apófisis mastoides	46,706	3.22%	3.8
Ojo y anexos	45,102	3.11%	3.7
Sistema nervioso	44,043	3.04%	3.6
Traumatismos	33,715	2.33%	2.8
Mentales y del comportamiento	21,211	1.46%	1.7
Tumores	13,286	0.92%	1.1
Sangre y órganos hematopoyéticos	6,430	0.44%	0.5
Congénitas	4,753	0.33%	0.4
Embarazo, parto y puerperio	2,851	0.20%	0.2
Causas externas	1,496	0.10%	0.1
Perinatal	900	0.06%	0.1
<b>Total general</b>	<b>1,448,313</b>	<b>100.0%</b>	<b>118.9</b>

AE: Afiliados Expuestos.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2010.



**Gráfica 28. Principales grupos de causas de consulta externa electiva. POS de EPS SURA 2001-2010**

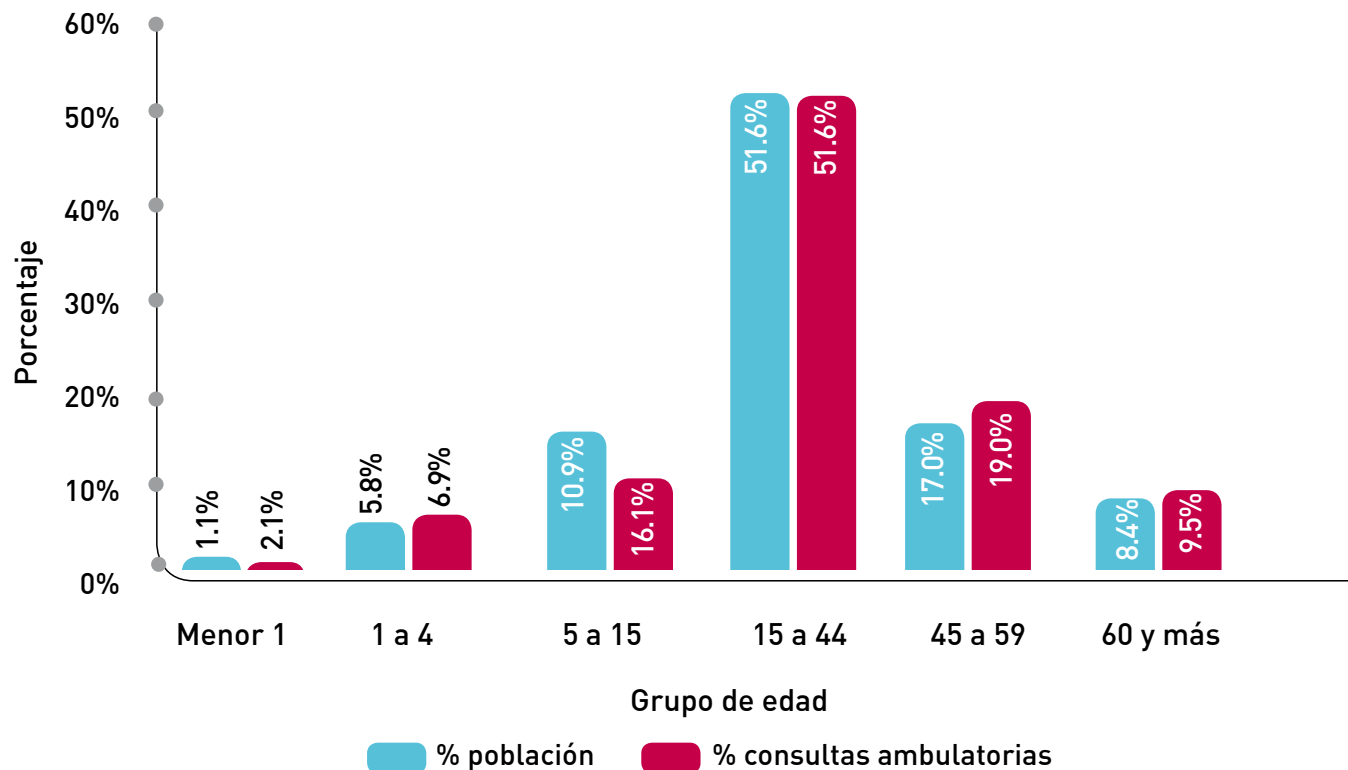


Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2001-2010.



De acuerdo a la distribución de las consultas y la población afiliada por grupo de edad, gráfica 29, se tiene que, exceptuando el grupo de 5 a 14 años, en todos los grupos de edad la proporción de consultas fue mayor que la de los afiliados expuestos; aquí es importante señalar que, mientras en el grupo de 15 a 44 años, la proporción de afiliados fue igual a la de consultas (51,6%), en el grupo de los menores de 1 año, que representó el 1,1% de los afiliados, tuvo el 2,1% de las consultas (casi el doble), y el grupo de 5 a 14 años que representó el 16,1% de los afiliados sólo tuvo el 10,9% de las consultas realizadas en 2010.

**Gráfica 29. Consultas versus población por grupo de edad. POS de EPS SURA 2010**

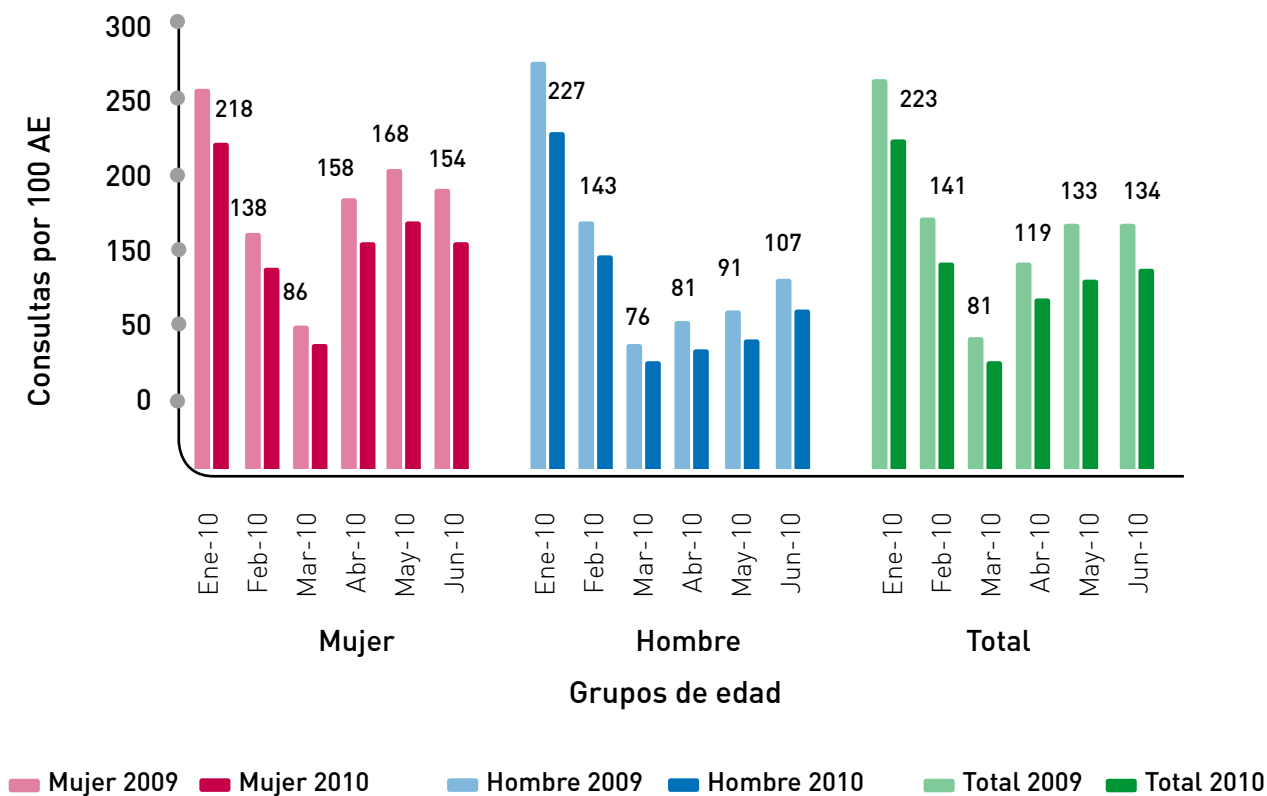


Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2010.



La distribución de frecuencias de consulta por cada cien afiliados expuestos según grupos de edad y sexo, permite apreciar diferencias por edad y género, el sexo femenino registra una mayor frecuencia a partir de los cinco años, siendo esta diferencia mucho más marcada respecto a sexo masculino a partir de los 15 años, periodo en el cual se inicia la edad fértil y aumenta la demanda femenina por causas relacionadas con el género. Por grupo de edad, la mayor frecuencia la registra el grupo de los menores de 1 año, grupo en el cual se enfocan todas las actividades de promoción y prevención, gráfica 30.

Gráfica 30. Frecuencia de uso consulta externa electiva por grupo de edad y sexo. POS de EPS SURA 2009-2010



AE: afiliado expuesto.  
Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2009-2010.

Las veinte primeras causas de morbilidad de acuerdo a la CIE-10, explican cerca del 32% de la morbilidad atendida por consulta ambulatoria en la EPS SURA. En 2010, las principales causa de consulta fueron: la rinofaringitis aguda con el 2,8%, el lumbago y la hipertensión esencial (primaria) con el 2,5% cada una, y la cefalea y la gastritis con el 1,7% cada una, cuadro 47. Sin embargo, es importante señalar algunas de las diferencias encontradas entre las causas por género, pues el Rinofaringitis aguda (resfriado común), Hipertensión esencial primaria, Lumbago no especificado, Cefalea y Gastritis no especificada aparecen como una de las principales causas de consulta en el género femenino, mientras que Rinofaringitis aguda (resfriado común), Lumbago no especificado, Hipertensión esencial primaria, Examen médico general y Parasitosis intestinal sin otra especificación lo hacen en el género masculino.





Cuadro 47. Primeras veinte causas de consulta externa electiva por sexo. POS de EPS SURA 2010

General	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	40,451	2.8%
	2	Lumbago no especificado	36,856	2.5%
	3	Hipertensión esencial (primaria)	36,409	2.5%
	4	Examen médico general	29,366	2.0%
	5	Cefalea	25,313	1.7%
	6	Gastritis, no especificada	24,603	1.7%
	7	Otros dolores abdominales y los no especificados	24,502	1.7%
	8	Dolor en articulación	23,283	1.6%
	9	Mareo y desvanecimiento	22,631	1.6%
	10	Faringitis aguda, no especificada	19,935	1.4%
	11	Síndrome del colon irritable sin diarrea	19,798	1.4%
	12	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	18,561	1.3%
	13	Hipotiroidismo, no especificado	18,210	1.3%
	14	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	17,868	1.2%
	15	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	17,788	1.2%
	16	Rinitis alérgica, no especificada	17,589	1.2%
	17	Infección viral, no especificada	17,502	1.2%
	18	Vaginitis aguda	16,447	1.1%
	19	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	15,472	1.1%
	20	Dolor en miembro	14,630	1.0%
		Subtotal causas	457,214	31.6%
		Otras causas	991,099	68.4%
Total			1,448,313	100.0%

Mujer	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	22,510	2.4%
	2	Hipertensión esencial (primaria)	21,816	2.4%
	3	Lumbago no especificado	21,259	2.3%
	4	Cefalea	18,164	2.0%
	5	Gastritis, no especificada	17,055	1.8%
	6	Examen médico general	17,015	1.8%
	7	Otros dolores abdominales y los no especificados	16,591	1.8%
	8	Hipotiroidismo, no especificado	16,515	1.8%
	9	Vaginitis aguda	16,440	1.8%
	10	Mareo y desvanecimiento	16,170	1.7%
	11	Síndrome del colon irritable sin diarrea	15,634	1.7%
	12	Dolor en articulación	14,930	1.6%
	13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	14,830	1.6%
	14	Faringitis aguda, no especificada	11,901	1.3%
	15	Migraña, no especificada	10,162	1.1%
	16	Dolor en miembro	9,576	1.0%
	17	Infección viral, no especificada	9,454	1.0%
	18	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	9,301	1.0%
	19	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9,033	1.0%
	20	Rinitis alérgica, no especificada	8,941	1.0%
		Subtotal causas	520,273	32.0%
		Otras causas	407,767	68.0%
Total			928,040	100.0%

Hombre	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	17,941	3.4%
	2	Lumbago no especificado	15,597	3.0%
	3	Hipertensión esencial (primaria)	14,593	2.8%
	4	Examen médico general	12,351	2.4%
	5	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	9,260	1.8%
	6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8,755	1.7%
	7	Rinitis alérgica, no especificada	8,648	1.7%
	8	Dolor en articulación	8,353	1.6%
	9	Infección viral, no especificada	8,048	1.5%
	10	Faringitis aguda, no especificada	8,034	1.5%
	11	Otros dolores abdominales y los no especificados	7,911	1.5%
	12	Gastritis, no especificada	7,548	1.5%
	13	Cefalea	7,149	1.4%
	14	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	6,827	1.3%
	15	Mareo y desvanecimiento	6,461	1.2%
	16	Amigdalitis aguda, no especificada	5,204	1.0%
	17	Dolor en miembro	5,054	1.0%
	18	Síndrome del colon irritable sin diarrea	4,164	0.8%
	19	Dermatitis, no especificada	4,089	0.8%
	20	Cerumen impactado	3,927	0.8%
		Subtotal causas	169,914	32.7%
		Otras causas	350,359	67.3%
Total			520,273	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2010.



### 2.3.2 Morbilidad por consulta prioritaria

Entre los servicios que brinda la consulta externa, se encuentra la atención prioritaria, que es la que se brinda a un paciente que por sus condiciones no puede esperar una cita médica pero que no pelagra su vida. Para determinar la prioridad, al paciente se le realiza un Triage, proceso mediante el cual el paciente es valorado por un médico, quien teniendo en cuenta la gravedad, la sintomatología y el problema de salud, determina la urgencia y le asigna la clase de atención: urgencia, prioritaria o consulta externa (ambulatoria)<sup>44</sup>.

Estos pacientes pueden ser atendidos entre los 30 a 45 minutos después de ingresar a la institución prestadora de servicios de salud (IPS), sin que esa espera represente una grave amenaza a su estado general de salud.

La consulta prioritaria 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.

Durante el 2010, en la EPS SURA, se realizaron 1.044.457 consultas médicas prioritarias, 13,0% más que en 2009 (924.299 consultas). La frecuencia de consultas prioritarias por cada cien afiliados expuestos fue de 85,8 (81,0 en 2009). Los principales grupos de causas de morbilidad CIE-10 fueron: las enfermedades del sistema respiratorio con el 20,4% de las consultas (19,1% en 2009); las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 18,3%, subió 4,8 unidades porcentuales (13,5% en 2009); los traumatismos con 9,5% (10,0% en 2009); las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 6,7% (6,6% en 2009); y las enfermedades genitourinarias con el 4,0% (4,9% en 2009), principalmente, cuadro 48.

---

44. Diferencias entre una Consulta Prioritaria y una Urgencia. [acceso 22 julio de 2011]. Disponible en: <http://actualicese.com/actualidad/2009/10/27/consultas-prioritarias-o-urgencias-cuando-le-puede-cobrar-o-no-atender-inmediatamente/>

**Cuadro 48. Causas de consulta prioritaria. POS de EPS SURA 2010**

Grupo causas CIE-10	No. Consultas	%	Consultas * 100 AE
Respiratorio	212,682	20.36%	17.5
Síntomas anormales	199,687	19.12%	16.4
Infecciosas y parasitarias	190,697	18.26%	15.7
Traumatismos	98,746	9.45%	8.1
Osteomuscular y tejido conjuntivo	69,575	6.66%	5.7
Genitourinario	41,821	4.00%	3.4
Factores que influyen en el estado de salud	34,885	3.34%	2.9
Piel y tejido subcutáneo	32,238	3.09%	2.6
Digestivo	29,543	2.83%	2.4
Embarazo, parto y puerperio	28,842	2.76%	2.4
Oído y apófisis mastoides	27,384	2.62%	2.2
Sistema nervioso	23,343	2.23%	1.9
Ojo y anexos	18,315	1.75%	1.5
Circulatorio	13,506	1.29%	1.1
Mentales y del comportamiento	7,369	0.71%	0.6
Causas externas	5,493	0.53%	0.5
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,567	0.44%	0.4
Sangre y órganos hematopoyéticos	2,308	0.22%	0.2
Tumores	2,149	0.21%	0.2
Perinatal	1,050	0.10%	0.1
Congénitas	257	0.02%	0.0
<b>Total general</b>	<b>1,044,457</b>	<b>100.0%</b>	<b>85.8</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2010.

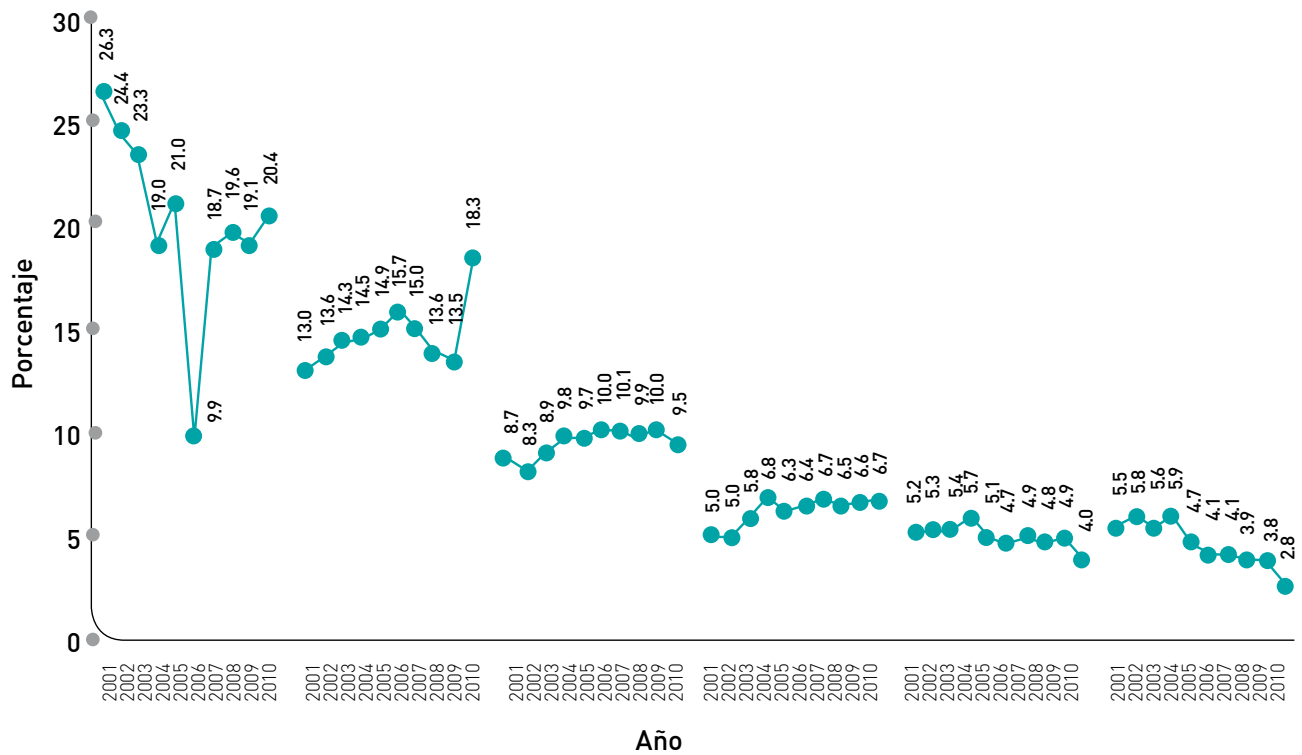


En la gráfica 31, se encuentra la evolución en la última década de la proporción de los principales grupos de causas de atención prioritaria<sup>45</sup>. En el primer grupo se encuentran las enfermedades del aparato respiratorio (al igual que el de consulta externa de médico general), con proporciones que han variado de 26,3% en 2001 a 20,4% en 2010, 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 AIEPI<sup>46</sup>, 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 13,0% y 18,3%, proporción que venía descendiendo entre 2005 y 2009, pero que en 2010 subió 4,8 unidades porcentuales respecto al año inmediatamente anterior.

45. Atención prioritaria o consulta sin cita previa.

46. 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.

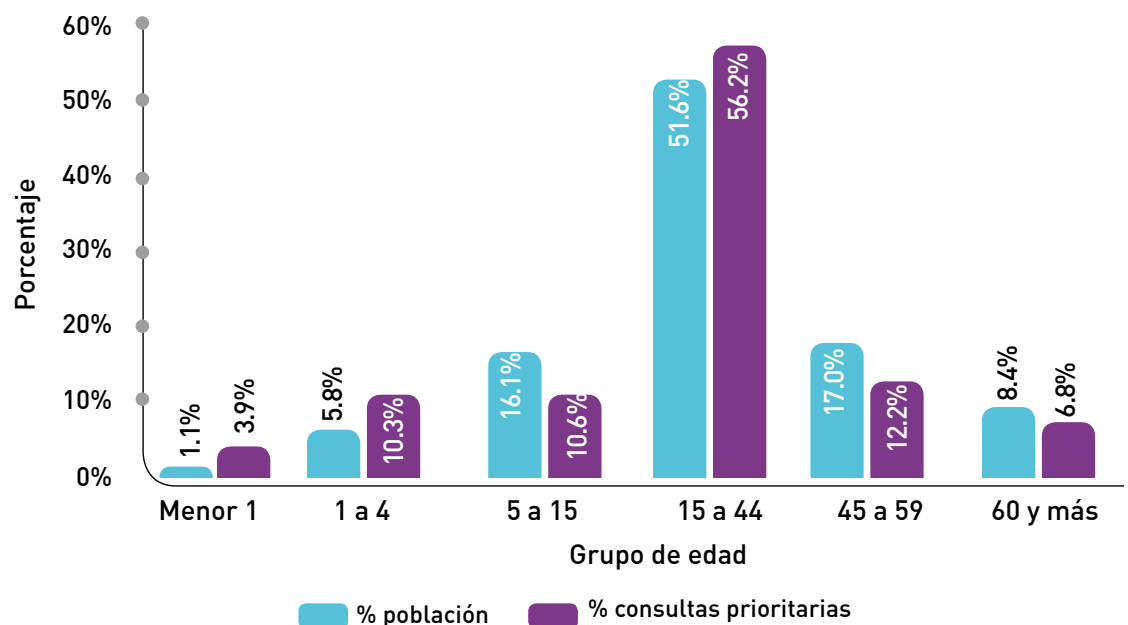
**Gráfica 31.** Principales grupos de causas de consulta prioritaria. POS de EPS SURA 2001-2010



Fuente: Inteligencia de Negocios. Perfiles de salud de los afiliados al POS de SURA. 2000-2010.

Al observar la distribución de las consultas prioritarias y la población afiliada por grupo de edad, en 2010, gráfica 32, se tiene que la proporción de consultas es mayor que la proporción de afiliados en los grupos: menores de 1 año, de 1 a 4 años y en los de 15 a 44 años, en los grupos restantes la proporción de afiliados es mayor que la de consultas.

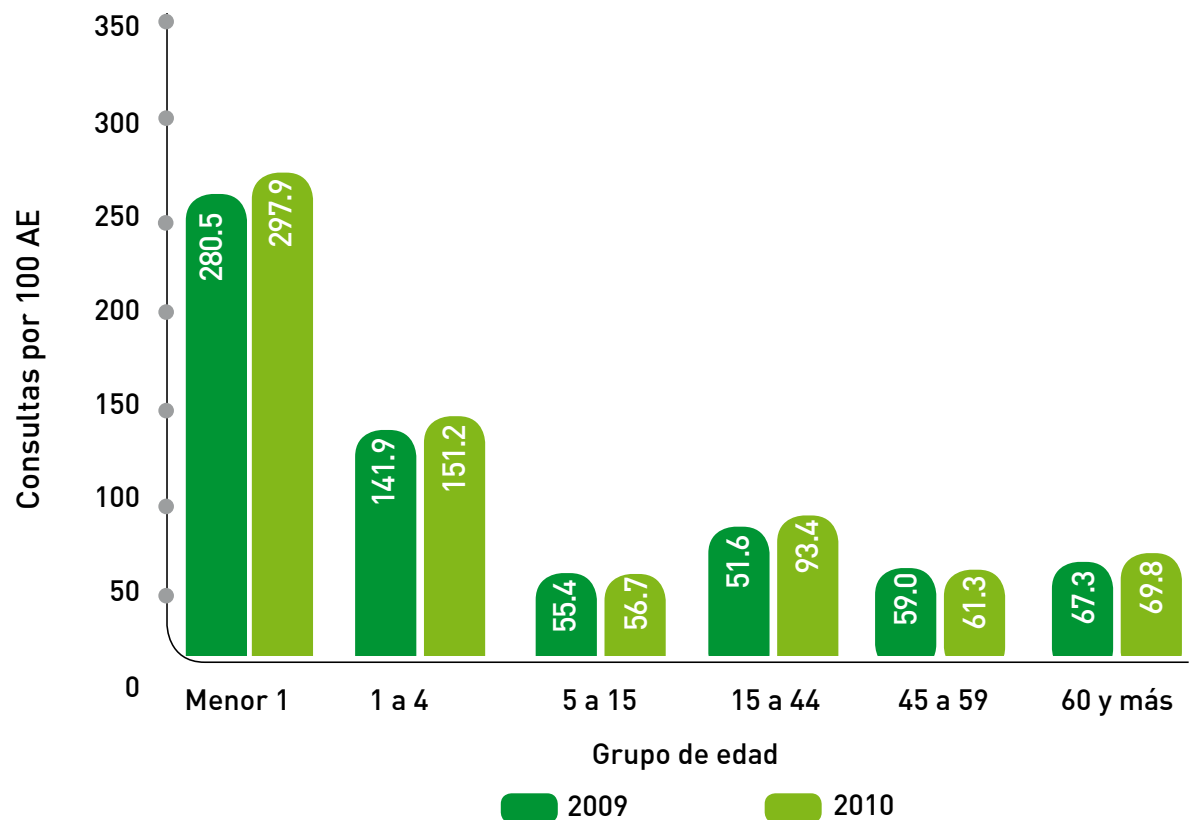
**Gráfica 32.** Consultas versus población por grupo de edad. POS de EPS SURA 2010




Fuente: Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2010.

Las frecuencias de consulta prioritaria por cada cien afiliados expuestos según grupos de edad, permite apreciar diferencias importantes por esta característica. Contrario a lo que ocurre con la demanda de la consulta ambulatoria, donde exceptuando los dos grupos de edad correspondientes a los menores de 5 años, grupos que tanto en la consulta prioritaria como en la ambulatoria registran la mayor frecuencia de uso, en la consulta prioritaria la frecuencia de uso disminuye a partir del grupo de 15 a 44 años, gráfica 33.

**Gráfica 33.** Frecuencia de uso consulta prioritaria por grupo de edad. POS de EPS SURA 2009-2010



AE: afiliados expuestos.   
**Fuente:** Inteligencia de Negocios. Órdenes pagadas. EPS SURA. 2009-2010.

En el cuadro 49, se encuentran las veinte primeras causas de morbilidad CIE-10 de la consulta prioritaria en la EPS SURA. En 2010, estas causas representaron cerca del 51% de la morbilidad atendida en este tipo de consulta. En este año las principales causa de morbilidad fueron: la diarrea con el 6,3% del total de consultas, la infección viral con 5,3%, la rinofaringitis aguda con 4,7%, otros dolores abdominales con 4,4% y la cefalea con el 3,4% del total de consultas prioritarias.

**Cuadro 49. Primeras veinte causas de atención prioritaria. POS de EPS SURA 2010**

Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	66,290	6.3%
2	Infección viral, no especificada	55,059	5.3%
3	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	49,108	4.7%
4	Otros dolores abdominales y los no especificados	46,189	4.4%
5	Cefalea	35,743	3.4%
6	Amigdalitis aguda, no especificada	35,229	3.4%
7	Infección intestinal viral, sin otra especificación	27,967	2.7%
8	Fiebre, no especificada	26,860	2.6%
9	Faringitis aguda, no especificada	26,814	2.6%
10	Otros exámenes generales	26,071	2.5%
11	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	25,857	2.5%
12	Lumbago no especificado	24,051	2.3%
13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	15,571	1.5%
14	Bronquitis aguda, no especificada	13,029	1.2%
15	Migraña, no especificada	11,220	1.1%
16	Mareo y desvanecimiento	10,629	1.0%
17	Otras enteritis virales	9,748	0.9%
18	Fiebre del dengue [dengue clásico]	9,574	0.9%
19	Dolor en miembro	9,336	0.9%
20	Dolor en el pecho, no especificado	9,273	0.9%
<b>Subtotal causas</b>		<b>533,618</b>	<b>51.1%</b>
Otras causas		510,839	48.9%
<b>Total</b>		<b>1,044,457</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas. EPS SURA. 2010.



### 2.3.3 Morbilidad de consulta por grupo de edad

La identificación de la morbilidad sentida por ciclo de vida en la consulta externa, electiva (o también llamada ambulatoria) y prioritaria, permite desarrollar la atención integral de salud de la población afiliada prestando especial atención a las necesidades de cada grupo, con énfasis en la Promoción y Prevención, cuidando la salud y previniendo los riesgos; estrategias tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población, expresada en la reducción de la morbi-mortalidad y la disminución de las enfermedades transmisibles.

#### 2.3.3.1 Menores de un año

El grupo de los menores de un año, es uno de los grupos con mayor demanda de los servicios de consulta externa (electiva y prioritaria) y hospitalización. Este es un grupo donde la morbi-mortalidad se encuentra asociada a la mala calidad del agua y los alimentos; mayor exposición a agentes patógenos, debido a pésimas condiciones de vivienda, pobreza, desempleo, analfabetismo de los padres (especialmente de la madre); y la malnutrición.

En la EPS SURA, 2010, las causas de morbilidad sentida de este grupo de afiliados estuvo relacionada con lo dicho anteriormente, y es así como, en la consulta prioritaria se encuentran entre las primeras veinte causas de consulta las afecciones de origen respiratorio (rinofaringitis, infección viral, infección aguda de vías respiratorias, bronquitis, entre otras), e infeccioso (diarrea y gastroenteritis, infección intestinal, entre otros), causas que también ocupan los primeros lugares en la consulta ambulatoria, aunque en menor proporción, cuadro 50.

Por otro lado, en este grupo, el control de salud de rutina del niño, la consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos, y el examen médico, ocupan tres de los cuatro primeros lugares de las causas de morbilidad en la consulta ambulatoria de médico general, causas que hacen parte del Programa de Crecimiento y Desarrollo, el cual ha alcanzando una cobertura del 95%.

Cuadro 50. Veinte primeras causas por tipo de consulta en menores de un año. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
Menor 1	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	4,561	14.9%	Menor 1	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	7,028	17.2%
	2	Control de salud de rutina del niño	1,768	5.8%		2	Fiebre, no especificada	3,556	8.7%
	3	Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	1,502	4.9%		3	Infección viral, no especificada	3,314	8.1%
	4	Examen médico general	1,488	4.9%		4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3,246	8.0%
	5	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	1,309	4.3%		5	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	3,181	7.8%
	6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	924	3.0%		6	Bronquiolitis aguda, no especificada	1,605	3.9%
	7	Dermatitis atópica, no especificada	736	2.4%		7	Infección intestinal viral, sin otra especificación	1,148	2.8%
	8	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis	721	2.4%		8	Faringitis aguda, no especificada	1,098	2.7%
	9	Infección viral, no especificada	659	2.2%		9	Bronquitis aguda, no especificada	956	2.3%
	10	Rinitis alérgica, no especificada	565	1.9%		10	Náusea y vómito	847	2.1%
	11	Reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores, sitio no especificado	559	1.8%		11	Amigdalitis aguda, no especificada	790	1.9%
	12	Dermatitis, no especificada	541	1.8%		12	Otros exámenes generales	696	1.7%
	13	Constipación	535	1.8%		13	Constipación	679	1.7%
	14	Bronquitis aguda, no especificada	454	1.5%		14	Disnea	647	1.6%
	15	Faringitis aguda, no especificada	446	1.5%		15	Otras enteritis virales	460	1.1%
	16	Bronquiolitis aguda, no especificada	419	1.4%		16	Alergia no especificada	452	1.1%
	17	Dermatitis del pañal	406	1.3%		17	Otros dolores abdominales y los no especificados	420	1.0%
	18	Alergia no especificada	367	1.2%		18	Bronconeumonía, no especificada	341	0.8%
	19	Conjuntivitis aguda, no especificada	338	1.1%		19	Fiebre con escalofrío	328	0.8%
	20	Tos	331	1.1%		20	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores	263	0.6%
Subtotal causas			18,629	61.0%	Subtotal causas			31,055	76.1%
Otras causas			11,891	39.0%	Otras causas			9,757	23.9%
Total			30,520	100.0%	Total			40,812	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.

2.3.3.2 De uno a cuatro años

La morbilidad en el grupo de niños menores de cinco años, está representada por causas cuya solución no depende exclusivamente médico, sino que tienen que ver también con características socioeconómicas del afiliado y con las políticas de salud.

Al igual que el grupo de menores de un año, las principales causas de morbilidad por consulta en los menores de uno a cuatro años afiliados al POS de la EPS SURA, en 2010, estuvieron relacionadas con las afecciones de origen respiratorio (rinofaringitis, infección viral, bronquitis, faringitis, amigdalitis, entre otras); e infeccioso (diarrea y gastroenteritis, entre otros); también aparecieron la infección urinaria y el asma, causas que se encontraron tanto en la consulta ambulatoria como en la prioritaria. Otras causas importantes de atención prioritaria fueron: la otitis media, la otalgia, y la bronconeumonía, cuadro 51.

Las EDAs se han constituido en un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo, los más vulnerables son los menores de 5 años.

En este grupo, el examen médico, el control de salud de rutina del niño, y la consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos, continúan apareciendo entre las primeras veinte causas de morbilidad en la consulta ambulatoria de médico general.

Cuadro 51. Veinte primeras causas por tipo de consulta en niños de 1 a 4 años. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Canti-dad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
1 a 4	1	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	10,089	10.1%	1 a 4	1	Fiebre, no especificada	9,163	8.5%
	2	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	4,568	4.6%		2	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	8,931	8.3%
	3	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	4,303	4.3%		3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8,854	8.2%
	4	Examen médico general	3,074	3.1%		4	Amigdalitis aguda, no especificada	7,392	6.9%
	5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3,049	3.1%		5	Infección viral, no especificada	7,209	6.7%
	6	Rinitis alérgica, no especificada	2,798	2.8%		6	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	7,086	6.6%
	7	Control de salud de rutina del niño	2,742	2.7%		7	Faringitis aguda, no especificada	4,031	3.8%
	8	Faringitis aguda, no especificada	2,454	2.5%		8	Infección intestinal viral, sin otra especificación	2,991	2.8%
	9	Infección viral, no especificada	2,388	2.4%		9	Bronquitis aguda, no especificada	2,883	2.7%
	10	Amigdalitis aguda, no especificada	2,260	2.3%		10	Otros exámenes generales	2,554	2.4%
	11	Otros dolores abdominales y los no especificados	2,024	2.0%		11	Náusea y vómito	2,356	2.2%
	12	Reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores, sitio no especificado	1,889	1.9%		12	Otros dolores abdominales y los no especificados	1,871	1.7%
	13	Dermatitis atópica, no especificada	1,780	1.8%		13	Asma, no especificada	1,667	1.6%
	14	Bronquitis aguda, no especificada	1,725	1.7%		14	Otra otitis media aguda, no supurativa	1,404	1.3%
	15	Otra otitis media aguda, no supurativa	1,594	1.6%		15	Otras enteritis virales	1,333	1.2%
	16	Fiebre, no especificada	1,324	1.3%		16	Otitis media, no especificada	1,292	1.2%
	17	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,304	1.3%		17	Otalgia	1,180	1.1%
	18	Tos	1,234	1.2%		18	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,051	1.0%
	19	Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos	1,161	1.2%		19	Bronconeumonía, no especificada	901	0.8%
	20	Asma, no especificada	1,034	1.0%		20	Fiebre con escalofrío	850	0.8%
Subtotal causas			52,794	52.8%	Subtotal causas			74,999	69.8%
Otras causas			47,133	47.2%	Otras causas			32,379	30.2%
Total			99,927	100.0%	Total			107,378	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.

2.3.3.3 De cinco a 14 años

Como en los dos grupos anteriores, en el grupo de menores de 5 a 14 años afiliados al POS de la EPS SURA, en 2010, las principales causas de morbilidad por consulta, tanto ambulatoria como prioritaria, fueron las de origen respiratorio como: la infección viral, rinofaringitis, bronquitis, faringitis, amigdalitis, rinitis, entre otras; y las de origen infeccioso como: la diarrea y gastroenteritis, las enteritis, entre otros. En este grupo también aparecen en los primeros veinte lugares de la consulta ambulatoria, el control de salud de rutina del niño; y comienza a aparecer en la consulta prioritaria la cefalea, el dengue y la varicela, cuadro 52.

Cuadro 52. Veinte primeras causas por tipo de consulta en niños de 5 a 14 años. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Canti-dad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
5 a 14	1	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	7,228	4.6%	5 a 14	1	Infección viral, no especificada	8,641	7.8%
	2	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	6,669	4.2%		2	Otros dolores abdominales y los no especificados	6,703	6.0%
	3	Rinitis alérgica, no especificada	6,052	3.8%		3	Amigdalitis aguda, no especificada	6,538	5.9%
	4	Otros dolores abdominales y los no especificados	4,715	3.0%		4	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	5,884	5.3%
	5	Examen médico general	4,565	2.9%		5	Fiebre, no especificada	5,530	5.0%
	6	Cefalea	4,342	2.7%		6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5,209	4.7%
	7	Infección viral, no especificada	3,207	2.0%		7	Faringitis aguda, no especificada	3,635	3.3%
	8	Faringitis aguda, no especificada	2,682	1.7%		8	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	3,377	3.0%
	9	Control de salud de rutina del niño	2,453	1.6%		9	Asma, no especificada	3,114	2.8%
	10	Amigdalitis aguda, no especificada	2,427	1.5%		10	Cefalea	2,375	2.1%
	11	Dermatitis atópica, no especificada	2,403	1.5%		11	Otros exámenes generales	2,336	2.1%
	12	Mareo y desvanecimiento	2,338	1.5%		12	Infección intestinal viral, sin otra especificación	2,271	2.0%
	13	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	2,262	1.4%		13	Náusea y vómito	1,599	1.4%
	14	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1,681	1.1%		14	Fiebre del dengue [dengue clásico]	1,534	1.4%
	15	Gastritis, no especificada	1,673	1.1%		15	Otalgia	1,387	1.3%
	16	Asma, no especificada	1,670	1.1%		16	Bronquitis aguda, no especificada	1,363	1.2%
	17	Dermatitis, no especificada	1,616	1.0%		17	Varicela sin complicaciones	993	0.9%
	18	Conjuntivitis atópica aguda	1,550	1.0%		18	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	989	0.9%
	19	Verrugas víricas	1,509	1.0%		19	Otras enteritis virales	962	0.9%
	20	Dolor en articulación	1,480	0.9%		20	Amigdalitis estreptocócica	899	0.8%
Subtotal causas			62,522	39.6%	Subtotal causas			65,339	58.9%
Otras causas			95,401	60.4%	Otras causas			45,616	41.1%
Total			157,923	100.0%	Total			110,955	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.



2.3.3.4 De 15 a 44 años

En el grupo de afiliados a la EPS SURA con edades entre 15 y 44 años, se encuentra la población económicamente productiva y es la etapa de edad fértil de la mujer, por esta razón, entre las principales causas de morbilidad, además de las causas de origen respiratorio e infeccioso, se encuentran: el lumbago, la cefalea y la gastritis. En este grupo también aparecen en los primeros veinte lugares de la consulta ambulatoria, el hipotiroidismo, la hipertensión y el consejo y asesoramiento para la anticoncepción; y aparece en la consulta prioritaria la amenaza de aborto, cuadro 53.

Cuadro 53. Veinte primeras causas por tipo de consulta en el grupo de 15 a 44 años. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Canti-dad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
15 a 44	1	Lumbago no especificado	21,834	2.9%	15 a 44	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	40,685	6.9%
	2	Cefalea	15,089	2.0%		2	Infección viral, no especificada	29,361	5.0%
	3	Gastritis, no especificada	15,052	2.0%		3	Otros dolores abdominales y los no especificados	28,228	4.8%
	4	Mareo y desvanecimiento	14,033	1.9%		4	Cefalea	26,145	4.5%
	5	Examen médico general	13,581	1.8%		5	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	22,323	3.8%
	6	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	13,407	1.8%		6	Infección intestinal viral, sin otra especificación	18,550	3.2%
	7	Vaginitis aguda	13,368	1.8%		7	Amigdalitis aguda, no especificada	18,131	3.1%
	8	Síndrome del colon irritable sin diarrea	13,224	1.8%		8	Lumbago no especificado	16,947	2.9%
	9	Otros dolores abdominales y los no especificados	11,657	1.6%		9	Faringitis aguda, no especificada	14,638	2.5%
	10	Dolor en articulación	10,968	1.5%		10	Otros exámenes generales	14,489	2.5%
	11	Faringitis aguda, no especificada	10,094	1.4%		11	Migraña, no especificada	9,600	1.6%
	12	Hipotiroidismo, no especificado	9,946	1.3%		12	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9,458	1.6%
	13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9,589	1.3%		13	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	9,206	1.6%
	14	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9,462	1.3%		14	Amenaza de aborto	7,602	1.3%
	15	Migraña, no especificada	9,311	1.2%		15	Fiebre, no especificada	6,684	1.1%
	16	Infección viral, no especificada	8,398	1.1%		16	Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen	6,012	1.0%
	17	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepcion	7,840	1.0%		17	Mareo y desvanecimiento	5,994	1.0%
	18	Hipertensión esencial (primaria)	7,151	1.0%		18	Otras enteritis virales	5,947	1.0%
	19	Dolor en miembro	7,015	0.9%		19	Gastritis, no especificada	5,874	1.0%
	20	Rinitis alérgica, no especificada	6,779	0.9%		20	Fiebre del dengue [dengue clásico]	5,811	1.0%
Subtotal causas			227,798	30.5%	Subtotal causas			301,685	51.4%
Otras causas			519,303	69.5%	Otras causas			285,075	48.6%
Total			747,101	100.0%	Total			586,760	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.

2.3.3.5 De 45 a 59 años

En el perfil de morbilidad del grupo poblacional con edades entre los 45 y 59 años, se encuentra también el lumbago, la cefalea, la gastritis, y las causas de origen respiratorio, e infeccioso, pero lo más importante es que, fuera de hipertensión que ocupa el primer lugar en la consulta ambulatoria y décimo en la prioritaria, aparece, en la consulta ambulatoria, la hiperlipidemia, considerada otro de los factores de riesgo cardiovascular. En esta consulta también comienza a aparecer otra de las enfermedades profesionales, el síndrome del túnel carpiano, cuadro 54.

Cuadro 54. Veinte primeras causas por tipo de consulta en el grupo de 45 a 59 años. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
45 a 59	1	Hipertensión esencial (primaria)	14,332	5.2%	45 a 59	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6,056	4.8%
	2	Lumbago no especificado	10,223	3.7%		2	Otros dolores abdominales y los no especificados	5,760	4.5%
	3	Dolor en articulación	7,341	2.7%		3	Cefalea	5,362	4.2%
	4	Hipotiroidismo, no especificado	5,554	2.0%		4	Lumbago no especificado	5,309	4.2%
	5	Gastritis, no especificada	5,474	2.0%		5	Infección viral, no especificada	4,807	3.8%
	6	Examen médico general	4,530	1.6%		6	Otros exámenes generales	3,569	2.8%
	7	Dolor en miembro	4,379	1.6%		7	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	3,517	2.8%
	8	Mareo y desvanecimiento	4,290	1.6%		8	Dolor en el pecho, no especificado	2,595	2.0%
	9	Cefalea	4,223	1.5%		9	Faringitis aguda, no especificada	2,549	2.0%
	10	Síndrome del colon irritable sin diarrea	4,126	1.5%		10	Hipertensión esencial (primaria)	2,500	2.0%
	11	Otros dolores abdominales y los no especificados	3,976	1.4%		11	Infección intestinal viral, sin otra especificación	2,291	1.8%
	12	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	3,732	1.4%		12	Dolor en miembro	2,252	1.8%
	13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3,213	1.2%		13	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2,137	1.7%
	14	Cervicalgia	3,085	1.1%		14	Mareo y desvanecimiento	2,064	1.6%
	15	Faringitis aguda, no especificada	3,014	1.1%		15	Amigdalitis aguda, no especificada	2,023	1.6%
	16	Lectura elevada de la presión sanguínea, sin diagnóstico de hipertensión	2,857	1.0%		16	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	1,949	1.5%
	17	Síndrome del túnel carpiano	2,836	1.0%		17	Bronquitis aguda, no especificada	1,799	1.4%
	18	Hiperlipidemia mixta	2,551	0.9%		18	Fiebre del dengue [dengue clásico]	1,327	1.0%
	19	Hiperlipidemia no especificada	2,497	0.9%		19	Dolor en articulación	1,319	1.0%
	20	Infección viral, no especificada	2,011	0.7%		20	Fiebre, no especificada	1,245	1.0%
Subtotal causas			94,244	34.2%	Subtotal causas			60,430	47.6%
Otras causas			181,537	65.8%	Otras causas			66,593	52.4%
Total			275,781	100.0%	Total			127,023	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.

2.3.3.6 Grupo de 60 y más años

El grupo de 60 y más años, es un grupo poblacional vulnerable, que no ha tomado conciencia de la importancia del autocuidado, y que requiere de una planificación de los servicios, partiendo de la identificación de sus problemas, necesidades y ajustes a la vejez.

En el perfil de morbilidad de este grupo poblacional de la EPS SURA, se encuentra el predominio de las enfermedades crónicas, con causas como: la hipertensión, primer lugar en la consulta ambulatoria y segundo en la prioritaria; el dolor en articulaciones, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la hiperplasia de la próstata, la insuficiencia vascular, la infección de vías urinarias, entre otras, todas éstas causas importantes en la consulta ambulatoria, cuadro 55.

Por otro lado, también aparecen entre las principales causas de consulta prioritaria: la diarrea y gastroenteritis, el mareo y desvanecimiento, la infección de vías urinarias, el EPOC, la infección viral, y la disnea, entre otras.

Cuadro 55. Veinte primeras causas por tipo de consulta en el grupo de 60 y más años. POS de EPS SURA 2010

Consulta ambulatoria					Consulta prioritaria				
Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%	Grupo edad	Orden	Descripción causa CIE-10	Cantidad	%
60 y +	1	Hipertensión esencial (primaria)	14,908	10.9%	60 y +	1	Otros dolores abdominales y los no especificados	3,207	4.5%
	2	Lumbago no especificado	4,025	2.9%		2	Hipertensión esencial (primaria)	2,587	3.6%
	3	Dolor en articulación	3,255	2.4%		3	Otros exámenes generales	2,427	3.4%
	4	Gastritis, no especificada	2,296	1.7%		4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2,240	3.1%
	5	Hipotiroidismo, no especificado	2,283	1.7%		5	Mareo y desvanecimiento	1,945	2.7%
	6	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación	2,239	1.6%		6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1,790	2.5%
	7	Examen médico general	2,128	1.6%		7	Infección viral, no especificada	1,727	2.4%
	8	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2,119	1.5%		8	Dolor en el pecho, no especificado	1,677	2.3%
	9	Otros dolores abdominales y los no especificados	2,033	1.5%		9	Cefalea	1,596	2.2%
	10	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1,993	1.5%		10	Lumbago no especificado	1,556	2.2%
	11	Mareo y desvanecimiento	1,902	1.4%		11	Bronquitis aguda, no especificada	1,467	2.1%
	12	Dolor en miembro	1,894	1.4%		12	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	1,425	2.0%
	13	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	1,576	1.1%		13	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada	1,186	1.7%
	14	Síndrome del colon irritable sin diarrea	1,560	1.1%		14	Dolor en miembro	1,173	1.6%
	15	Cervicalgia	1,408	1.0%		15	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	1,058	1.5%
	16	Bronquitis aguda, no especificada	1,329	1.0%		16	Faringitis aguda, no especificada	863	1.2%
	17	Cefalea	1,317	1.0%		17	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	721	1.0%
	18	Faringitis aguda, no especificada	1,245	0.9%		18	Infección intestinal viral, sin otra especificación	716	1.0%
	19	Hiperplasia de la próstata	1,232	0.9%		19	Neumonía, no especificada	712	1.0%
	20	Insuficiencia venosa [crónica] [periférica]	1,231	0.9%		20	Disnea	688	1.0%
Subtotal causas			51,973	37.9%	Subtotal causas			30,761	43.0%
Otras causas			85,088	62.1%	Otras causas			40,768	57.0%
Total			137,061	100.0%	Total			71,529	100.0%

Fuente: Inteligencia de Negocios. Ordenes pagadas EPS SURA. 2010.





## 2.4 Morbilidad oral

El Servicio de odontología, es aquel en el que se realiza la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático<sup>47</sup>.

La expresión “salud oral o salud dental” hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de la boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitir comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento.

Entre las enfermedades de los dientes se tienen:

- La caries o cavidad dental, enfermedad más común. Los principales factores para el control de la caries son: la higiene bucal, el uso profiláctico de flúor y el consumo moderado de alimentos cariogénicos.
- El “desgaste de los dientes” o erosión, proceso normal que se produce con la edad, a medida que se pierde el esmalte de los dientes debido a su exposición repetida a ácidos.
- Otras formas de deterioro de los dientes son la atrición (desgaste mecánico), se produce cuando los dientes se erosionan debido al contacto con otros dientes; y la abrasión, que es provocada por factores mecánicos externos como un lavado de los dientes incorrecto.

Entre las enfermedades de las encías están: las enfermedades periodontales, que son provocadas por una infección e inflamación de la encía (gingiva), de los tejidos conectivos periodontales y del hueso alveolar. Estas enfermedades pueden provocar la pérdida de los dientes.

---

47. Definiciones de servicios. . [acceso 28 julio 2011]. Disponible en: [www.hospitalesdecaldas.com/documentos/.../definiciondeservicios.doc](http://www.hospitalesdecaldas.com/documentos/.../definiciondeservicios.doc)

La caries y las enfermedades periodontales, son los problemas de salud oral más comunes. Al llegar a adultos, el 85% de las personas han tenido caries. Por otro lado, la periodontitis es una causa usual de pérdida de dientes después de los 35 años de edad. Las enfermedades periodontales se observan con más frecuencia a medida que la gente crece, así, la mayor parte de las personas tiene señales de estas entre los 30 y 40 años de edad<sup>48</sup>.

La salud de los dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud oral también puede afectar de manera negativa la capacidad de comunicación y la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debidos a que los tratamientos son costosos y a que el dolor de dientes causa bajas en la escuela (niños) y en el trabajo (adultos). En muchas enfermedades, como la diabetes, el VIH y algunos trastornos alimenticios, las primeras manifestaciones se dan en forma de síntomas en la boca. Por ello, es importante consultar al odontólogo en forma regular.

Los problemas de la boca no sólo involucran la presencia de caries, dolor de dientes, y dientes torcidos o manchados. También se ha encontrado que si se padece de enfermedades periodontales se tiene mayor probabilidad de padecer enfermedades cardíacas y, si se sufre de diabetes y enfermedades periodontales, se pueden presentar problemas para controlar los niveles de azúcar en la sangre. La primera etapa de las enfermedades periodontales, y una de las más comunes, es la gingivitis, esta irrita las encías y hace que sangren y se hinchen.

En el año 2007 se realizó la Encuesta Nacional de Salud<sup>49</sup>, al indagar sobre los problemas odontológicos en la población colombiana se encontró:

En la población mayor de 12 años:

- Conocimiento de los factores que producen los problemas de salud bucal: el 51% manifestó que no cepillarse o hacerlo mal es la principal causa de la caries dental.
- Causas que producen el sangrado o la inflamación de las Encías: el 25% no cepillarse o hacerlo mal, el 10% un cepillado fuerte. El 22% de los entrevistados desconoce las causas que producen las enfermedades periodontales. En el régimen contributivo este desconocimiento se reduce a 14%.
- Uso de diferentes elementos para la higiene oral: el 99,1% utiliza el cepillo de dientes, el 98,8% la crema dental y el 42,0% la seda dental. El 23% declaró usar enjuague bucal. Un 0,4% de la población reveló no usar nada.
- El 47% asistió a consulta odontológica durante el último año. Al 71% le realizaron limpieza, al 48% revisión o examen, al 39% operatoria, al 15% exodoncias y al 4% endodoncia.
- El 40,5% de los casos fue atendido en centros de atención de una EPS, el 28,4% en un hospital, centros de salud o puestos de salud públicos, y el 21,7% en consultorio particular.

En la población de 6 a 19 años:

- Recibido aplicaciones o enjuagues con flúor: el 41% manifestó haber recibido el procedimiento. La principal razón para no recibir aplicaciones o enjuagues de flúor, es no creer que lo necesitaba con un 40%. En el régimen contributivo, fue el 53%.
- Aplicación de sellantes de fosetas y fisuras: el 34% declaró haber recibido esta atención en el último año. Los motivos de no aplicación fueron: no necesitarla el 44%, por descuido el 13%, no saber qué son el 10%, y no se lo recomendaron al 9%.

---

48. Preguntas frecuentes sobre salud oral. [acceso 28 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.4women.gov/espanol/preguntas/oral.htm>

49 Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Ed. JAVEGRAF. 1ra. Edición. Bogotá, enero de 2009. ISBN 978-958-716-187-8

- Problema dental en la boca o las encías en los últimos 30 días: el 85% respondió de manera negativa. Igual peso para la población afiliada a los diferentes regímenes. En los que manifestaron haber tenido un problema dental, el principal síntoma fue el dolor de muelas, dientes o encías, 62% de los casos. En el régimen contributivo esto se presentó en el 52%.
- Problema dental en los últimos 30 días: el 47,5% manifestó que no consultó a nadie. En el régimen contributivo el 60% asistió al odontólogo o la higienista, y el 34% no consultó a nadie. Las razones para no asistir fueron: descuido, el 27%; alto costo de la consulta y no tenían dinero para pagarla, el 16%; y la no utilidad de los horarios disponibles o no tener tiempo, el 10%.

En los menores de diez años:

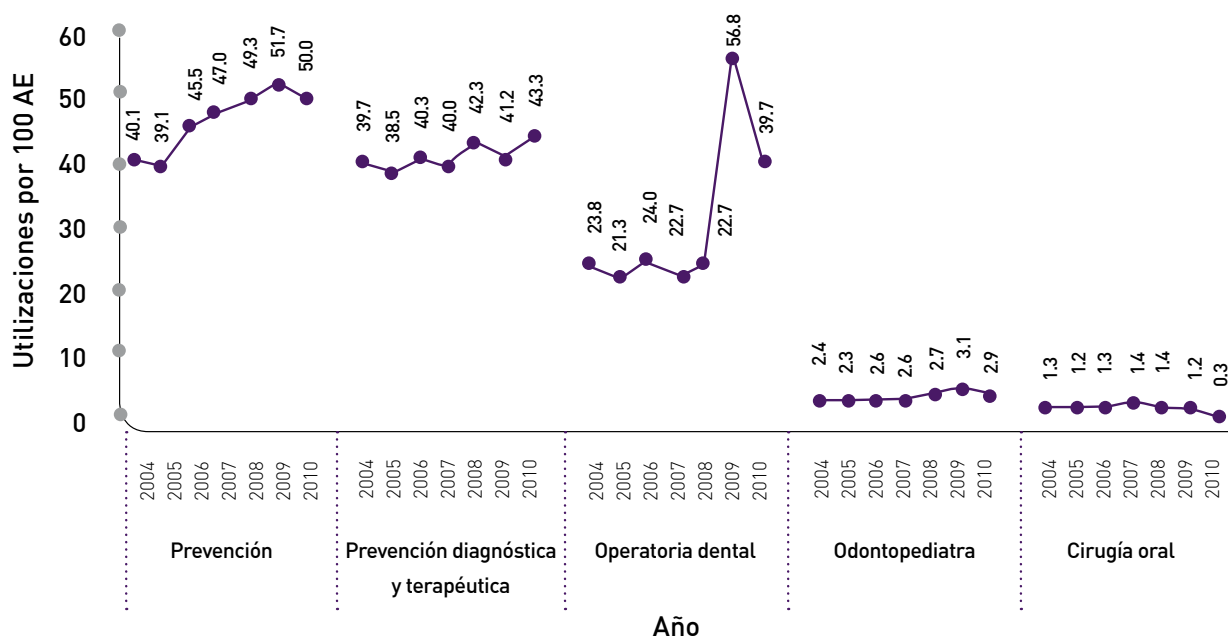
- Cuidado de la dentición temporal. El 11,7% de las personas encargadas del cuidado dental de esta población, manifestó su desacuerdo con respecto a que la dentición temporal requiere los mismos cuidados de la dentición permanente. El 91,7% de las personas encargadas de la higiene oral de los niños en el régimen contributivo está de acuerdo en que los dientes temporales requieren iguales cuidados que los permanentes.

En la población menor de seis años:

- El 42% recibió aplicaciones o enjuagues de flúor; el 4% no sabe si recibió esta atención. Respecto a la aplicación de sellantes, se declaró que el 31% de los niños tuvo aplicación de sellantes, de foseas y fisuras.

Durante el año 2010, en los afiliados al POS de EPS SURA, se realizaron 1.658.939 consultas que incluían: actividades diagnósticas y terapéuticas, cirugía oral, odontopediatría, operatoria dental y actividades de prevención (1.754.002 en 2009). El número de actividades por cada 100 afiliados expuestos fue igual a 136,2 (154,1 en 2009), bajó 18 puntos con relación a la registrada en el año anterior. Sin embargo, aunque la frecuencia de uso disminuyó en 2010, este año se realizaron 608.937 actividades de prevención, 3,4% más que en 2009; y 527.478 actividades diagnósticas y terapéuticas, 12,4% más que el año anterior, gráfica 34.

**Gráfica 34. Frecuencia de utilizaciones en odontología. POS de EPS SURA 2004-2010**

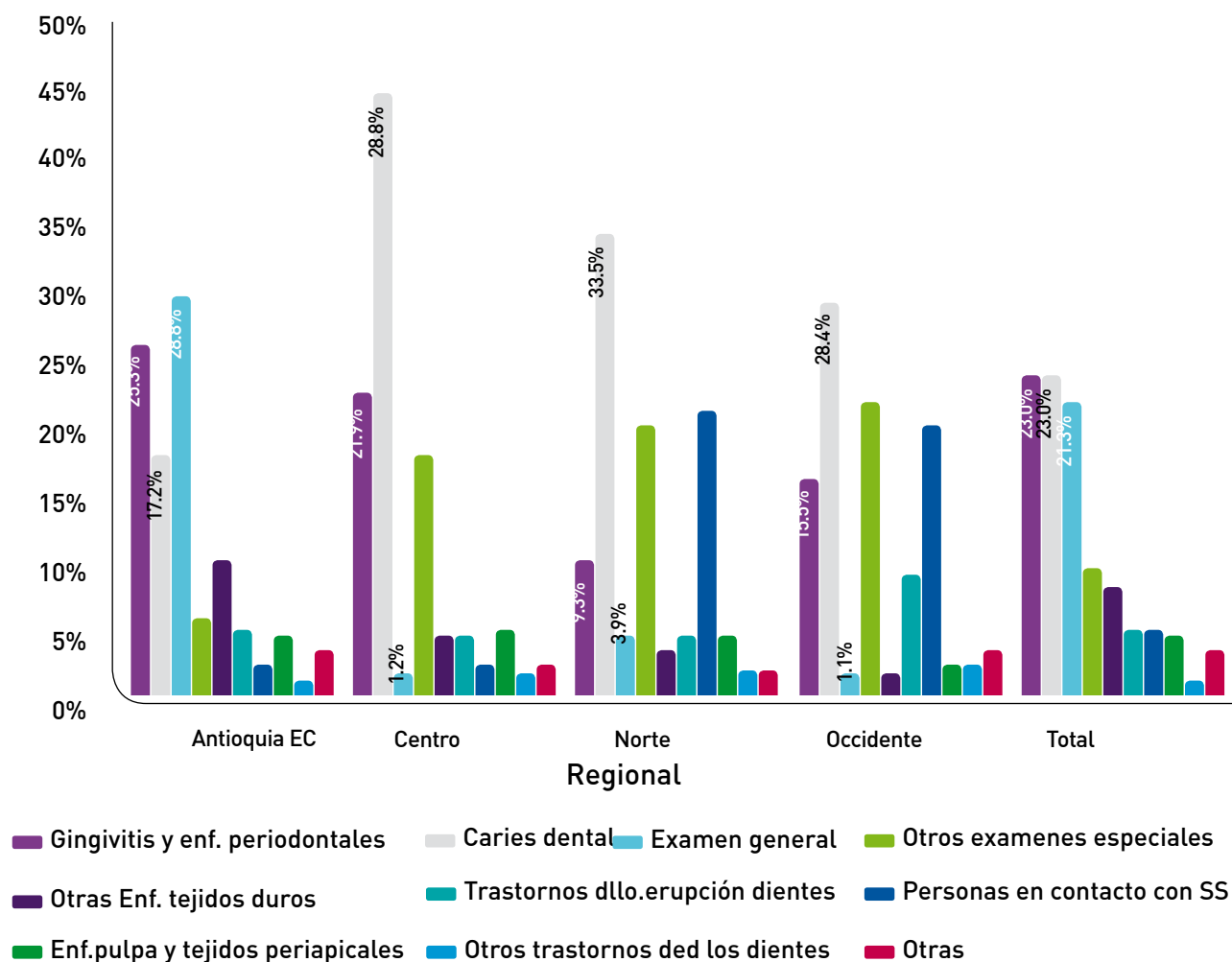


AE: afiliados expuestos.  
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2004-2010.



Para identificar las principales causas de morbilidad oral sentida en los afiliados al POS de la EPS, se tuvieron en cuenta todas las actividades anteriormente descritas. En 2010, las nueve primeras causas eran el motivo de consulta en el 97,4% del total de las consultas (1.616.345 consultas). Este año las principales causas de morbilidad oral en los afiliados fueron: la gingivitis (segundo lugar en las regionales de Antioquia EC y Centro); la caries (primer lugar en las regionales de Centro, Norte y Occidente, y segundo en Antioquia EC); el examen general (primer lugar en Antioquia EC); principalmente, estas tres causas fueron los motivos de consulta en el 67,3% de las consultas realizadas en el año, gráfica 35.

**Gráfica 35. Principales causas de consulta odontológica. POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.





## 2.5 Ausentismo laboral

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), define al ausentismo como “la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y las huelgas; y el ausentismo laboral de causa médica, como el período de baja laboral atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha para la derivada del embarazo normal o prisión”. En lo que respecta al embarazo, la OIT quiso reflejar que el embarazo no es una enfermedad. Sin embargo, implica una ausencia prolongada de la trabajadora, ausencia que dependerá de la legislación existente en cada país.

El ausentismo se puede clasificar como<sup>50</sup>:

- Ausentismo justificado: El que se produce con autorización.
- Ausentismo injustificado: Faltas del trabajador cuando no avisa, y por lo tanto, no hay autorización.

Entre las causas del ausentismo se mencionan<sup>51</sup>:

- Enfermedad comprobada.
- Enfermedad no comprobada.
- Diversas razones de carácter familiar.
- Tardanzas involuntarias por motivos de fuerza mayor.
- Faltas voluntarias por motivos personales.
- Dificultades y problemas financieros.
- Problemas de transporte.
- Baja motivación para trabajar.
- Clima organizacional insostenible.
- Falta de adaptación del trabajador a su puesto de trabajo.
- Escasa supervisión de la jefatura.
- Políticas inadecuadas de la empresa.
- Accidentes de trabajo.

---

50. Cruz A. El ausentismo en las empresas. [acceso 20 julio de 2011]. Disponible en:

<http://www.monografias.com/trabajos66/ausentismo-empresas/ausentismo-empresas2.shtml>

51. Bohlander G. Administración de recursos humanos; Editorial Thomson, Doceava edición; 2001; México, D.F.

Entre los resultados de algunas investigaciones realizadas en los EE UU, Robbins Stephen P<sup>52</sup>, destaca:

- Las mujeres faltan más al trabajo que los hombres.
- El ausentismo es mayor los lunes y menor los miércoles y los jueves.
- La tasa de ausentismo crece en los días anteriores y en los días posteriores a los de fiesta.
- El ausentismo es mayor en las oficinas que en las fábricas.
- El tiempo y la distancia de la residencia al local de trabajo influye muy poco en el ausentismo.
- Los trabajadores de las grandes empresas tienden a faltar al trabajo más que los de las pequeñas empresas.
- Las enfermedades respiratorias causan 50% de las ausencias y son responsables por el 30% del tiempo total perdido.
- Los empleados que faltan mucho en el primer año de trabajo generalmente continúan faltando en los años siguientes.

El ausentismo laboral es un problema, tanto para las empresas o institución pública como para las privadas. Él no sólo constituye una pérdida económica, sino que también ocasiona la desorganización de las labores programadas y afecta la calidad de la producción, pues las tareas deben ser realizadas por personal menos calificado<sup>53</sup>.

Se estima que los daños ocasionados por el ausentismo a la economía son cuantiosos. Aunque no se encuentran mediciones recientes sobre este tema, existe el estudio de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, publicado en 1997, el cual mostró que, en muchos países de la Unión Europea, sólo el ausentismo por enfermedad puede representar entre un 2%-3% del PIB.

En Uruguay, 2005, el PIB fue de US\$ 18.600 millones de dólares, y se estimó que si cada trabajador se hubiera ausentado siete días en el año, las cifras de Uruguay se ubicarían en los rangos planteados en el estudio anterior. Por otra parte, en el mismo país, en 2004, el Banco de Previsión Social pagó US\$ 155.665.662 dólares por concepto de seguro de enfermedad (equivalente a casi un 1% del PBI de ese año)<sup>54</sup>, y el Banco de Seguros del Estado pagó US\$ 18,5 millones por concepto de rentas y US\$ 5,5 millones por indemnizaciones temporarias. Los gastos directos de asistencia médica y otros gastos de siniestros se estiman en US\$ 20 millones anuales<sup>55</sup>.

Las condiciones de salud de la fuerza laboral tienen un impacto económico inmediato y directo sobre la economía de cada país y la economía mundial. Las pérdidas económicas totales causadas por enfermedades y lesiones ocupacionales son cuantiosas y representan una pesada carga para el desarrollo económico en el mundo<sup>56</sup>.

Referente al ausentismo laboral, en Colombia, de conformidad con lo establecido en el artículo 1º de la Ley 776 de 2002, “Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto-ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a los que se refieren el Decreto-ley 1295 de 1994 y la presente ley”.

---

52. Robbins Stephen P.; Administración; Editorial Pearson, edición 8; 2005; Naucalpan de Juárez, Estado de México

53. Davis Keith; Comportamiento humano en el trabajo; Editorial Mc Graw Hill, sexta edición; 2007; México, D.F

54. Banco de Previsión Social – Memoria y Balance Anual 2004

55. Diario El Observador, Suplemento Café y Negocios, edición del día 25 de Junio de 2006

56. Hamoui Y, Sirit Y y Bellorin M (2005), Absentismo laboral del personal administrativo de una universidad pública venezolana, en: Salud de los Trabajadores, Vol. 13, Nº 2, Julio-Diciembre de 2005.



### 2.5.1 Incapacidad temporal

En Colombia, el artículo 2° de la Ley 776 de 2002, define la incapacidad temporal, como: aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

De conformidad con lo establecido en el artículo 38 del Decreto 1295 del 1994, la declaración de la incapacidad temporal deberá ser determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la entidad promotora de salud a través de la cual se preste el servicio.

En 2010, en los cotizantes afiliados al POS de la EPS SURA, se produjeron 624.354 incapacidades temporales que generaron un total de 2.438.917 días no laborados, lo cual da un promedio de 3,9 días por incapacidad y una frecuencia de 97 incapacidades por cada 100 cotizantes, cuadro 56. En este año los grupos diagnósticos CIE-10 que registraron el mayor número de incapacidades por cada 100 cotizantes fueron: las enfermedades infecciosas y parasitarias con una frecuencia igual a 19,97 incapacidades; las del aparato respiratorio con 18,0 incapacidades, y las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con 12,4 incapacidades por cada 100 cotizantes.

Con relación al número de días promedio por incapacidad, los grupos de causas que registraron los mayores promedios fueron: los tumores con 14,0 días por incapacidad; las enfermedades congénitas con 12,7 días; los factores que influyen en el estado de salud con 9,4 días; los traumatismos y envenenamientos con 8,6 días; y las enfermedades del sistema circulatorio con 8,2 días por incapacidad; cuadro 56.

**Cuadro 56. Incapacidad por grupos de causas CIE-10. POS de EPS SURA 2010**

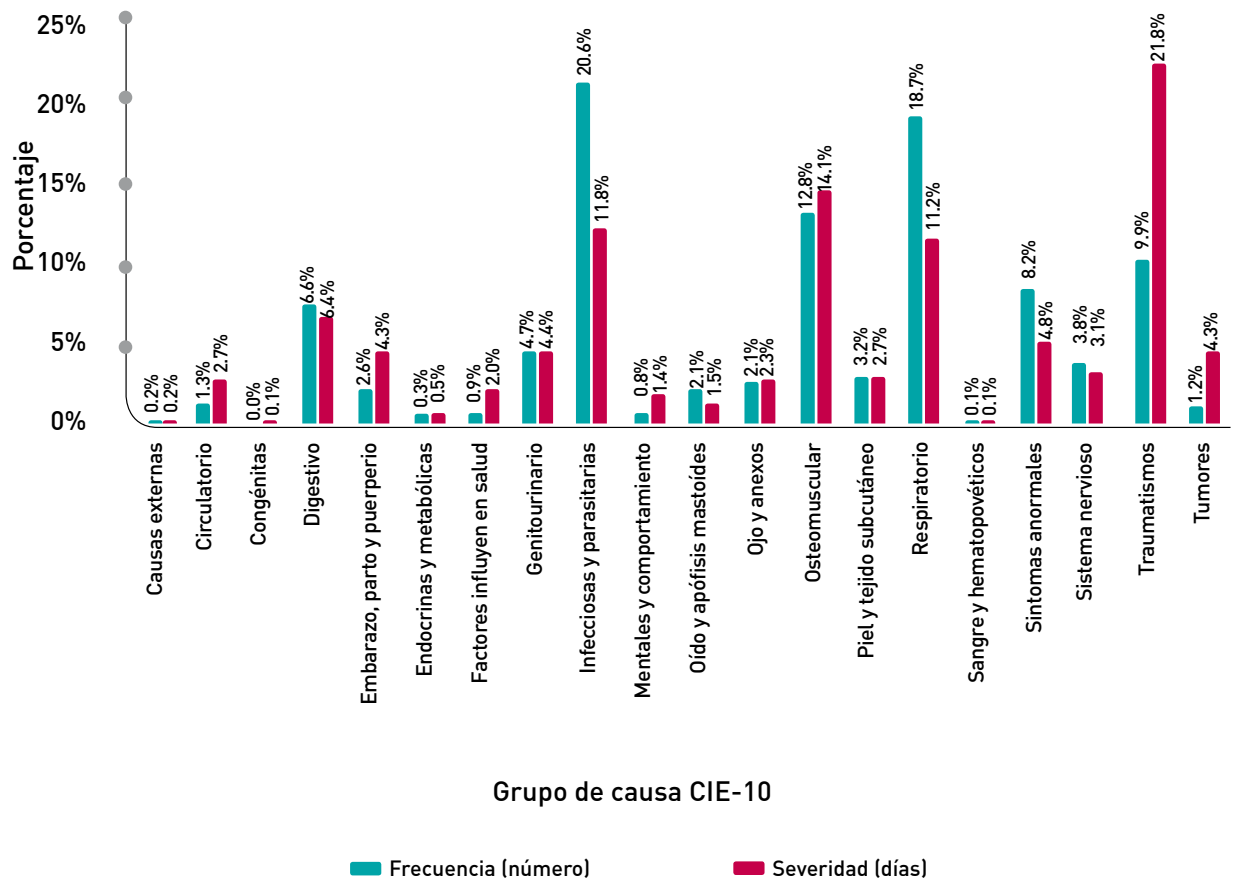
Grupo causas diagnóstico CIE-10	No. Incapacidades	% total incapacidad	Días de Incapacidad	% de total días	Promedio Días/inc	Frecuencia * 100 cotizantes
Causas externas	970	0.2%	3,903	0.2%	4.0	0.15
Circulatorio	8,043	1.3%	65,708	2.7%	8.2	1.25
Congénitas	241	0.0%	3,052	0.1%	12.7	0.04
Digestivo	41,029	6.6%	155,908	6.4%	3.8	6.38
Embarazo, parto y puerperio	16,172	2.6%	105,166	4.3%	6.5	2.51
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,869	0.3%	13,263	0.5%	7.1	0.29
Factores que influyen en el estado de salud	5,314	0.9%	49,728	2.0%	9.4	0.83
Genitourinario	29,281	4.7%	108,227	4.4%	3.7	4.55
Infecciosas y parasitarias	128,461	20.6%	286,813	11.8%	2.2	19.97
Mentales y del comportamiento	5,009	0.8%	35,266	1.4%	7.0	0.78
Oído y apófisis mastoides	13,269	2.1%	36,374	1.5%	2.7	2.06
Ojo y anexos	13,193	2.1%	57,143	2.3%	4.3	2.05
Osteomuscular y tejido conjuntivo	79,777	12.8%	344,006	14.1%	4.3	12.40
Piel y tejido subcutáneo	20,086	3.2%	66,854	2.7%	3.3	3.12
Respiratorio	116,463	18.7%	273,739	11.2%	2.4	18.10
Sangre y órganos hematopoyéticos	491	0.1%	3,536	0.1%	7.2	0.08
Síntomas anormales	51,439	8.2%	118,254	4.8%	2.3	8.00
Sistema nervioso	23,761	3.8%	76,508	3.1%	3.2	3.69
Traumatismos	62,014	9.9%	530,908	21.8%	8.6	9.64
Tumores	7,470	1.2%	104,547	4.3%	14.0	1.16
<b>Total general</b>	<b>624,354</b>	<b>100.0%</b>	<b>2,438,917</b>	<b>100.0%</b>	<b>3.9</b>	<b>97.05</b>

Fuente: Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2010.



Existen cuatro grupos de causas que se destacan tanto por la frecuencia (número de incapacidades) como por la severidad (número de días). En la gráfica 36, se encuentra la distribución de los grupos de causas por estas dos características, allí se puede observar que las enfermedades infecciosas y parasitarias ocasionaron el 20,6% de las incapacidades y el 11,8% de los días; las del aparato respiratorio el 18,7% y el 11,2%, respectivamente; las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo el 12,8% y 14,1%; y los traumatismos y envenenamientos el 9,9% de las incapacidades y el 21,8% de los días; en estos cuatro grupos de causas se concentran el 62% del total de las incapacidades y el 59% de los días generados por estas, en 2010.

**Gráfica 36.** Distribución de causas de incapacidades por frecuencia y severidad. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2010.

Las veinte primeras causas de morbilidad por frecuencia se pueden ver en el cuadro 57, estas causas fueron las responsables del 47,1% de todas las incapacidades generadas en 2010, con un promedio de días por incapacidad igual a 2,2 días.

Cuadro 57. Primeras veinte causas de incapacidad por frecuencia. POS de EPS SURA 2010

Orden por frecuencia	Diagnóstico CIE-10	No. Incapacidades	Frecuencia * 100 cotizantes	Días de Incapacidad	Promedio Días/inc	% de total incapacidades
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	49,106	7.6	95,861	2.0	7.9%
2	Infección viral, no especificada	31,706	4.9	66,545	2.1	5.1%
3	Lumbago no especificado	25,158	3.9	72,705	2.9	4.0%
4	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	23,678	3.7	44,982	1.9	3.8%
5	Infección intestinal viral, sin otra especificación	22,662	3.5	43,838	1.9	3.6%
6	Faringitis aguda, no especificada	17,176	2.7	34,119	2.0	2.8%
7	Amigdalitis aguda, no especificada	17,062	2.7	34,344	2.0	2.7%
8	Cefalea	13,594	2.1	21,407	1.6	2.2%
9	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	11,120	1.7	23,825	2.1	1.8%
10	Otros dolores abdominales y los no especificados	10,068	1.6	21,725	2.2	1.6%
11	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9,742	1.5	24,313	2.5	1.6%
12	Migraña, no especificada	9,522	1.5	14,331	1.5	1.5%
13	Laringitis aguda	9,182	1.4	21,279	2.3	1.5%
14	Bronquitis aguda, no especificada	7,676	1.2	21,620	2.8	1.2%
15	Otras enteritis virales	6,985	1.1	12,414	1.8	1.1%
16	Sinusitis aguda, no especificada	6,865	1.1	15,614	2.3	1.1%
17	Dientes incluidos	5,981	0.9	13,330	2.2	1.0%
18	Fiebre del dengue [dengue clásico]	5,830	0.9	19,758	3.4	0.9%
19	Cervicalgia	5,481	0.9	14,012	2.6	0.9%
20	Esguinces y torceduras del tobillo	5,414	0.8	29,980	5.5	0.9%
	<b>Subtotal</b>	<b>294,008</b>	<b>45.7</b>	<b>646,002</b>	<b>2.2</b>	<b>47.1%</b>
	Otras	330,346	51.3	1,792,915	5.4	52.9%
	<b>Total</b>	<b>624,354</b>	<b>97.0</b>	<b>2,438,917</b>	<b>3.9</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2006-2010.



De igual manera, en el cuadro 58, se encuentran las veinte primeras causas de morbilidad por severidad, las cuales representan el 28,8% de todos los días generados por las incapacidades en 2010, en éstas el promedio de días por incapacidad igual a 2,6 días.

**Cuadro 58. Primeras veinte causas de incapacidad por severidad. POS de EPS SURA 2010**

Orden por severidad	Diagnóstico CIE-10	No. Incapacidades	Frecuencia * 100 cotizantes	Días de Incapacidad	Promedio Días/inc	% de total días incapacidad
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	49,104	7.6	95,855	2.0	3.9%
2	Lumbago no especificado	25,158	3.9	72,705	2.9	3.0%
3	Infección viral, no especificada	31,706	4.9	66,545	2.1	2.7%
4	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	23,678	3.7	44,982	1.9	1.8%
5	Infección intestinal viral, sin otra especificación	22,661	3.5	43,836	1.9	1.8%
6	Amigdalitis aguda, no especificada	17,062	2.7	34,344	2.0	1.4%
7	Faringitis aguda, no especificada	17,176	2.7	34,119	2.0	1.4%
8	Otros estados postquirúrgicos especificados	2,600	0.4	31,836	12.2	1.3%
9	Esguinces y torceduras del tobillo	5,413	0.8	29,975	5.5	1.2%
10	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	3,329	0.5	26,537	8.0	1.1%
11	Amenaza de aborto	4,232	0.7	24,694	5.8	1.0%
12	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	9,742	1.5	24,313	2.5	1.0%
13	Infección aguda de las vías respiratorias superiores	11,120	1.7	23,825	2.1	1.0%
14	Síndrome del túnel carpiano	2,321	0.4	23,487	10.1	1.0%
15	Otros dolores abdominales y los no especificados	10,068	1.6	21,725	2.2	0.9%
16	Bronquitis aguda, no especificada	7,675	1.2	21,617	2.8	0.9%
17	Cefalea	13,593	2.1	21,405	1.6	0.9%
18	Laringitis aguda	9,182	1.4	21,279	2.3	0.9%
19	Leiomioma del útero, sin otra especificación	1,142	0.2	20,486	17.9	0.8%
20	Fiebre del dengue [dengue clásico]	5,830	0.9	19,758	3.4	0.8%
	Subtotal	272,792	42.4	703,323	2.6	28.8%
	Otras	351,547	54.6	1,735,558	4.9	71.2%
	<b>Total</b>	<b>624,339</b>	<b>97.0</b>	<b>2,438,881</b>	<b>3.9</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2006-2010.



## 2.5.2 Enfermedad profesional

Desde el punto de vista de la Seguridad Social, la Enfermedad Profesional se origina por la necesidad de distinguir, a las enfermedades que afectan a toda la población, de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, debido a que generan derechos y responsabilidades diferentes.

El Artículo 200 del Código Sustantivo del Trabajo define Enfermedad Profesional como: “todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos. Las enfermedades endémicas y epidémicas de la región sólo se consideran como profesionales cuando se adquieren por los encargados de combatirlas por razón de su oficio”.

Para establecer el origen de una enfermedad como profesional se necesitan por lo menos cuatro elementos<sup>57</sup>:

57. Informe de las enfermedades profesionales en Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2002.

- Presencia de un agente causal en el medio de trabajo; el agente se extiende desde factores químicos, físicos o biológicos hasta la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.
- Demostrar la exposición durante un tiempo suficiente del trabajador al agente nocivo.
- Presencia de un cuadro patológico congruente con los efectos del agente nocivo sobre la salud.
- Relación de causalidad; deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una asociación de causa-efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo, de los agentes o condiciones señaladas.

La Ley 100 de 1993, a través del artículo 208, delegó a las EPS la responsabilidad de organizar la prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo. El Decreto ley 1295 de 1994 determina en su artículo 12 que la calificación del origen de los eventos de salud corresponde en primera instancia a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que atiende al afiliado.

El Ministerio de Salud, inició desde el año 2001 el seguimiento al diagnóstico, registro y reporte de las enfermedades profesionales por parte del sector salud del SSSI y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, publicó en 1999 los “Protocolos para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales”. Los esfuerzos de estas carteras, representadas ahora en el Ministerio de la Protección Social, han generado una dinámica del tema de la calificación del origen de los eventos de salud, que obliga al país a definir una línea de base para generar programas de prevención, y para realizar un seguimiento continuo al diagnóstico de las enfermedades profesionales<sup>58</sup>.

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 fatales<sup>59</sup>.

La OIT estimó, con base en las estadísticas del Reino Unido y Finlandia, que la tasa de morbilidad calculada para la enfermedad profesional se encuentra entre el 300 a 500 por cada 100.000 trabajadores; la incidencia mundial anual se estima en 35 millones de enfermedades profesionales de las cuales: el 35% se tornan crónicas, el 10% generan incapacidad permanente y el 1% causan la muerte<sup>60</sup>. La enfermedad profesional (EP) tiene una probabilidad 10 a 20 veces mayor de ocurrir en los países en desarrollo, 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.

58. Enfermedad profesional en Colombia. [acceso 25 de julio 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/economia/RecursosHumanos/Enfermedadprofesionalencolombia/Introduccion.htm>

59. Informe de enfermedad profesional en Colombia 2003-2005. Ministerio de la Protección Social. [acceso 21 abril de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15901DocumentNo3578.PDF>

60. FASECOLDA, Cámara Técnica de Riesgos Profesionales

Las principales causas de muerte por EP son:

- Cáncer 32%: asbestos, químicos, radiaciones.
- Enfermedad circulatoria 23%: cardiovascular y cerebrovascular.
- Enfermedades transmisibles 17%: infecciosas y parasitarias.

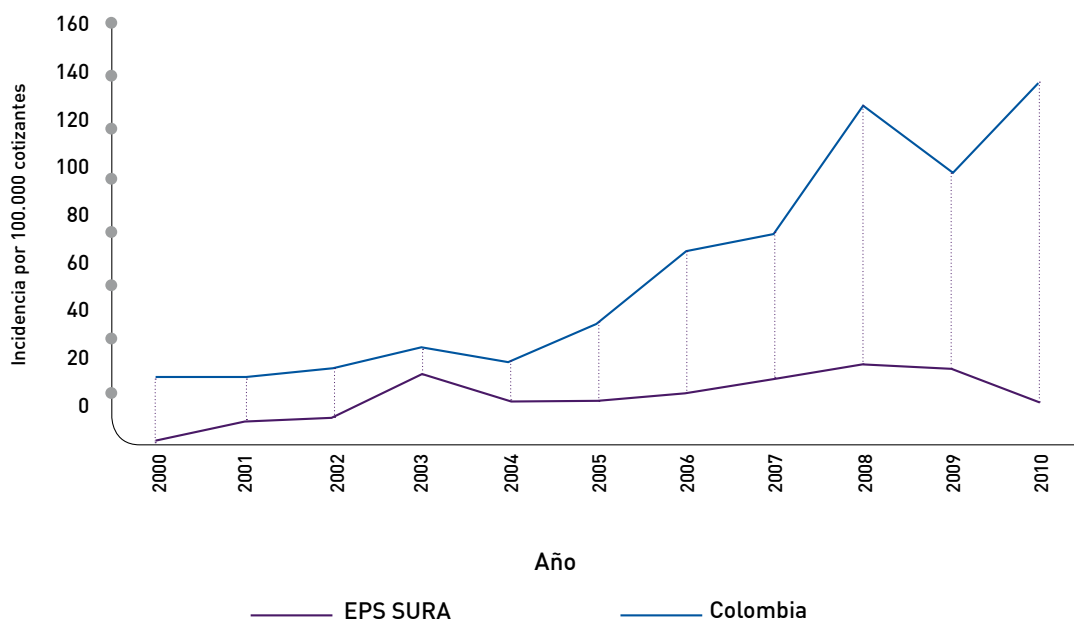
Otras estimaciones de la OIT indican que al año ocurren 1.640.000 muertes por enfermedades relacionadas con el trabajo, de las cuales se notifican a la OIT un porcentaje mínimo. El 4% del PIB se pierde a consecuencia de los AT y las EP<sup>61</sup>.

Las tasas de calificación de enfermedad profesional en Colombia, pasó de 24.5 EP por 100.000 trabajadores en el año 2000 a 136,4 en 2010<sup>62</sup>, sin embargo, se cree que está se encuentra muy por debajo de la esperada 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.

EPS SURA en la actualidad cuenta con una tasa de calificación mucho más baja que la del país, gráfica 37, y tiene un buen porcentaje de aceptación de las patologías calificadas. A continuación se muestra el histórico de la tasa de incidencia de enfermedad profesional en la compañía.

**Gráfica 37. Incidencia enfermedad profesional por año. POS de EPS SURA y 2000-2010**



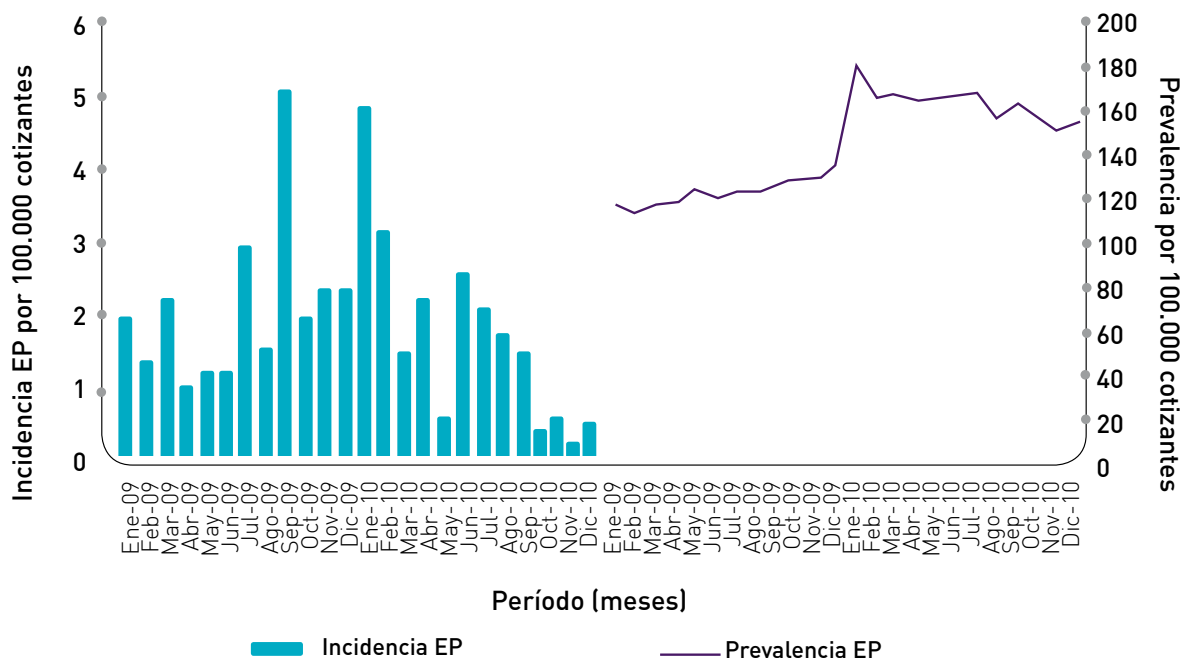
**Fuente:** Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2000-2010. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. Ministerio de la Protección Social. CTRP-Fasecolda, Encuesta Sistema de Información Gremial, Cálculos CTRP-Fasecolda. La Información correspondiente a los años 2000 a 2008 no incluye a la ARP del seguro Social (ISS). La Información a partir del año 2009 incluye a todas las ARP del sistema de Riesgos Profesionales Colombiano.



61. CTRP-Fasecolda, Encuesta Sistema de Información Gremial, Cálculos CTRP-Fasecolda  
62. CTRP-Fasecolda, Encuesta Sistema de Información Gremial, Cálculos CTRP-Fasecolda

En la gráfica 38 se observa el comportamiento de las tasas mensuales de incidencia y prevalencia de la enfermedad profesional en los cotizantes afiliados al POS de SURA, ambas con tendencia decreciente. Durante 2010, se diagnosticaron 106 casos nuevos de EP para una tasa de incidencia de 16,5 EP por cada 100.000 cotizantes, este año hubo 57 casos menos que en 2009.

**Gráfica 38. Tasas de enfermedad profesional por mes. POS de EPS SURA 2009-2010**



Fuente: Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2009-2010.



### 2.5.3 Accidente de trabajo

De acuerdo con lo previsto por la decisión 584 del 7 de Mayo del año 2004, proferida por el Consejo Andino de Relaciones Exteriores, de la Comunidad Andina de Naciones, es accidente de trabajo (AT) 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<sup>63</sup>.

Los elementos esenciales de un accidente de trabajo son: un suceso repentino, que ocurra por causa u ocasión del trabajo, y que produzca: una lesión orgánica, o una perturbación funcional, o una invalidez o la muerte.

63. Artículo 1 de la Decisión 584 de 2004 en el instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Andina de Naciones - CAN.  
<http://www.encolombia.com/economia/RecursosHumanos/Enfermedadprofesionalencolombia/Introduccion.htm>

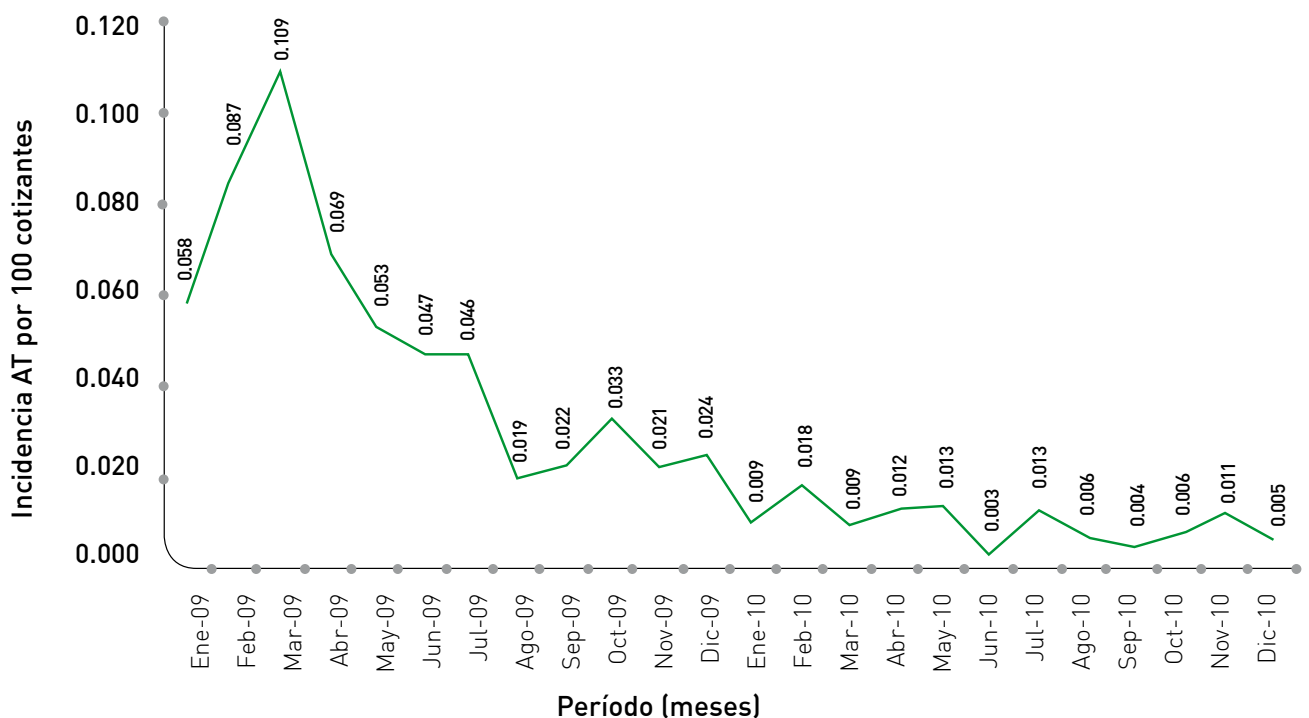
Los accidentes de trabajo involucran múltiples fenómenos adicionales cuya magnitud es muy difícil de precisar y que involucran:

- **Al trabajador:** sufrimiento físico y moral, disminución o pérdida de sus capacidades físicas, de su vida productiva; de su ingreso económico y presupuesto personal, de sus expectativas de desarrollo personal y de su calidad de vida.
- **A la familia:** disminución del ingreso y presupuesto familiar, disfunción familiar.
- **La sociedad:** discriminación laboral, segregación social, conductas antisociales, sicopatología y mortalidad prematura.

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 incidencia de accidentes de trabajo en 2010 fue de 6,4 accidentes por cada 100 afiliados<sup>64</sup>. En los cotizantes afiliados al POS de EPS SURA, durante el 2010, se presentaron 701 AT, para una tasa de incidencia anual de 0,109 AT por cada 100 cotizantes (0,584 en 2009). En la gráfica 39 se muestra la evolución de la tasa de incidencia de AT mensual de enero de 2009 a diciembre de 2010, en ella se aprecia como la tasa ha venido decreciendo.

**Gráfica 39. Incidencia de accidentes de trabajo por mes. POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Coordinación de Auditoría y Salud Ocupacional. EPS SURA. 2009-2010.



64. CTRP-Fasecolda, Encuesta Sistema de Información Gremial, Cálculos CTRP-Fasecolda





## 2.6 Medicamentos

Los medicamentos son considerados el recurso más costo efectivo para el manejo de los problemas de salud, y la tecnología de mayor utilización en salud, algunas de estas cuyos avances tecnológicos están creciendo en forma acelerada al igual que el costo de las terapias.

Los medicamentos ocupan el segundo renglón, después del recurso humano, en el total del gasto sanitario. En Colombia, el gasto en medicamentos viene mostrando una tendencia al crecimiento, amenazando la estabilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud y la economía de los hogares. Gasto que no solamente incluye productos y eventos en los que el medicamento es correcta y racionalmente utilizado, sino una utilización muy amplia, muchas veces inapropiada y en algunos casos peligrosa.

Nada se consigue si la población más pobre, que suele ser la más enferma, no tiene acceso a los medicamentos cuando los necesita. El Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, tiene la obligación de responder a las necesidades sentidas o conocidas de la población con base en principios de calidad, eficiencia, seguridad y equidad, y es el Estado quien debe garantizar la universalidad del acceso a medicamentos de buena calidad, pese a sus limitados recursos. En el país, los medicamentos son cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, sin embargo, algunos de ellos implican la cancelación de copagos y la autorización del médico de la IPS donde consulta el afiliado.

En el Acuerdo 228 del 2002, está definido el listado de medicamentos incluido dentro del plan de beneficios del POS, Manual de Medicamentos y Terapéutica, que es el mismo para todas las EPS del país y los fármacos que no aparecen en él no son cubiertos, lo que obliga al usuario a asumir su pago. Aunque este listado es bastante amplio, su alcance es limitado, y los medicamentos que incluye son genéricos; no obstante, en algunas ocasiones, es el profesional de salud quien estimará si es pertinente utilizar medicamentos de carácter comercial (NO POS). Referente a estos últimos, el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 2948 de 2003, señaló en su artículo 1º que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y/o subsidiado, las

cajas de compensación familiar que administren directamente los recursos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y demás entidades obligadas a compensar, EOC, integrarán un comité técnico científico (CTC), conformado por un representante de las EPS del régimen contributivo o subsidiado o EOC, según corresponda, un representante de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y un representante de los usuarios el cual, entre otras funciones, tendrá la de analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes para el suministro a los afiliados de medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

En la 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, suministrados a los usuarios en la red de farmacias o IPS que ofrecen el modelo de gestión farmacoterapéutica avanzada (Modelo Gefarma), dirigido a personas con enfermedades de alta complejidad, y donde, además de dispensar y aplicar los medicamentos formulados por los médicos de la respectiva EPS, se hace educación a los pacientes y sus familiares, se ofrece acompañamiento médico y farmacéutico para mejorar la adherencia al tratamiento, y se lleva a cabo la farmacovigilancia activa.
- Los medicamentos hospitalarios, 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.

En SURA, a cada medicamento del listado del POS se le asigna una marca o laboratorio, de acuerdo con criterios de calidad, trayectoria y cumplimiento del laboratorio, y precio. La calidad está determinada por: la eficacia y seguridad del medicamento, la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) de los laboratorios, el registro sanitario otorgado por el INVIMA y, en algunos casos, por estudios adicionales relacionados con aspectos fármaco-terapéuticos. El análisis de todos estos criterios es realizado por un grupo multidisciplinario especialmente asignado para ello en la EPS.

En la EPS, el uso de los medicamentos se establece desde dos puntos de vista: las unidades despachadas y el costo económico.

Las unidades despachadas, permiten identificar diferencias geográficas en el consumo, tendencias, hábitos de prescripción, frecuencias, además, de evaluar medidas de regulación o control del uso de los medicamentos.

El costo económico, hace posible observar la importancia económica de un determinado fármaco, o grupo de ellos, en la EPS y se expresa como porcentaje del gasto total.

Para el suministro de los medicamentos ambulatorios, SURA cuenta en cada regional o ciudad, con un operador logístico encargado de dispensar los medicamentos a los usuarios, a través de una red de farmacias/droguerías e IPS. En 2010 la red estaba conformada por 104 establecimientos, 14 más que en 2009, cuadro 59.

**Cuadro 59. Red de establecimientos. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Proveedor	No. establecimientos	% del total
Antioquia	Colsubsidio	27	
	Dempos	8	
	Audifarma	1	
	Helpharma	1	
	Medicarte	1	
Eje Cafetero	Audifarma	11	
	Dempos	1	
	Medicarte	1	
Total Antioquia EC		51	49%
Centro	Audifarma	24	
	Dempos	2	
	Medicarte	1	
Total Centro		27	26%
Norte	Audifarma	13	
	Dempos	2	
	Medicarte	1	
Total Norte		16	15%
Occidente	Audifarma	7	
	Dempos	1	
	Helpharma	1	
	Medicarte	1	
Total Occidente		10	10%
Total país	Colsubsidio	27	
	Dempos	14	
	Audifarma	56	
	Helpharma	2	
	Medicarte	5	
Total país		104	100%

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2010.



Durante el 2010, en SURA, el gasto total en medicamentos representó el 33,1% de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), 33,1% en 2009, siendo el 29,5% de la UPC (25,0% en 2009) representado por medicamentos ambulatorios y el 8,1% (8,1% en 2009) por medicamentos hospitalarios, cuadro 60. La evolución de estas proporciones se aprecia en la gráfica 40, en ella se ve que, a excepción de los medicamentos hospitalarios, tanto la proporción de la UPC por medicamentos ambulatorios como la total, tienen una tendencia creciente.

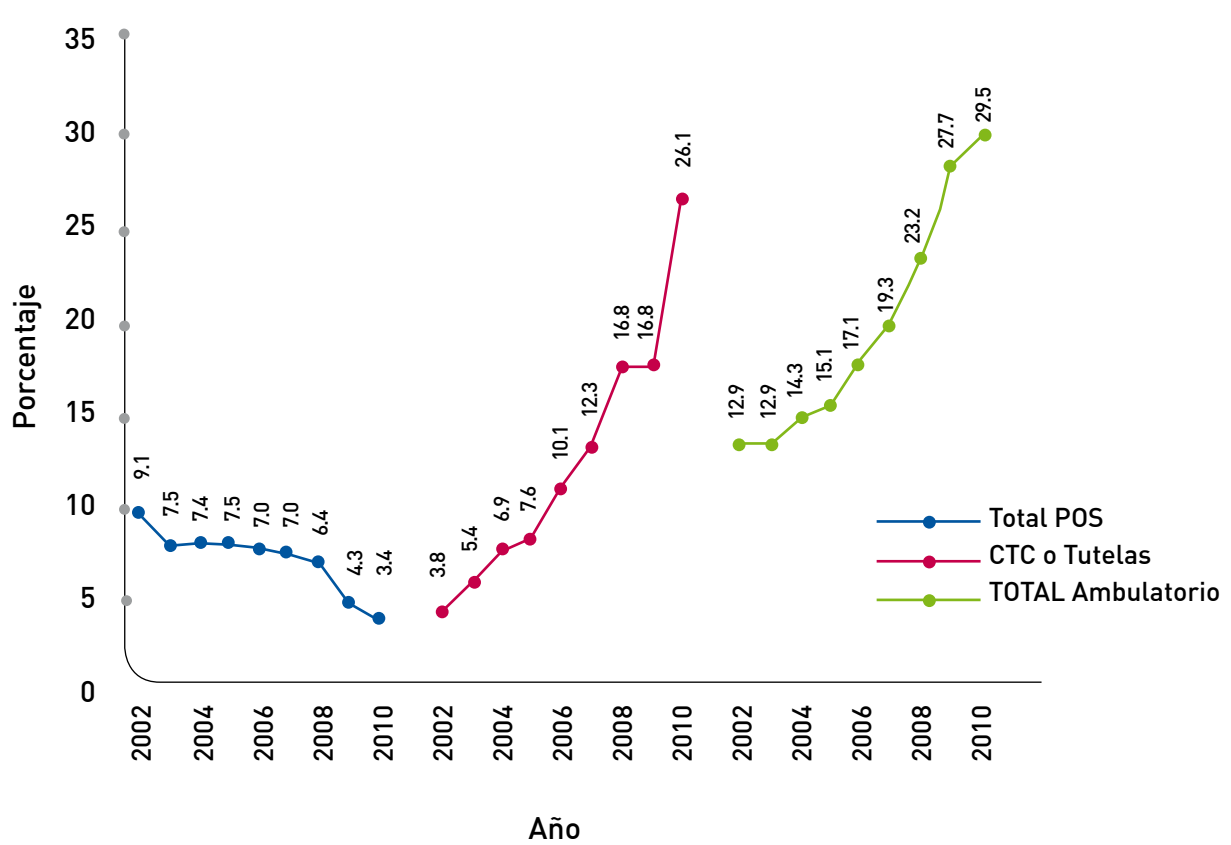
Cuadro 60. Porcentaje del costo de medicamentos ambulatorios en la UPC. POS de EPS SURA 2000-2010

Grupo Farmacológico	Año										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POS Ambulatorio	9.2	8.9	7.3	5.8	5.8	5.3	5	5.1	4.6	2.8	1.8
POS Catastróficas (Cáncer-Sida)	1.9	1.6	1.8	1.7	1.6	2.2	2	1.9	1.7	1.6	1.6
Total POS	11.1	10.4	9.1	7.5	7.4	7.5	7	7	6.4	4.3	3.4
CTC o Tutelas	0.9	1.9	3.8	5.4	6.9	7.6	10.1	12.3	16.8	16.8	26.1
TOTAL Ambulatorio	12	12.3	12.9	12.9	14.3	15.1	17.1	19.3	23.2	27.7	29.5

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2000-2010.

La evolución de estas proporciones se aprecia en la gráfica 40, en ella se ve que, mientras el porcentaje del costo en la UPC por medicamentos POS viene disminuyendo, la de los CTC y Tutelas presenta una tendencia creciente, siendo esta mucho más marcada en los últimos años.

Gráfica 40. Porcentaje de la UPC por costo de medicamentos. POS de EPS SURA 2000-2010

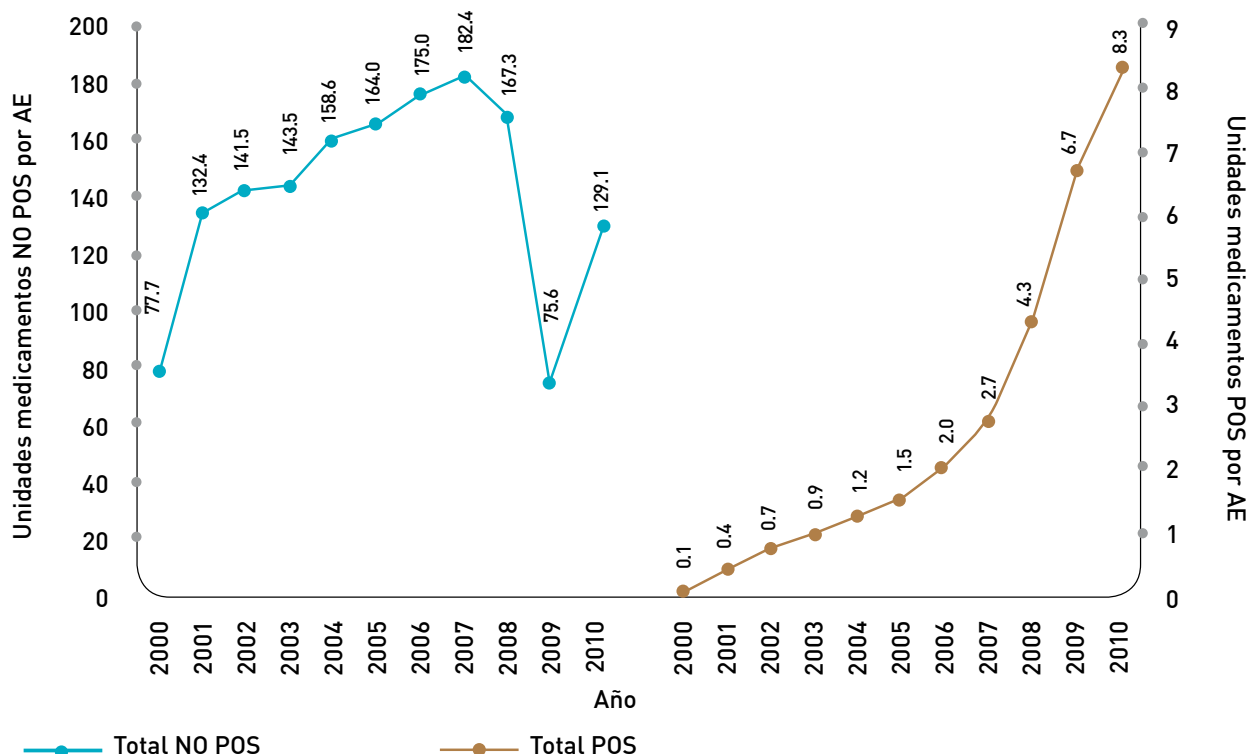


Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2000-2010.

En la gráfica 41, está el comportamiento anual de las unidades despachadas por afiliado expuesto, en los medicamentos del POS (ambulatorios y catastróficas cáncer y Sida) y en los NO POS (CTC y Tutelas). En los medicamentos POS la frecuencia viene creciendo y pasó de 0,1 unidades por afiliado expuesto en el año 2000 a 8,8 en 2010, la curva presenta una pendiente que es mucho más marcada a partir del año 2007. Por otro lado, están los medicamentos NO POS, cuyo consumo venía creciendo hasta el año 2007, a partir del cual se inició su descenso, siendo este más pronunciado en 2009.

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, entendiéndose por ésta, la mínima unidad en que se puede fraccionar un producto: tableta, gragea o cápsula para los sólidos; frasco para los líquidos orales; ampolla o vial para los inyectables y; frasco, pote o tubo para los medicamentos dermatológicos.

**Gráfica 41. Frecuencia de medicamentos POS y NO POS. POS de EPS SURA 2000-2010**



Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2000-2010.

En los medicamentos POS, los grupos farmacológicos en los cuales se registraron los mayores incrementos en el número de unidades despachadas por afiliado expuesto, entre el año 2009 y 2010 fueron: programas especiales 134,4%, hormonas y reguladores hormonales 99,9%, sistema nervioso central 99,0%, y gastrointestinal 90,2%, cuadro 61.

En el año 2010 se registró un incremento del 80,4% en el número de unidades de medicamentos despachada por afiliado expuesto, lo cual representó un aumento de 6,4% en el costo por afiliado expuesto, cuadro 61.

**Cuadro 61. Frecuencia y costo por afiliado expuesto, medicamentos POS y NO POS. EPS SURA 2009-2010**

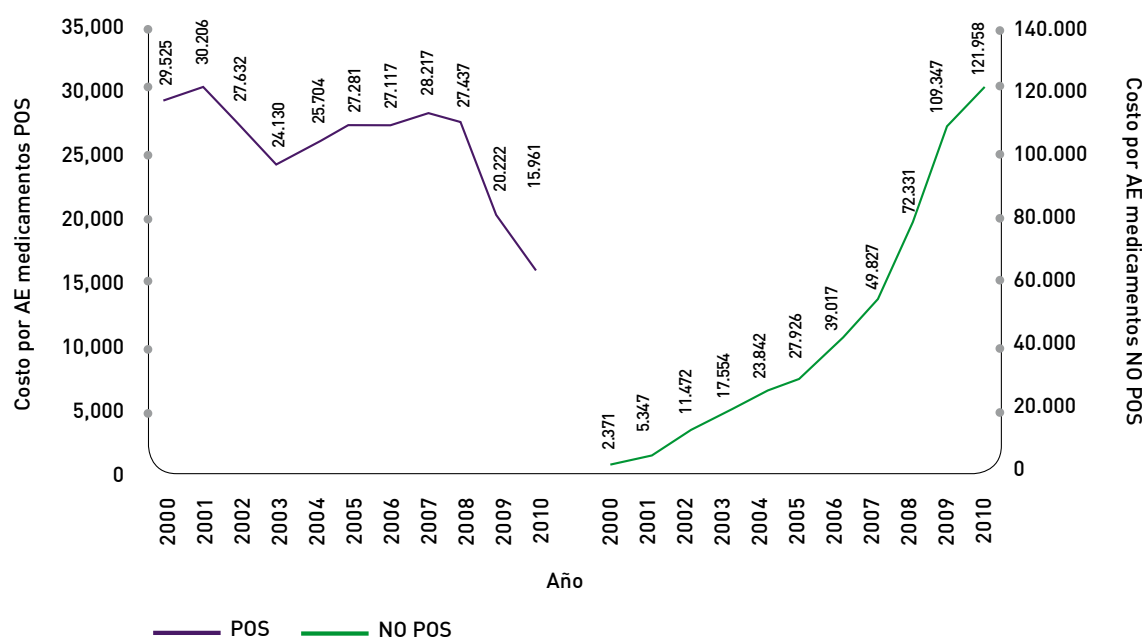
	Grupo Farmacológico	2009		2010		% diferencia 2009-2010	
		Unidades/ afiliado expuesto	Costo/ afiliado expuesto	Unidades/ afiliado expuesto	Costo/ afiliado expuesto	Unidades/ afiliado expuesto	Costo/ afiliado expuesto
POS	Programas especiales	0.5	119	1.1	22	134.4	-81.5
	Antigotosos	0.3	22	0.5	3	79.0	-87.6
	Antihistaminicos	1.2	118	2.3	9	84.8	-92.1
	Antiinfecciosos	3.4	741	5.7	90	69.4	-87.8
	Antiinflamatorios no esteroideos	2.2	115	3.6	6	61.7	-94.6
	Cardiovascular	19.4	1,076	36.3	198	87.0	-81.6
	Gastrointestinal	6.4	855	12.1	168	90.2	-80.3
	Metabolismo	11.8	1,259	22.1	154	87.3	-87.7
	Hormonas y reguladores hormonales	3.0	510	6.0	38	99.9	-92.5
	Organos de los sentidos	0.1	263	0.1	12	82.2	-95.5
	Piel y mucosas	0.3	358	0.4	25	40.5	-92.9
	Respiratorio	0.4	456	0.7	60	88.0	-86.9
	Sangre	4.3	2,961	7.3	5,078	70.8	71.5
	Sistema nervioso central	13.1	2,180	26.1	730	99.0	-66.5
	Vitaminas y minerales	1.2	113	1.9	5	56.3	-95.6
	Hospitalarios (salud en casa)	0.3	1,741	0.5	1,744	59.0	0.2
	Cáncer	0.2	2,835	0.4	2,628	83.4	-7.3
	Sida	1.2	3,058	1.2	2,148	6.2	-29.8
	Otros de uso especializado	0.5	1,442	0.7	2,840	44.3	97.0
NO POS	CTC y Tutelas Otros	1.7	22,728	2.5	26,046	49.9	14.6
	CTC y Tutelas Cáncer	0.4	26,155	0.4	27,343	16.8	4.5
	CTC y Tutelas SIDA	0.1	1,601	0.1	1,348	41.4	-15.8
	CTC y Tutelas Hormona crecimiento	0.0	4,620	0.0	5,080	-38.0	9.9
	CTC y Tutelas Artritis	0.1	14,775	0.1	15,885	17.1	7.5
	CTC y Tutelas Interferon-Inmunoglobulinas	0.0	8,333	0.0	9,046	4.7	8.6
	CTC y Tutelas Trasplantes	0.5	7,592	0.6	7,972	19.5	5.0
	CTC y Tutelas SNC	2.6	12,073	3.3	15,297	26.0	26.7
	CTC y Tutelas Respiratorio	0.2	4,086	0.3	5,053	39.9	23.7
	CTC y Tutelas Cardiovascular	1.2	7,385	1.4	8,888	18.1	20.4
	<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>129,569</b>	<b>138</b>	<b>137,919</b>	<b>80.4</b>	<b>6.4</b>

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2009-2010.



El costo por afiliado de los medicamentos POS ha venido disminuyendo a lo largo de tiempo, en la última década pasó de \$ 29.525 pesos por afiliados expuesto en 2000 a \$ 15,961 pesos en 2010, hecho que podría deberse a la capacidad de SURA en la negociación de tarifas y al aumento de la competencia de genéricos con mejoramiento de precios para las EPS y los consumidores, gráfica 42. Todo lo contrario ocurre en 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, estos tenían un costo por afiliado expuesto de \$ 2.371 pesos en el año 2000 y de \$ 121.958 pesos en 2010. Lo anterior se evidencia en 372 medicamentos que corresponden al 70,04% del costo de medicamentos NO POS de SURA.

**Gráfica 42. Costo por afiliado medicamentos POS y NO POS. POS de EPS SURA 2000-2010**

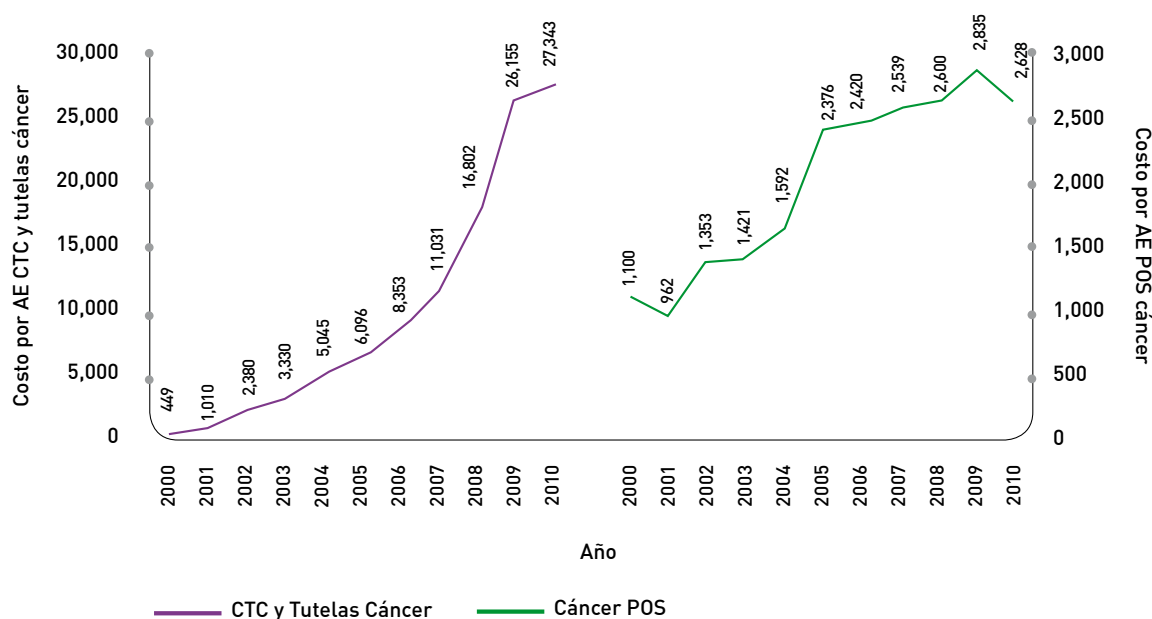


AE: afiliado expuesto.

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2009-2010.

Mientras los medicamentos del POS utilizados en el tratamiento del cáncer, en 2010 tuvieron un costo por afiliado de \$ 2.628 pesos (7,3% menos que en 2009); los NO POS, utilizados para el tratamiento de la misma patología, tuvieron un costo por afiliado de \$ 27.343 pesos (4,5% más que en 2009). Un medicamento NO POS costó 10,4 veces más que uno POS. El incremento registrado en los últimos años en los medicamentos NO POS para el cáncer se debe, entre otros factores, a la utilización de medicamentos relativamente nuevos como: Imatinib, Rituximab, Temozolamida, Sorafenib y Trastuzumab, gráfica 43.

**Gráfica 43. Costo por afiliado medicamentos para el cáncer POS y NO POS. POS de EPS SURA 2000-2010**



AE: afiliado expuesto.

Fuente: Dirección de Estructuración de la Red. EPS SURA. 2009-2010.

Otros medicamentos NO POS de importancia en el costo son los obtenidos con las nuevas tecnologías (DNA recombinante), los cuales cuentan con pocas alternativas genéricas que posibiliten la disminución de su costo, entre ellos se tienen: el Infliximab, Etanercept, Adalimumab); la hormona de crecimiento, los interferones y las inmunoglobulinas.



## 2.7 Insuficiencia renal crónica (IRC)

Actualmente, las enfermedades crónicas constituyen una seria amenaza para la salud de la población en los países industrializados. Sólo hasta hace poco la insuficiencia renal crónica fue considerada un problema de salud, al igual que las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares y el cáncer, y ello se debe en parte a que es una enfermedad que pasa desapercibida en sus fases iniciales y sólo se conoce cuando el paciente se encuentra en estadios muy avanzados en los que ya es necesaria la restitución de la función renal mediante la diálisis o el trasplante. Las enfermedades renales crónicas son una de las principales causas de muerte en el mundo industrializado, no sólo en pacientes en diálisis o con trasplante, cuya evolución en muchos casos es incluso peor que el cáncer avanzado, sino también en aquellos pacientes que no llegan a la diálisis pero presentan proteinuria o una disminución asintomática del filtrado glomerular y en los cuales hay una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares<sup>65</sup>.

La función renal es deteriorada por los mismos factores que afectan el corazón, la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia, y la obesidad, entre otros, todos ellos modificables. Por esta razón, la falta de prevención y de tratamiento en las etapas iniciales de la enfermedad, hará imposible afrontar el elevado costo que supone el tratamiento de la enfermedad renal en estadios avanzados.

---

65. De Francisco A, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. *Nefrología* 2009;29(1):6-9. [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&d\\_op=&idarticulo=223&idlangart=ES&preparoducccion=](http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&d_op=&idarticulo=223&idlangart=ES&preparoducccion=)



De acuerdo a las estadísticas de la encuesta realizada entre 2003-2006, por The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), programa de estudios que investiga la salud y el estado nutricional de adultos y niños en los EE.UU.; en los participantes de 20 o más años, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en los diferentes estadíos fue de: 4,1% estadío 1; 3,2% estadío 2; 6,5% estadío 3; y 0,6% estadíos 4-5<sup>66</sup>. Según estadísticas de 2008, en la población de Medicare, con edad de 65 y más años y diagnóstico de ERC, la mortalidad fue de 96,1 por 1000 pacientes en riesgo; entre las comorbilidades se encontraron: diabetes en el 48,4%, hipertensión 91,4%, anemia 51,8% y cáncer el 18,8%; estos pacientes tuvieron ese año un costo de US\$ 203 billones de dólares<sup>67</sup>.

El estudio australiano sobre la diabetes, obesidad y estilo de vida (Ausdiar), encontró que un 11,2% de los participantes tenían una alteración de la función renal significativa (GFR < 60ml/min) y un 2,4% tenían proteinuria<sup>68</sup>.

En 2007, más de 45.000 personas en España<sup>69</sup>; cerca de 1000 por millón de habitantes, estaban en tratamiento renal sustitutivo, cifra que se estima será casi el doble en los próximos 10 años debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento en la prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus y la obesidad. A pesar de que la incidencia de ERC viene estabilizándose en los países desarrollados, la prevalencia de pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de la función renal, bien sea diálisis o trasplante renal, continúa avanzando, en 2005 la prevalencia alcanzada en Japón, Taiwan y EE.UU, osciló entre 1.500 y 1.900 pacientes por millón de habitantes<sup>70</sup>, tasas que pueden desequilibrar los sistemas de salud de algunos países en el futuro.

En Latinoamérica, la frecuencia de enfermedad renal tiene una amplia variabilidad. Países como Puerto Rico y Uruguay registran las mayores prevalencias, gráfica 44; países como Chile, Argentina y México tienen tasas que fluctúan entre los 350 y 650 casos por millón de habitantes (pmp); países como Venezuela, Colombia, Perú, Paraguay y Ecuador, tienen prevalencias entre 100 y 300 y países como Costa Rica, El Salvador y Nicaragua, tasas menores de 100 casos por millón de habitantes. Al comparar estas cifras con las de países como Japón con 1.642 pmp y Estados Unidos con 1.403 pmp, se encuentra que en los países latinoamericanos las prevalencias son mucho menores.

---

66. USRDS.ORG [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.usrds.org/2010/ADR\\_booklet\\_2010\\_lowres.pdf](http://www.usrds.org/2010/ADR_booklet_2010_lowres.pdf)=

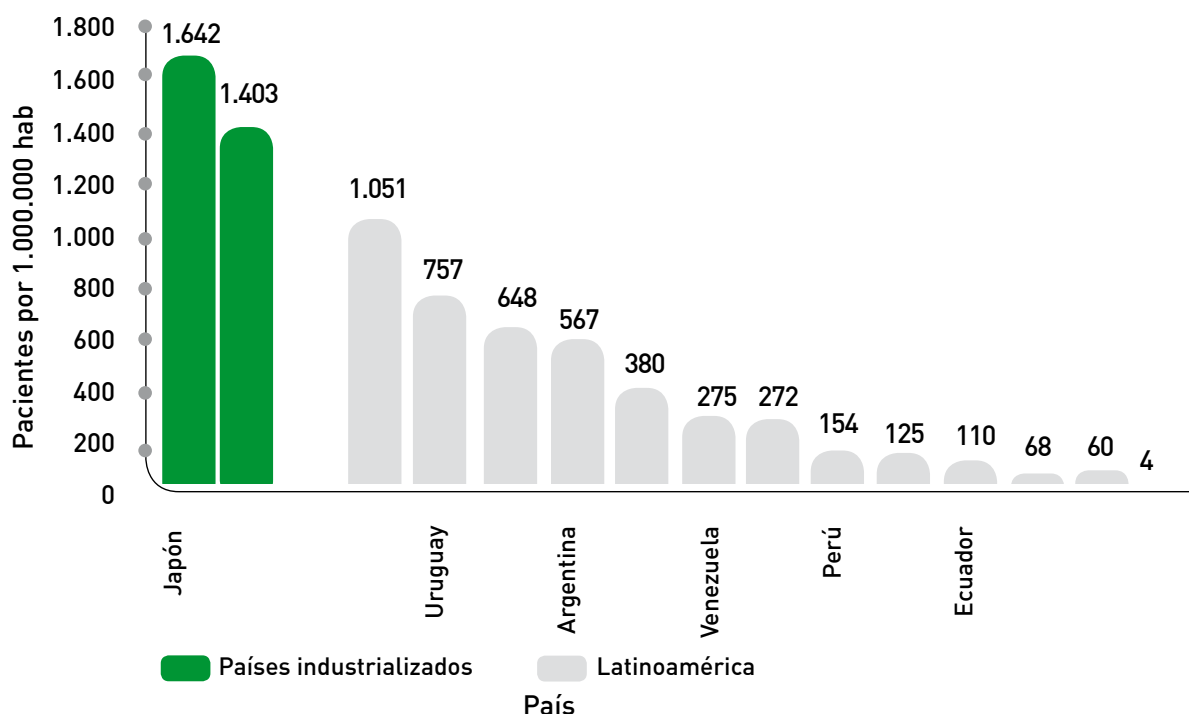
67. USRDS.ORG [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.usrds.org/2010/ADR\\_booklet\\_2010\\_lowres.pdf](http://www.usrds.org/2010/ADR_booklet_2010_lowres.pdf)=

68. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Dunstan DW, Welborn TA, Zimmet PZ, Atkins Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. J Am Soc Nephrol. 1;14(7 Suppl 2):S131-8; 2003

69. Registros de la Sociedad Española de Nefrología. [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: <http://www.senefro.org/>

70. Annual Data Report 2007 de Unites States Renal Data System. [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.usrds.org/adr.htm>

**Gráfica 44.** Prevalencia comparada de pacientes con tratamiento de diálisis, entre países industrializados y Latinoamérica



**Prevalencia:** pacientes en diálisis por millón de habitantes.

**Fuente:** Modelos de Salud Renal en Latinoamérica. Desarrollo de Programas Nacionales de Salud Renal<sup>71</sup>.



En Colombia, las estadísticas sobre la enfermedad renal crónica se comenzaron a generar hace pocos años. La implementación de la Ley 100 de 1993 mejoró la cobertura de las terapias de reemplazo renal aumentando la prevalencia, la cual pasó de 127,0 pacientes por millón habitantes en 1993 a 294,6 en diciembre de 2004<sup>72</sup>. Según reporte de las EPS al Ministerio de la Protección Social, 11.239 afiliados al régimen contributivo reciben tratamiento de diálisis, sin embargo, se cree que existe un subregistro en la información y que según las proyecciones se podría estar hablando de 16.000 afiliados en los últimos años.

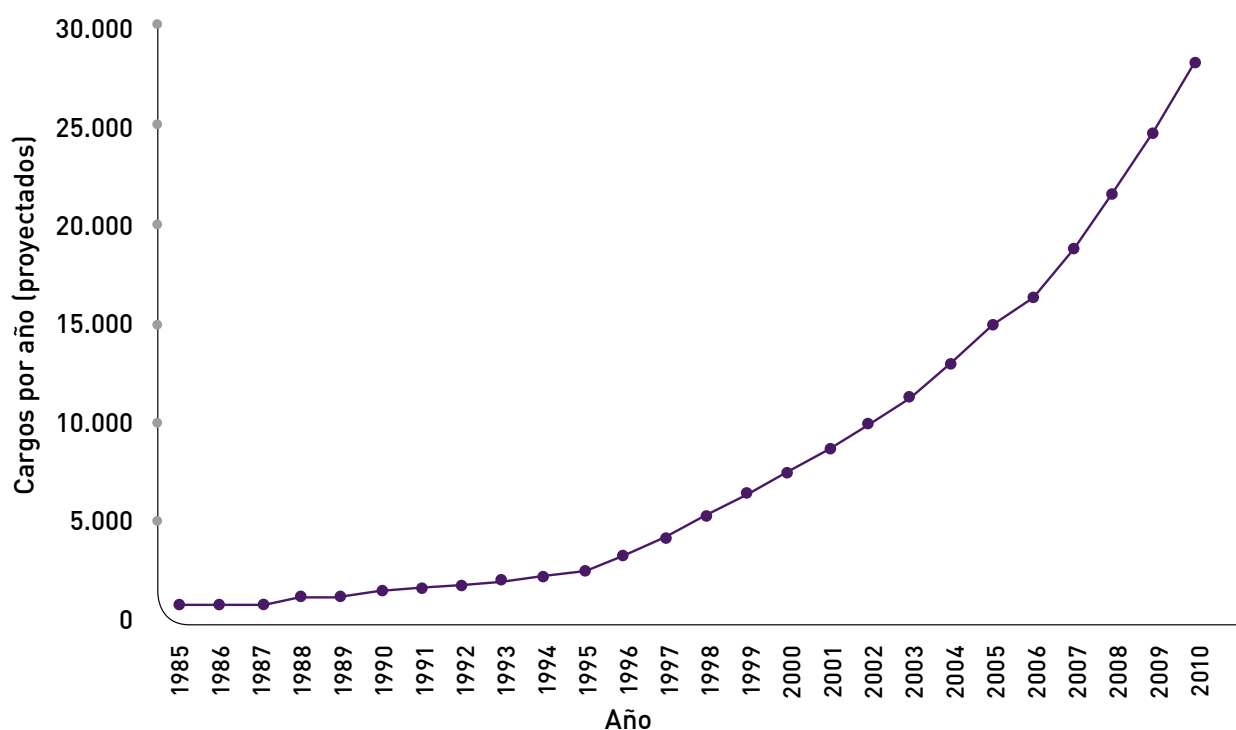
En Colombia las cifras de IRC son alarmantes, revelando por qué algunos reaseguradores se fueron del país hace varios años<sup>73</sup>, gráfica 45.

71. Annual Data Report 2007 de Unites States Renal Data System. [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.usrds.org/adr.htm>

72. Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Bolet%C3%ADn%20de%20prensa%20-%20GU%C3%8DAS%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA.pdf>

73. Gómez Vélez C. El peso de la insuficiencia renal crónica en el sistema de salud. [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/feb05/general/general-11.htm>

**Gráfica 45. 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. Las cifras de 2000 a 2004 aunque fueron proyectadas, coinciden con lo reportado hasta ahora por el ISS y el Ministerio de la Protección Social. Tomado de: Gómez Vélez C. El peso de la insuficiencia renal crónica en el sistema de salud<sup>74</sup>.



La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes tipo II, con el 30% cada una, son las principales causas de enfermedad renal en Colombia<sup>75</sup>.

La diabetes es la principal causa de insuficiencia renal en el mundo desarrollado y representa aproximadamente entre un 35-40% de los casos nuevos de insuficiencia renal cada año. Alrededor de un 50% de las personas con diabetes tipo 1 desarrolla microalbuminuria, a lo largo de la vida, siendo esta un indicador de deterioro de la función renal<sup>76</sup>.

La HTA puede ser causa y consecuencia del daño renal y puede acelerar la evolución de las enfermedades renales. La HTA es la segunda causa directa de entrada en programas de diálisis en Estados Unidos según datos del United States Registry Data System (USRDS). La diabetes, HTA y glomerulonefritis crónica, son las causas más frecuentes de insuficiencia renal crónica terminal<sup>77</sup>.

74. Gómez Vélez C. El peso de la insuficiencia renal crónica en el sistema de salud. [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: <http://www.periodicoel-pulso.com/html/feb05/general/general-11.htm>

75. Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Bolet%C3%ADn%20de%20prensa%20-%20GU%C3%8DAS%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA.pdf>

76. Nefropatía diabética. [acceso 20 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.nefronet.com/doc.php?op=leer&id=2718>

77. Arteaga JM. Hipertensión arterial e insuficiencia renal. Servicio de Nefrología. Hospital de Navarra. Pamplona Anales. Vol. 1, Suplemento 1. [acceso 20 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple7a.html>

Cuando el paciente comienza a presentar insuficiencia renal, la prevalencia de hipertensión es del 55%, siendo de 85-95% en los pacientes que inician diálisis. Además, cuando se analizan los factores de riesgo vascular en los pacientes hipertensos, se observa que la insuficiencia renal es el factor más frecuente, apareciendo en el 32% de los casos<sup>78</sup>.

### 2.7.1 Costo de la insuficiencia renal crónica

La importancia de ERC radica en los extraordinarios costos que origina. En los EE.UU. se gastan entre 50 mil y 70 mil dólares por año/paciente, cifra que depende de la comorbilidad que presente el paciente y la modalidad de tratamiento empleada<sup>79</sup>. Según estadísticas de NHANES, 2008, la población de Medicare, con edad de 65 y más años y diagnóstico de ERC, tuvieron ese año un costo de US\$ 203 billones de dólares<sup>80</sup>.

Se estima que en países como España hay cerca de 32.000 personas sometidas a diálisis con una supervivencia de 34% a los cinco años y de 12% a los 10 años. Los costos directos del tratamiento de la IRC superan al año los 800 millones de euros<sup>81</sup>.

Se calcula que en Colombia, en los últimos años, el manejo de la enfermedad renal crónica ha significado aproximadamente el 2% del gasto en salud del país y el 4% del gasto en seguridad social en salud<sup>82</sup>. El costo de la atención en programas de diálisis llegó a \$ 450.000 millones de pesos en 2004<sup>83</sup>.

Según la Asociación Colombiana de Nefrología, si continúa el ritmo de crecimiento de la ERC observado en los últimos años, en 2010, la cifra podría llegar a más de 28.000 pacientes, los cuales tendrían un costo de tratamiento de aproximadamente \$ 840.000 millones de pesos. Sin embargo, ellos estipulan que: si la prevención aumenta, si la enfermedad se detecta en estadíos tempranos y si los tratamientos se optimizan, el crecimiento podría disminuir su ritmo, la calidad de vida de los pacientes aumentaría y los costos podrían llegar a ser de \$ 499.000 millones de pesos (41% menos del valor estimado)<sup>84</sup>.

### 2.7.2 Programa de protección renal de 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.

---

78. Primer Encuentro Autonómico entre Atención Primaria y Nefrología. Valencia. España. [acceso 20 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.solociencia.com/noticias/0505/30094733.htm>

79. ESRD Annual report. X. The economic cost of ESRD and Medicare spending for alternative modalities of treatment. Am J Kidney Dis 1999;34(2 Suppl 1):S124-S139.

80. USRDS.ORG [acceso 30 julio de 2011]. Disponible en: [http://www.usrds.org/2010/ADR\\_booklet\\_2010\\_lowres.pdf](http://www.usrds.org/2010/ADR_booklet_2010_lowres.pdf)

81. Se pone en marcha el primer estudio para conocer la epidemiología de la insuficiencia renal crónica en España. [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.amgen.es/doc3.php?op=noticias2&id=22&ap=noticias>

82. Informe de la Asociación Colombiana de Nefrología y el Ministerio de la Protección Social. [acceso mayo 2 de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6283.PDF>

83. Informe de la Asociación Colombiana de Nefrología y el Ministerio de la Protección Social. [acceso mayo 2 de 2008]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6283.PDF>

84. Guías de práctica clínica y los modelos de gestión de VIH/sida y ERC. [acceso 2 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Bolet%C3%ADn%20de%20prensa%20-%20GU%C3%8DAS%20DE%20PR%C3%81CTICA%20CL%C3%8DNICA.pdf>

Las prevalencias e incidencias por cada 100 afiliados expuestos (AE), en los afiliados al POS de SURA inscritos en el PPR, periodo 2005-2010, aparece en la gráfica 46.

El comportamiento de la mayoría de las tasas de incidencia registradas durante el periodo analizado, muestran una tendencia negativa (a disminuir), ésto 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.

Gráfica 46. Tasas por estadio. Programa de Protección Renal. POS de EPS SURA 2005-2010



Fuente: Sistema de marcación de pacientes Risc. 2005-2010.



A diciembre de 2010 se tenían 11.215 pacientes en el PPR, aumento del 14,1% referente al año 2009, año en el que había 9.915 pacientes. El 75,7% de los pacientes se encontraban concentrados en los estadios dos y tres, distribuidos así: el 31,5% en el estadio dos (32,4% en 2009) y 44,2% en el estadio tres (43,2% en 2009). En el estadio cuatro, grado inmediatamente anterior al inicio de las terapias de reemplazo renal, se encontraban el 6,5% de los pacientes (6,3% en 2009), cuadro 62.

En el cuadro 62 se pueden apreciar los pacientes por estadio (del uno al cinco), por regional y clase de IPS. De acuerdo a la distribución de los pacientes se puede decir que, la regional Centro continúa siendo la regional donde se captan la mayor proporción de los pacientes en los estadios iniciales de la enfermedad, 89,9% en estadios uno a tres, 3,7% en estadio cuatro y 5,9% en el cinco; y en la regional Occidente donde se captan en estadios más avanzados, 84,2% en estadios del uno al tres, 6,1% en el cuatro y 8,4% en el estadio cinco.

**Cuadro 62.** Distribución de pacientes por tipo estadio y clase de IPS. Programa de Protección Renal. POS de EPS SURA. 2010

Regional	Clase IPS	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	Estadio 5	Total pacientes	% por IPS	% por regional
Antioquia-EC	Adscrita	10.4%	33.2%	48.2%	7.2%	0.8%	1,859	22.1%	
	COMFAMA	10.5%	32.8%	48.4%	7.2%	0.6%	2,956	35.2%	
	Punto de Salud	8.0%	27.4%	42.1%	6.3%	15.5%	3,533	42.0%	
	SD	3.5%	24.6%	40.4%	17.5%	3.5%	57	0.7%	
	<b>Total Antioquia EC</b>	<b>9.4%</b>	<b>30.6%</b>	<b>45.7%</b>	<b>6.9%</b>	<b>6.9%</b>	<b>8,405</b>	<b>100.0%</b>	<b>74.3%</b>
Centro	Adscrita	16.6%	36.9%	39.2%	5.6%	1.0%	301	20.2%	
	Punto de Salud	18.1%	41.9%	29.1%	3.1%	7.2%	1,178	79.1%	
	SD	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10	0.7%	
	<b>Total Centro</b>	<b>17.8%</b>	<b>40.8%</b>	<b>31.3%</b>	<b>3.7%</b>	<b>5.9%</b>	<b>1,489</b>	<b>100.0%</b>	<b>13.2%</b>
Norte	Adscrita	4.3%	52.2%	34.8%	4.3%	4.3%	23	3.9%	
	Punto de Salud	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	563	96.1%	
	<b>Total Norte</b>	<b>7.0%</b>	<b>16.8%</b>	<b>60.8%</b>	<b>8.0%</b>	<b>6.1%</b>	<b>586</b>	<b>100.0%</b>	<b>5.2%</b>
Occidente	Adscrita	0.0%	22.2%	50.0%	27.8%	0.0%	18	2.2%	
	Punto de Salud	8.9%	26.3%	49.3%	5.6%	8.6%	817	96.0%	
	<b>Total Occidente</b>	<b>8.7%</b>	<b>26.2%</b>	<b>49.3%</b>	<b>6.1%</b>	<b>8.4%</b>	<b>835</b>	<b>100.0%</b>	<b>7.4%</b>
<b>Total General</b>		<b>9.4%</b>	<b>31.2%</b>	<b>51.0%</b>	<b>7.9%</b>	<b>0.8%</b>	<b>11,315</b>		<b>100.0%</b>

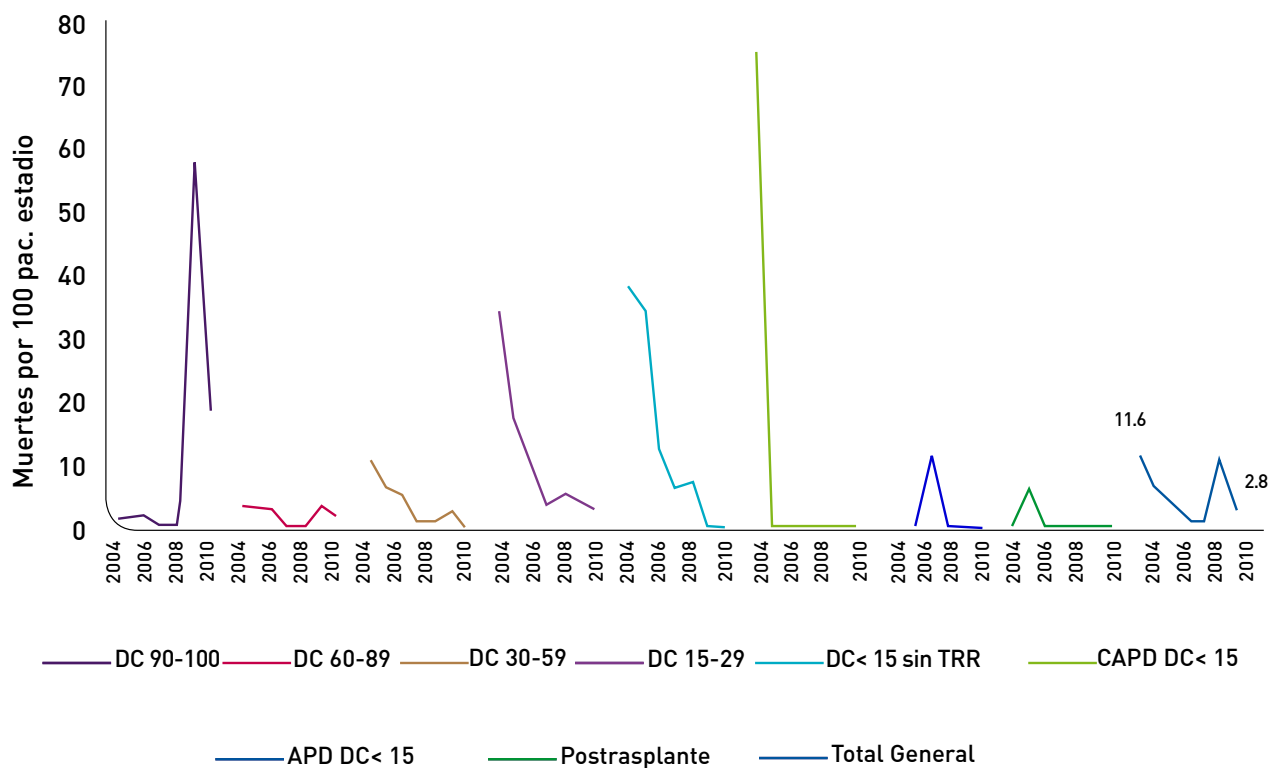
Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2010.



En la gráfica 47, se encuentra la información sobre el número de muertes<sup>85</sup> por cada 100 pacientes del estadio, de los afiliados inscritos en el Programa de Protección Renal de SURA. En 2010, por cada 100 pacientes de un estadio inscritos en el PPR fallecieron cerca de tres; este indicador viene descendiendo con el paso de los años y pasó de 12 muertes 2004 a 3 en 2010, esto quiere decir que por cada 4 muertes registrada en 2004 se presentó una en 2010.

85. Muertes por todas las causas.

Gráfica 47. Mortalidad\* en pacientes con insuficiencia renal. Programa de Protección Renal. POS de EPS SURA 2010



**Nota:** muertes por todas las causas.  
**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2004-2010.

Los indicadores del Programa de Protección Renal de SURA, mencionados anteriormente, 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 la 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 de EPS SURA





# Mortalidad

La mortalidad es la condición de ser mortal o de ser susceptible a la muerte. Ella se ve afectada por el nivel de vida y el nivel educativo de una población. Hoy en día, los índices de mortalidad son elevados, en los países de menos recursos, donde se presentan más enfermedades, hay débil estructura sanitaria, poca higiene y mala alimentación y, son mínimos, en los países desarrollados donde hay más tecnología y mayor bienestar social. Aunque la mortalidad presenta diferencias importantes entre las regiones, también lo hace por sexo y edad, por tal motivo es fundamental analizar, no sólo su patrón general, sino su comportamiento en grupos individuales, al igual que sus principales causas de defunción.

Las defunciones son uno de los principales elementos involucrados en la dinámica de una población. Los datos de mortalidad permiten evaluar el riesgo de muerte y la repercusión de las enfermedades en la salud, la gravedad de éstas y la sobrevivencia de la población. Por lo anterior, la mortalidad es un insumo esencial en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública y, la programación y evaluación de programas y políticas de salud.

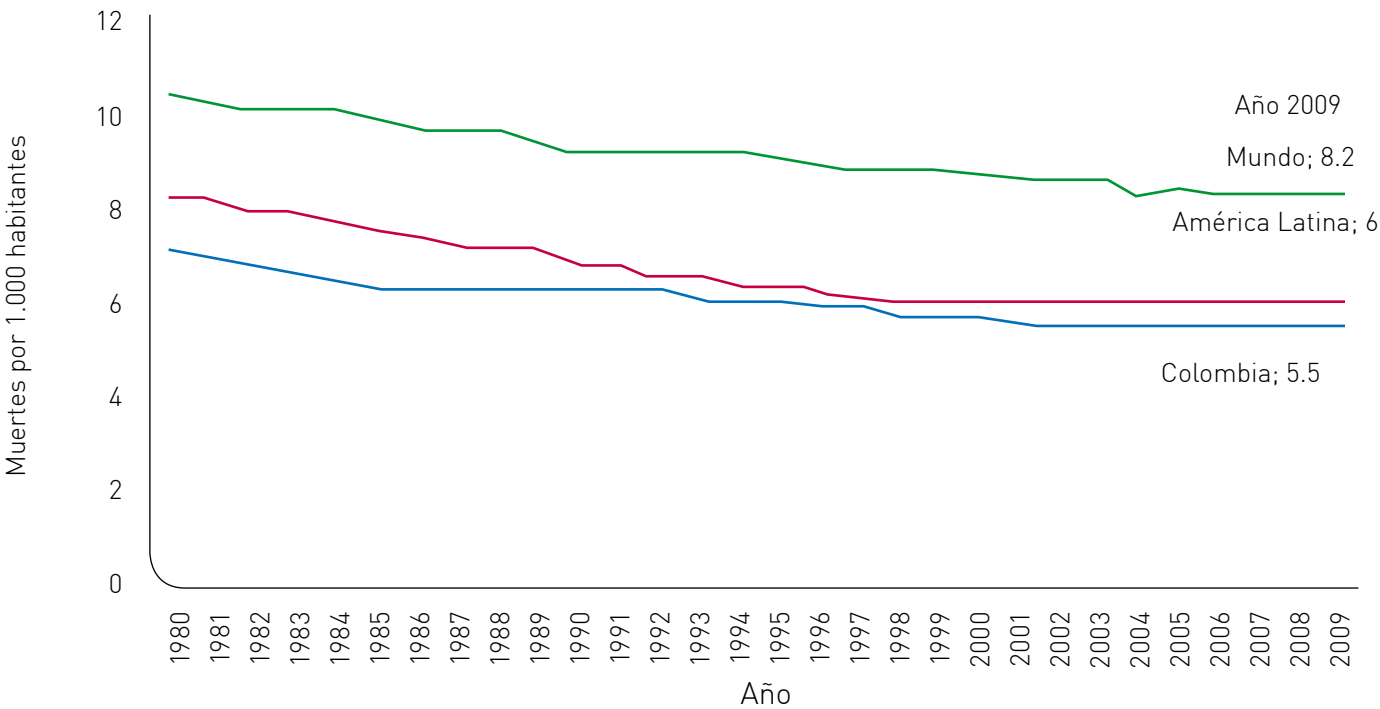
Este capítulo hace referencia a la mortalidad en los afiliados al POS de la EPS SURA y está basado en la observación de las defunciones ocurridas en 2010.

# 3.1 Mortalidad general

Desde el punto de vista demográfico, la mortalidad es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas en un lugar y durante un periodo de tiempo determinado, por lo general un año, y la población total en ese lugar a mitad de año<sup>1</sup>. Uno de los indicadores utilizados para estimarla es la tasa bruta de mortalidad, la cual indica el número de defunciones por cada 1.000 habitantes de una población en un año determinado. Esta tasa se suele expresar en tanto por ciento o tanto por mil. Ella depende de la estructura de la población por edades (es mayor en países con población envejecida) y, de factores ambientales, sanitarios y estilos de vida. De acuerdo a los parámetros existentes, se consideraría tasa de mortalidad alta, aquella superior al 30% de la población; mediana, entre el 15 y el 30% y baja, la inferior al 15%<sup>2</sup>.

Durante miles de años, la mortalidad fue muy elevada en todo el mundo, lo que hizo que el crecimiento de la población fuera muy lento. Sin embargo, a partir de la Revolución Industrial, comienza el descenso progresivo de esta tasa en los países actualmente desarrollados, descenso que se generalizó en los países subdesarrollados a mediados del siglo XX, cuando mejoraron sustancialmente los niveles de asistencia médica, se ampliaron los servicios de saneamiento ambiental, se disminuyeron las enfermedades endémicas, y se elevaron los niveles de calidad de vida, gráfica 48.

Gráfica 48. Tasa Bruta de Mortalidad, el mundo, América Latina y El Caribe, Colombia. 1980-2009



Fuente: Tasa de mortalidad. Indicadores del desarrollo mundial<sup>3</sup>.

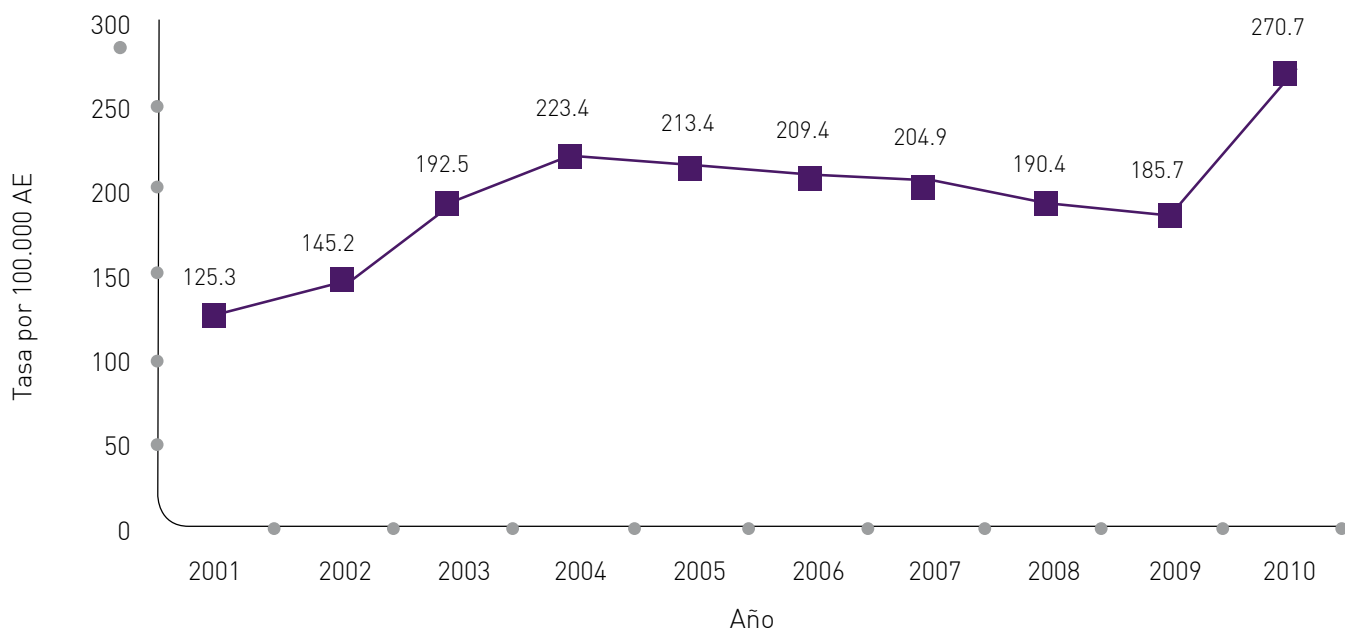


1. Tasa de mortalidad en un año. acceso 23 de junio de 2011]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>.  
2. Tasa bruta de mortalidad en un año. acceso 23 de junio de 2011]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Tasa\\_bruta\\_de\\_mortalidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Tasa_bruta_de_mortalidad).  
3. Tasa de mortalidad. Indicadores del desarrollo mundial [acceso 25 de junio de 2011]. Disponible en : <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>

En Colombia, el descenso de la tasa de mortalidad comenzó en la década de los treinta, hecho que se debió a la ampliación de la asistencia médica y de los servicios de saneamiento ambiental, a la eliminación de enfermedades endémicas, y a la elevación de los niveles de calidad de vida, factores que han permitido bajar la tasa bruta de mortalidad de 2.240 muertes por cada 100.000 individuos (22,4 por mil) en 1938 a 524 (5,24 por mil) en 2010<sup>4</sup>.

En los afiliados a la EPS SURA, 2010, se presentaron 3.297 muertes y, la tasa bruta de mortalidad fue de 270,7 muertes por 100.000 afiliados expuestos (2,7 por mil). En la gráfica 49 se puede apreciar el incremento registrado en la tasa en el último año, cifra que, aunque se considera menor que el estimado para Colombia en el mismo periodo (5,24 por mil habitantes)<sup>5</sup>, es inquietante. Una de las posibles razones para dicho incremento pudo ser el cambio de fuente de información, ya que, las anteriores fuentes presentaban un subregistro del número de defunciones. Además, se debe recordar que, este indicador se ve afectado por la estructura de la población por edades, muestra eventualmente aumentos, a pesar del continuo descenso de la mortalidad en los grupos de edades; y que, una disminución en la tasa de fecundidad resulta en un envejecimiento de la población, fenómeno que se viene dando en la población afiliada a la EPS en los últimos años.

**Gráfica 49. Tasa Bruta de Mortalidad. POS de EPS SURA 2001-2010**



**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA. 2001-2010. **EAE:** afiliados expuestos.

En el cuadro 63, se halla la información de la tasa bruta de mortalidad por municipio, donde opera la EPS SURA, las mayores tasas se presentaron en: Buga (registró una mortalidad mayor que la de Colombia), Yarumal, Medellín, Don Matías, Rionegro, Cali, Madrid, Barranquilla, Envigado, Itagüí y Chía. Por regional la tasa más alta la registró la Regional Antioquia EC y la más baja la regional Centro.

4. Colombia Tasa de mortalidad, [acceso 25 de junio de 2011]. Disponible en [http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa\\_de\\_mortalidad.html](http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa_de_mortalidad.html).  
 5. Colombia Tasa de mortalidad, [acceso 25 de junio de 2011]. Disponible en [http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa\\_de\\_mortalidad.html](http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa_de_mortalidad.html)

**Cuadro 63. Tasa Bruta de Mortalidad por municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	No. Fallecidos	Población expuesta	TBM Total
Antioquia EC	2,577	879,737	292.9
Apartado	2	3,618	55.3
Bello	110	73,588	149.5
Caldas	50	30,927	161.7
Copacabana	17	13,656	124.5
Don Matías	12	3,904	307.4
Envigado	87	42,298	205.7
Girardota	16	14,106	113.4
Guarne	3	1,733	173.1
Itagüí	180	87,664	205.3
La Ceja	22	12,246	179.7
Marinilla	5	3,183	157.1
Medellín	1,896	518,159	365.9
Rionegro	95	34,620	274.4
Sabaneta	27	13,640	197.9
Yarumal	6	1,251	479.5
Armenia	1	2,610	38.3
Manizales	22	11,935	184.3
Pereira	13	7,308	177.9
Centro	326	171,750	189.8
Bogotá	269	142,975	188.1
Bucaramanga	20	12,483	160.2
Chía	7	3,375	207.4
Madrid	6	2,466	243.4
Zipaquirá	14	8,867	157.9
Norte	197	95,059	207.2
Barranquilla	180	74,892	240.3
Cartagena	16	12,460	128.4
Soledad	1	7,702	13.0
Occidente	185	71,337	259.3
Buga	12	1,570	764.4
Cali	167	67,450	247.6
Palmira	6	1,562	384.0
Total	3,297	1,217,884	270.7

**TBM:** Tasa Bruta de Mortalidad por cien mil afiliados expuestos.

**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### 3.2 Tasa de mortalidad específica

La tasa de mortalidad específica señala cuántas personas mueren, en un periodo de tiempo, por una causa concreta de muerte: diagnóstico, sexo, edad, etc. La intensidad de la mortalidad hace que la tasa pueda expresarse por mil, diez mil o hasta por cien mil habitantes.

#### 3.2.1 Tasa de mortalidad específica por causa de muerte

El orden que ocupe la causa de muerte, cuando la clasificación se hace por frecuencia, dependen de las categorías utilizadas, entre más amplia la categoría, más probabilidad hay de que se encuentren entre las principales causas de muerte.

La obra The global burden of disease: 2004 update, publicada en 2008, estimó que en 2004 se produjeron 59 millones de defunciones. De estas, 35 millones (59,3%) fueron el resultado de causas que encajaban en la categoría general de enfermedades no transmisibles; por otro lado, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, causaron 18 millones de defunciones (30,5%) y; las causas externas y los traumatismos, 6 millones de defunciones (10,2%<sup>6</sup>). Al desglosar estas categorías se encontró que, en el mundo, las principales causas de muerte fueron, cuadro 64:

**Cuadro 64. Principales causas de muerte en el mundo 2004**

Orden	Capítulo CIE-10	Causa	No. estimado de muertes (en millones)	Porcentaje del total de muertes
1	Cardiovascular	Cardiopatía isquémica	7.2	12.2
2		Afección cerebrovascular	5.7	9.7
4		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.0	5.1
3	Respiratorio	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4.2	7.1
5	Infecciosas	Enfermedades diarreicas	2.2	3.7
6		VIH/Sida	2.0	3.5
7		Tuberculosis	1.5	2.5
8	Tumores	Cánceres de traquea, bronquios o pulmón	1.3	2.3
9	Traumatismos	Traumatismos por accidentes de tráfico	1.3	2.2
10	Perinatales	Prematuridad y peso bajo al nacer	1.2	2.0
11		Infecciones neonatales	1.1	1.9
12	Endocrinas	Diabetes mellitus	1.1	1.9

\* Esta categoría también incluye otras causas no infecciosas que se presentan en el periodo perinatal, aparte de la prematuridad, el peso bajo al nacer, los traumatismos del parto y la asfixia. Causas no infecciosas que producen aproximadamente un 20% de las defunciones de esta categoría.

Fuente: Global Burden of Disease: 2004 update.



Debido a la desigualdad a nivel regional y territorial, Colombia enfrenta importantes retos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los cuales están: reducir la mortalidad materna, la infantil (en menores de un año) y la de la niñez (en menores de cinco años). Por eso, deberá incrementar los esfuerzos para focalizar las regiones, territorios y poblaciones más vulnerables, con el fin de reducir la pobreza y crear oportunidades de desarrollo equitativas para toda la población.

Las principales causas de mortalidad para Colombia en 2007<sup>7</sup> fueron, cuadro 65:

- Enfermedades crónicas: las enfermedades del aparato circulatorio, con 131,1 muertes por 100.000 habitantes; la diabetes mellitus en personas de 45 y más años, con 38,8; la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mayores de 35 años, con 4,4 muertes por 100.000 habitantes, entre otras.
- Neoplasias malignas: neoplasias malignas de órganos digestivos y peritoneo en personas de 45 y más años, con 60,6 muertes por 100.000 habitantes; neoplasias malignas de pulmón, tráquea y bronquios en personas de 45 y más años, con 20,8 muertes por 100.000 habitantes.
- Causas violentas: homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente, con 42,4 muertes por 100.000 habitantes; accidentes de transporte, con 15,3; accidentes excluidos transporte, con 10,6 muertes por 100.000 habitantes.
- Enfermedades transmisibles: mortalidad por Sida, con 5,7 muertes por 100.000 habitantes; mortalidad por tuberculosis, con 2,5 muertes por 100.000 habitantes, entre otras.

---

7. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básico 2009. pág.8.

**Cuadro 65. Principales causas de muerte. Colombia 2007**

Causa de muerte	
Mortalidad por enfermedades crónicas	
	Tasa
Enfermedades del aparato circulatorio	131.1
Enfermedad isquémica del corazón en personas de 45 y más años	148.9
Enfermedad cerebrovascular en personas de 45 y más años	75.5
Diabetes mellitus en personas de 45 y más años	38.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado en mayores de 35 años	4.4
Mortalidad por neoplasias (tumores)	
	Tasa
Neoplasias de todo tipo	76.3
Neoplasias malignas	73.4
Neoplasias malignas de pulmón, tráquea y bronquios en personas de 45 y más años	20.8
Neoplasias malignas de órganos digestivos y peritoneo en personas de 45 y más años	60.6
Neoplasias malignas de útero en mujeres de 35 y más años	8.5
Neoplasias malignas de mama en mujeres de 35 y más años	9.1
Mortalidad por causas violentas	
	Tasa
Mortalidad por todas las causas externas	77.8
Homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente	42.4
Accidentes de transporte	15.3
Accidentes excluidos transporte	10.6
Suicidios y lesiones autoinflingidas	5.0
Mortalidad por enfermedades transmisibles	
	Tasa
Mortalidad por enfermedades transmisibles	31.7
Sida	5.7
Tuberculosis	2.5
Dengue	0.4
Difteria, Tos ferina y Tétanos en menores de 5 años	0.2

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009.



En los afiliados a EPS SURA, 2010, las principales causas de muerte fueron las mismas que las registradas en los años anteriores esto es: los tumores causaron el 23,5% de todas las muertes; las enfermedades del aparato circulatorio el 15,3% y las del aparato respiratorio el 11,8 % de todas las muertes en los afiliados, cuadro 66. Se debe mencionar el incremento que se dio en la proporción de muertes cuya causa fue síntomas y signos anormales, pasó de 21,9% a 25,3%, lo cual quiere decir que aumentó la proporción de registros en los cuales fue mal diligenciada esta información<sup>9</sup>.

9. Para establecer las causas de muerte en los afiliados al POS de EPS SURA se tuvieron en cuenta las siguientes fuentes de información: los egresos hospitalarios, Salud en Casa, los reportes de notarias y los de empleadores. Se sigue trabajando para mejorando el subregistro y la calidad de la información sobre la causa de muerte, pero hay problemas para detectar las muertes de los afiliados beneficiarios ocurridas por fuera de la red de instituciones de EPS SURA.



**Cuadro 66.** Principales causas de muerte. POS de EPS SURA 2008-2010

Grupo de causas de muerte	Año		
	2008	2009	2010
Síntomas, signos anormales	26.5%	21.9%	25.3%
Tumores	17.9%	24.0%	23.5%
Circulatorio	15.3%	16.5%	15.3%
Respiratorio	13.5%	12.0%	11.8%
Infecciosas	5.0%	6.9%	5.8%
Digestivo	3.9%	4.5%	3.5%
Traumatismos	4.8%	3.3%	3.1%
Genitourinario		3.6%	2.9%
Otras	13.0%	7.4%	11.7%
<b>Total defunciones</b>	<b>2,320</b>	<b>2,108</b>	<b>3,297</b>

Nota: no se calcularon las tasas de mortalidad por patología debido al gran número de registros (25%) en donde la causa fue mal registrada y quedó clasificada como muerte por síntomas y signos anormales.

**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2008-2010.



La distribución porcentual de las principales causas de muerte por municipio, se aprecia en el cuadro 67, allí se encontró que la mayor proporción de muertes por tumores se registró en los municipios de: Don Matías, Rionegro, Medellín, Chía, Sabaneta, Bucaramanga, Manizales, Pereira y Bogotá y; por enfermedades del sistema cardiovascular en: Guarne, Apartadó, Marinilla, Yarumal y Palmira, entre otros.



**Cuadro 67. Principales causas de muerte por municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Tumores	Circulatorio	Respiratorio	Infecciosas	Digestivo	Trauma	Genito- urinario	%Total principales causas	Total fallecidos
<b>Antioquia EC</b>	<b>25%</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>67%</b>	<b>2,577</b>
Apartado	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	2
Bello	16%	14%	12%	5%	3%	7%	1%	58%	110
Caldas	16%	18%	14%	6%	2%	0%	4%	60%	50
Copacabana	6%	18%	6%	12%	0%	18%	0%	59%	17
Don Matías	42%	17%	8%	0%	0%	8%	8%	83%	12
Envigado	13%	17%	13%	3%	6%	3%	3%	59%	87
Girardota	13%	13%	6%	0%	13%	6%	0%	50%	16
Guarne	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	67%	3
Itaguí	16%	19%	8%	5%	5%	3%	3%	59%	180
La Ceja	14%	14%	0%	9%	5%	5%	0%	45%	22
Marinilla	0%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	5
Medellín	28%	14%	11%	7%	3%	3%	3%	68%	1,909
Rionegro	29%	15%	9%	3%	5%	4%	4%	71%	95
Sabaneta	26%	11%	15%	7%	0%	7%	4%	70%	27
Yarumal	17%	33%	0%	0%	0%	17%	0%	67%	6
Armenia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Manizales	23%	18%	14%	0%	5%	0%	0%	59%	22
Pereira	23%	15%	15%	8%	8%	0%	8%	77%	13
<b>Centro</b>	<b>20%</b>	<b>16%</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>64%</b>	<b>326</b>
Bogotá	19%	16%	14%	5%	3%	4%	2%	63%	279
Bucaramanga	25%	15%	20%	0%	5%	0%	5%	70%	20
Chía	29%	29%	14%	0%	0%	0%	0%	71%	7
Madrid	17%	0%	17%	17%	0%	0%	0%	50%	6
Zipaquirá	14%	14%	29%	0%	7%	0%	0%	64%	14
<b>Norte</b>	<b>14%</b>	<b>20%</b>	<b>11%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>	<b>64%</b>	<b>197</b>
Barranquilla	14%	21%	10%	4%	6%	4%	6%	65%	180
Cartagena	6%	13%	19%	13%	0%	6%	0%	56%	16
Soledad	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
<b>Occidente</b>	<b>17%</b>	<b>15%</b>	<b>21%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>64%</b>	<b>185</b>
Buga	8%	25%	8%	0%	0%	0%	0%	42%	12
Cali	18%	13%	22%	3%	4%	2%	4%	66%	167
Palmira	17%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	6
<b>Total general</b>	<b>24%</b>	<b>15%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>66%</b>	<b>3,297</b>

Nota: no se calcularon las tasas de mortalidad por patología debido al gran número de registros (25%) donde la causa fue mal registrada y quedó clasificada como muerte por síntomas y signos anormales.

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### 3.2.2 Mortalidad específica por sexo y edad

Históricamente los hombres han presentado una mortalidad mayor que las mujeres. Entre las razones para explicar este fenómeno se encuentra la mayor exposición a riesgos a los cuales están ellos culturalmente sometidos desde su infancia, riesgos que, en la edad adulta, se ven acrecentados por los riesgos laborales y por las causas externas. Referente a este último, el CELADE (1993) declaró que el incremento de la mortalidad masculina en las edades jóvenes y maduras, es ocasionado fundamentalmente por los accidentes y la violencia.

Por otro lado, Gómez (2007) señaló: “Ciertamente, las mujeres sobreviven a los hombres y la mortalidad masculina tiende a superar a la femenina a cualquier edad, incluso in útero, y la diferencia es especialmente pronunciada durante la etapa perinatal. La ventaja de la supervivencia femenina se asocia parcialmente con factores genéticos, sobre todo durante las primeras etapas de la vida”. Desde la vida prenatal ocurren más muertes de fetos varones que de hembras, de esto puede inferirse que el sexo femenino está genéticamente mejor equipado para hacer frente a la agresión, es decir, es más “fuerte” que el masculino. Este fenómeno puede ser sustentado por consideraciones filogenéticas, ya que la supervivencia de las especies depende en mayor grado del sexo femenino, dado el rol que le es propio en el proceso reproductivo<sup>10</sup>.

Aparte de los riesgos derivados de la maternidad, riesgos que tienden a reducirse con el grado de desarrollo de los países pues, la incorporación de un mayor número de mujeres a la fuerza de trabajo ocupada, conduce a la reducción de la fecundidad y por ende al predominio de la mortalidad masculina, son pocas las patologías que afectan en mayor proporción a la mujer. Entre ellas se han señalado, el cáncer y algunas enfermedades crónico-degenerativas del aparato circulatorio, especialmente las relacionadas con las dislipidemias como lo son, la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro-vasculares<sup>11</sup>.

Al respecto, Fernández y Lombardía (2005) señalan que: “La mujer, durante la edad reproductiva, tiene una protección (mediada por estrógenos) frente a estas enfermedades en relación con los varones. Este riesgo se equipara al del varón a los 65 años, tras desaparecer la protección estrogénica”<sup>12</sup>. Varios autores coinciden en señalar que con el cese de la protección estrogénica premenopáusica, alrededor de la quinta década de vida, la mujer se hace más susceptible a estas patologías. Rincón, s.f., en el estudio realizado para determinar el riesgo cardiovascular en mujeres post-menopáusicas, en el Estado Aragua, observó que “...durante la menopausia tienden a aumentar los niveles de PAS, Ct, Tg LDL y VLDL, incrementando la propensión a sufrir eventos cardiovasculares en esta población susceptible una vez suspendida la protección estrogénica”<sup>13</sup>.

- 
10. Gómez, E. (2007). Equidad, Género y Salud: Retos para la Acción. OPS/OMS. Revista Panamericana de Salud Publica. Washington: XI(5) Mayo/Junio 2002. [Acceso junio de 2011]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892002000500024&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892002000500024&script=sci_arttext&lng=es)
  11. Florez, A. y otros (2006). La Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea en Pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica. Revista Cubana de Medicina. La Habana. XLVI(1). [Acceso junio de 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-232006000100001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-232006000100001&lng=es&nrm=iso)
  12. Fernández, M. y J. Lombardía (2005). Menopausia y Tratamiento Hormonal Sustitutivo. Situación Actual. Boletín Farmacoterapéutico. Castilla-La Mancha. VI(1). [acceso junio de 2011]. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web/farmacia/guiaspublicaciones/VI1Menopausia.pdf>
  13. Rincón, R. (s.f.) Determinación del Riesgo Cardiovascular en Mujeres Post-menopáusicas del Estado Aragua. Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud (Tesis de Pregrado). [acceso junio de 2011]. Disponible en: [http://www.fundacite.org.gov.ve/proyectos/imprime\\_proyecto.shtml?codigo=136&print=true](http://www.fundacite.org.gov.ve/proyectos/imprime_proyecto.shtml?codigo=136&print=true)

Las tasas de mortalidad, de las principales causas de muerte en Colombia, 2007, por sexo y grupo de edad, se encuentran en el cuadro 68. En él se puede ver la diferencia entre las tasas registradas por sexo para la misma patología, siendo la gran mayoría de ellas mucho más altas en el género masculino, principalmente en el grupo de 15 a 44 años, para los homicidios y los accidentes de transporte y, en el grupo de 45 a 64 años para la enfermedad isquémica del corazón. Referente a esta última causa, se ve la disminución registrada en la diferencia por sexos en el grupo de 65 y más años. También se aprecia cómo, en el sexo femenino, grupo de 15 a 44 años, aparece entre las tres primeras causas la relacionada con el embarazo, parto y puerperio y; en el grupo de 44 a 65 años, el cáncer de mama.

**Cuadro 68. Tasa de mortalidad por principales causas de muerte, sexo y grupo de edad. Colombia 2007**

Grupo edad	Principales Causas de muerte por grupo de edad	TM* Hombre	TM* Mujer	Diferencia H/M
<b>Menor de 1</b>				
	Trastornos respiratorios del periodo perinatal	328.9	231.4	42%
	Malformaciones congénitas	285.7	250.3	14%
	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	155.7	122.9	27%
<b>De 1 a 4</b>				
	Infecciones respiratorias agudas	8.0	7.7	4%
	Ahogamiento y sumersión accidentales	7.1	3.8	87%
	Malformaciones congénitas	5.8	5.8	0%
<b>De 5 a 14</b>				
	Accidente de transporte terrestre	4.5	2.3	96%
	Tumor maligno del tejido linfático	2.9	1.7	71%
	Homicidios	2.9	1.4	107%
<b>De 15 a 44</b>				
	Homicidios	129.2	10.1	1179%
	Accidentes de transporte	31.4	6.1	415%
	Enfermedad por VIH/Sida	12.5		
	Embarazo, parto y puerperio		4.7	
<b>De 45 a 64</b>				
	Enfermedad isquémica del corazón	102.5	45.5	125%
	Homicidios	62.2		
	Enfermedad cerebrovascular	38.5	34.4	12%
	Tumor maligno de mama		26.1	
<b>De 65 y más</b>				
	Enfermedad isquémica del corazón	855.0	657.2	30%
	Enfermedad crónica de vías respiratorias inferiores	385.4	279.7	38%
	Enfermedad cerebrovascular	375.1	384.6	-2%

\*TM: tasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

Fuente: Indicadores de Salud. Colombia. 2009.



Las tasas de mortalidad por sexo y grupo de edad de los afiliados al POS de EPS SURA, correspondientes a los años 2009 y 2010, se encuentran en el cuadro 69. En 2010, la tasa de mortalidad, número de muertes por 100.000 afiliados, por género fue de 249,9 para las mujeres y 291,1 para los hombres (17% más muertes que en las afiliadas de sexo femenino). A nivel general, se registró un incremento del 46% entre la tasa de mortalidad de los dos años, pasó de 185,2 muertes por 100.000 afiliados expuestos en 2009 a 270,7 en 2010. El incremento se presentó en todos los grupos de edad y en ambos géneros (excepto en el grupo de hombres menores 1 año). Es importante resaltar el aumento del 169% en la tasa de mortalidad del grupo de 5 a 14 años (este fue de 368% en el sexo femenino), sin embargo, la tasa registrada en 2010 fue similar a la de los años anteriores al 2009 y estuvo muy por debajo de la obtenida en los años 2002 y 2003, gráfica 50. También se debe mencionar que en 2010 se cambió la fuente de donde se obtenía la información sobre los afiliados fallecidos, hecho que mejoró el sub registro de las muertes y sobre todo, el que se tenía de los afiliados beneficiarios, grupo al cual pertenece los fallecidos de este grupo de edad.

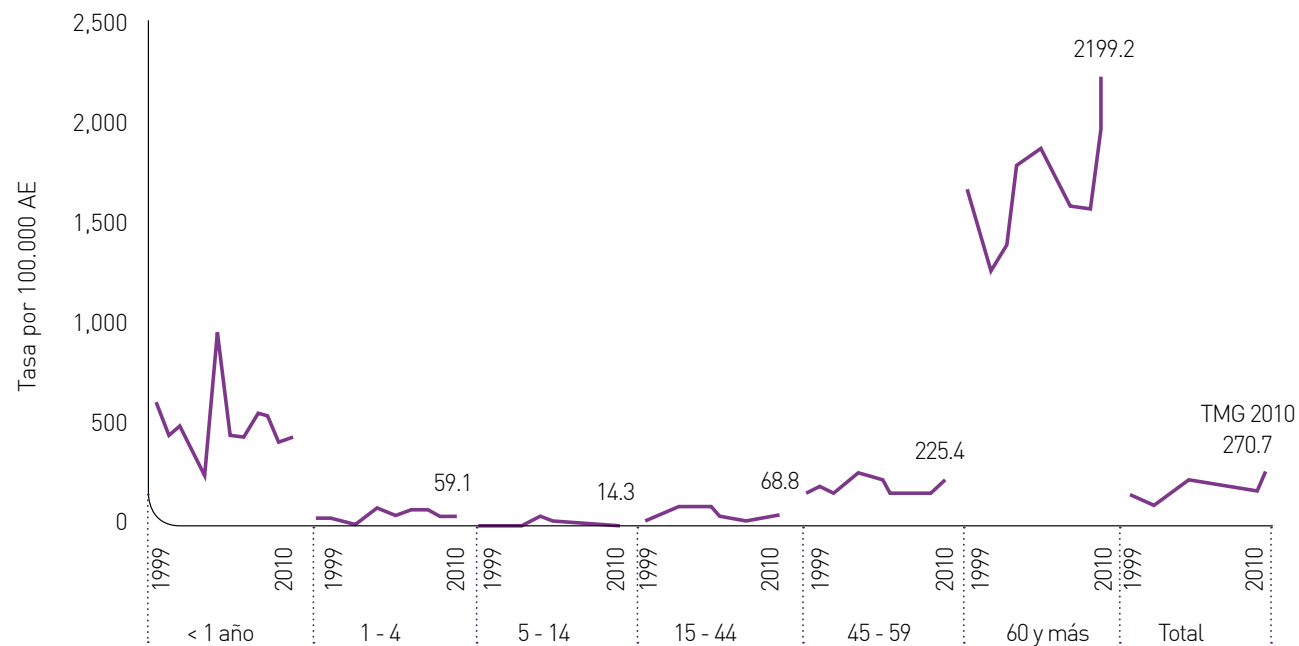
**Cuadro 69. Tasa de mortalidad por sexo y grupo de edad. POS de EPS SURA 2009-2010**

Sexo	Grupo edad	Año		Diferencia
		2009	2010	2010-2009
Mujer	Menor 1	386.3	481.8	25%
	1 a 4	37.0	63.8	73%
	5 a 14	3.1	14.6	368%
	15 a 44	31.6	37.8	20%
	45 a 59	154.5	174.5	13%
	60 y más	1,418.1	2,046.2	44%
	<b>Total</b>	<b>178.9</b>	<b>249.9</b>	<b>40%</b>
Hombre	Menor 1	432.4	410.7	-5%
	1 a 4	55.0	54.8	0%
	5 a 14	7.6	14.0	85%
	15 a 44	51.8	102.7	98%
	45 a 59	176.1	287.0	63%
	60 y más	1,686.2	2,405.0	43%
	<b>Total</b>	<b>192.2</b>	<b>291.1</b>	<b>51%</b>
Total	Menor 1	410.2	445.2	9%
	1 a 4	46.3	59.1	28%
	5 a 14	5.3	14.3	169%
	15 a 44	41.2	68.8	67%
	45 a 59	164.2	225.4	37%
	60 y más	1,532.4	2,199.2	44%
	<b>Total</b>	<b>185.2</b>	<b>270.7</b>	<b>46%</b>

TM: tasa de mortalidad por 100.000 afiliados expuestos (AE).  
**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2009-2010.



Gráfica 50. Tasa de mortalidad por grupo de edad. POS de EPS SURA 1999-2010

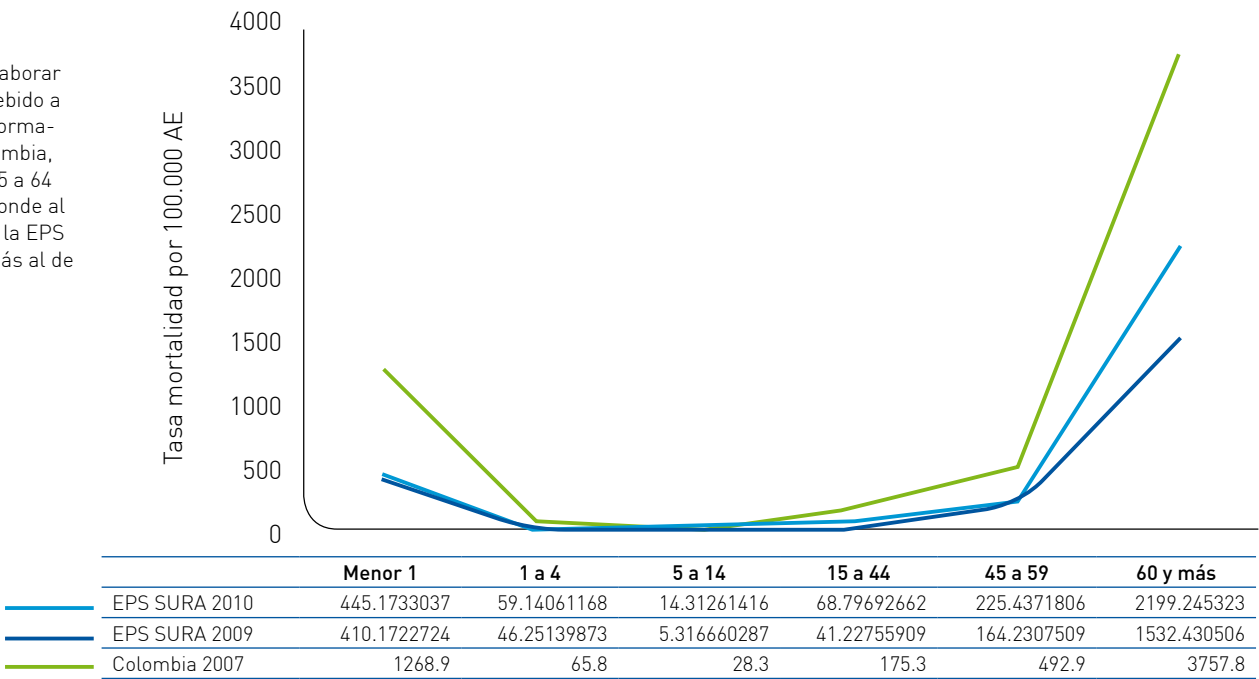


TM: tasa de mortalidad por 100.000 afiliados expuestos (AE).  
Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 1999-2010.

Al igual que lo que se presenta en Colombia, el patrón de mortalidad por grupos de edad, gráfica 51, está caracterizado por una tasa significativamente alta en el grupo de los menores de 1 año, descendiende en el grupo de 1 a 4 años y, se mantiene relativamente estable hasta cerca de los 44 años, edad a partir de la cual se nota un incremento acelerado.

Gráfica 51. Tasas de mortalidad por grupo de edad. POS de EPS SURA 2009-2010, Colombia 2007

Nota: Para elaborar el gráfico y debido a la falta de información, en Colombia, el grupo de 45 a 64 años corresponde al de 45 a 59 en la EPS y el de 65 y más al de 60 y más.



Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc.EPS SURA 2009-2010  
Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.12-13



Las principales causas de muerte por sexo en la población colombiana, se reflejan en las causas de los afiliados al POS de la EPS SURA, cuadro 70, aquí también aparecen en los primeros lugares los tumores (neoplasias), las enfermedades del sistema cardiovascular, sistema respiratorio, digestivo, las enfermedades infecciosas y los traumatismos; grupos de causas que ocupan los primeros lugares en todas las regionales, excepto en la regional del Norte donde las enfermedades del sistema nervioso y del genitourinario aparecen como importantes causas de muerte. Se debe resaltar la diferencia encontrada por sexo entre la proporción de muertes por tumores (bronquios, pulmón, mama, colon, próstata, hígado y vías biliares, principalmente), siendo este porcentaje mayor en las mujeres (excepto en la regional del norte). En cuanto a la proporción de muertes por causas del sistema cardiovascular, cuando se mira a nivel general no se hallan diferencias por sexo pero, por regional, se encuentra que esta proporción es mayor en los hombres en la regional del Centro y, mayor en las mujeres en la del Norte, en las otras regionales no hay mucha diferencia por género.

Cuadro 70. Causas de muerte (CIE-10) por sexo y regional. POS de EPS SURA 2010

Causas de muerte CIE-10	Antioquia EC			Centro			Norte			Occidente			Total General		
	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total	Mujer	Hombre	Total
Síntomas y signos anormales	19%	32%	26%	24%	28%	26%	14%	26%	20%	24%	30%	27%	20%	31%	25%
Tumores	29%	21%	25%	21%	19%	20%	11%	16%	14%	23%	12%	17%	27%	20%	24%
Sistema circulatorio	15%	15%	15%	13%	19%	16%	22%	17%	20%	14%	15%	15%	15%	15%	15%
Sistema respiratorio	13%	9%	11%	18%	13%	15%	9%	12%	11%	20%	21%	21%	13%	10%	12%
Infecciosas y parasitarias	7%	5%	6%	5%	4%	5%	3%	7%	5%	1%	4%	3%	6%	5%	6%
Sistema digestivo	3%	4%	3%	4%	2%	3%	8%	2%	5%	3%	4%	4%	4%	3%	4%
Traumatismos, envenenamientos	2%	4%	3%	2%	5%	3%	5%	3%	4%	1%	2%	2%	2%	4%	3%
Sistema genitourinario	3%	3%	3%	2%	2%	2%	5%	6%	6%	1%	5%	3%	3%	3%	3%
Mentales y del comportamiento	3%	1%	2%	3%	1%	2%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	1%	2%
Sistema nervioso	1%	1%	1%	1%	1%	1%	10%	3%	7%	3%	1%	2%	2%	1%	1%
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	1%	2%	1%	1%	2%	2%	1%	0%	1%	3%	3%	3%	1%	2%	1%
Afecciones período perinatal	1%	1%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%
Malformaciones congénitas	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%	3%	2%	3%	0%	2%	1%	1%	1%
Sangre, hematopoyéticos e inmunidad	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
Osteomuscular y tejido conjuntivo	1%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	1%
Total fallecidos	1,239	1,325	2,577	156	170	326	98	99	197	93	92	185	1,593	1,691	3,297

Nota: no se calcularon las tasas de mortalidad por patología debido al gran número de registros (25%) donde la causa fue mal registrada y quedó clasificada como muerte por síntomas y signos anormales.

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc.EPS SURA 2010

La importancia de la edad se debe a que todas las variables demográficas, sin excepción, tienen un comportamiento diferencial a través de las edades. Además, las tasas de mortalidad por edad son indispensables para la construcción de los índices de sobremortalidad masculina (o femenina), las tablas de vida (o mortalidad), entre otros.



### 3.2.2.1 Sobremortalidad masculina

El índice de sobremortalidad masculina indica la magnitud en que la mortalidad en los hombres es superior a la mortalidad en mujeres. Se calcula como el cociente que resulta al dividir, en cada grupo de edad, la tasa de mortalidad masculina sobre la femenina.

La mejoría en las condiciones sociales del último siglo, han favorecido principalmente a las mujeres, porque han contribuido a la disminución de la fecundidad y, con ello, a las causas de muerte asociadas a la maternidad, dando como resultado una disminución de la tasa de mortalidad en ellas. La desigualdad de la mortalidad entre los géneros puede deberse, por un lado, a diferencias socioculturales y, por otro, al hecho de ser varón (o hembra) como mera cualidad biológica; hechos que explicarían la relación sexo-mortalidad y su contribución a una sociedad envejecida femenina, cuyo origen estaría basado en la sobremortalidad masculina, fenómeno que se da en todas las edades, especialmente en los grupos de jóvenes y adultos<sup>14</sup>.

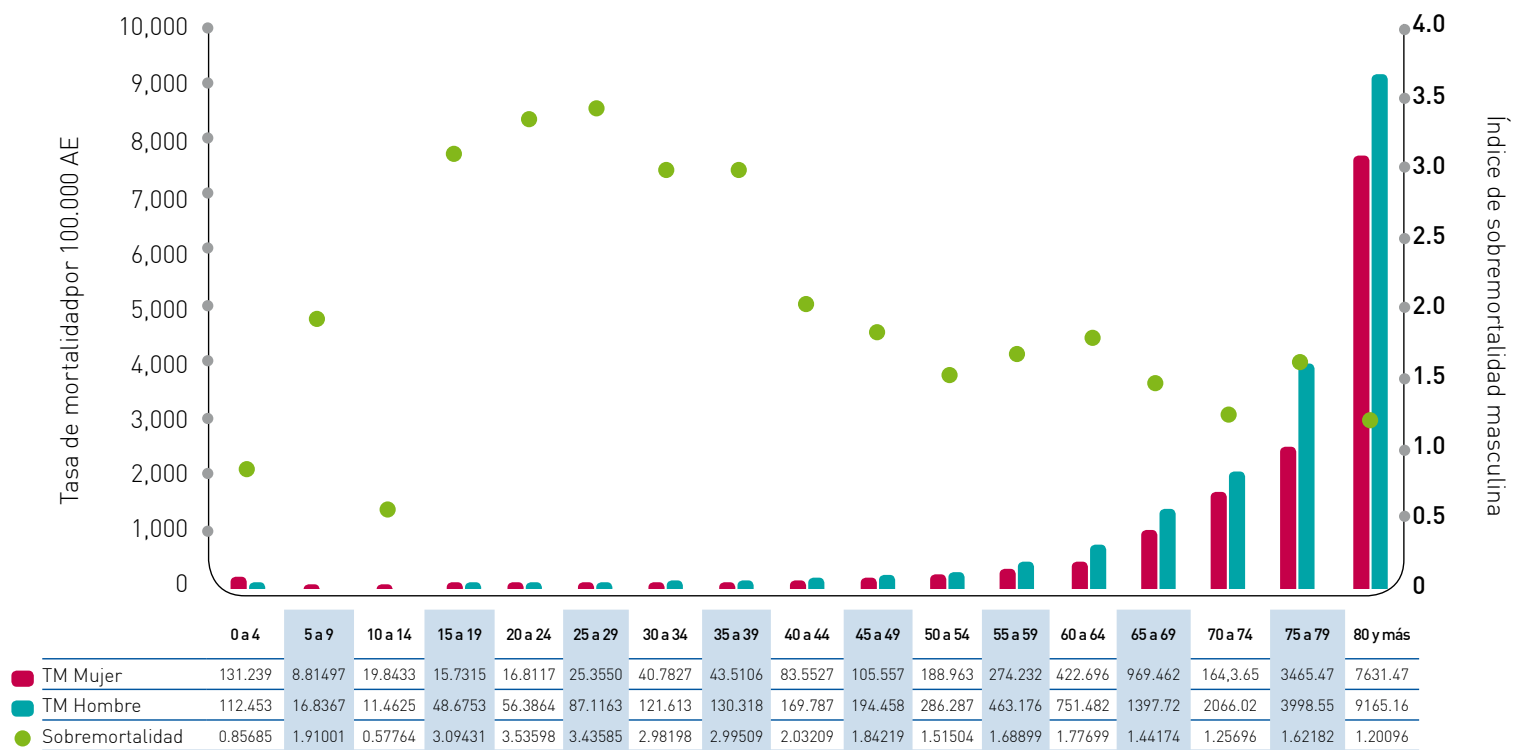
El índice de sobremortalidad masculina de los afiliados al POS de la EPS SURA, por grupo de edad, se encuentra en la gráfica 52. Este índice es: menor que 1 en los grupos de 0 a 4 y 10 a 14 años, lo cual indica que, en estos grupos, la tasa mortalidad masculina es menor que la femenina; es 3 o más en los jóvenes entre 15 y 40 años, está entre 1,5 y 2 en las edades adultas, entre 1 y 1,5 en la primera vejez (65 a 74 años) y es todavía superior a 1 en los últimos años de la vejez, índices mayores que 1 indican una mortalidad más alta para los hombres.

Teniendo en cuenta, el envejecimiento que experimenta la población afiliada a la EPS SURA, donde cada vez es mayor la proporción de afiliados en los grupos mayores de 40 años (ver capítulo 1); el índice de masculinidad, el cual fue igual a 0,91 (se tienen 91 hombres por cada 100 mujeres) y, la sobremortalidad masculina en casi todos los grupos de edad, se podría decir que los afiliados a la EPS son una población envejecida femenina.

---

14. Santos del Campo, I. Envejecimiento demográfico: Diferencias por género. Universidad Complutense de Madrid. [acceso junio 20 de 2011]. Disponible en: <http://www.jstor.org/pss/40183846>

Gráfica 52. Sobremortalidad masculina por grupo de edad. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc.EPS SURA 2010. AE: afiliados expuestos.

3.2.2.2 Tabla de vida (o mortalidad) para grupos de edades

La tabla de mortalidad o, comúnmente llamada, tabla de vida<sup>15</sup>, es otra técnica utilizada en el análisis de la mortalidad que considera los años vividos por los individuos de una población antes de su muerte. Permite determinar las probabilidades de sobrevivir o de morir a una edad exacta “x” o entre edades “x” y “x+n”, y es considerada como la herramienta más completa para el análisis de la mortalidad de una población en un momento dado. La tabla se basa en los siguientes supuestos:

- La ley de extinción, corresponde a la mortalidad experimentada por una población durante un período de tiempo específico, relativamente corto (generalmente un año).
- La mortalidad se plantea en función de la edad y sus patrones (mx) y se consideran constantes en el tiempo.

En la tabla de vida se hace un análisis transversal, debido a que se basa en el patrón de mortalidad observada en los miembros de una población real. Por esta razón se le llama “tabla de contemporáneos”, a diferencia de una “tabla de generaciones”, la que se basa en un análisis longitudinal de la mortalidad de una generación específica, desde su naci-

15. La tabla de vida: una técnica para resumir la mortalidad y la sobrevivencia. Boletín Epidemiológico, Vol. 24 No. 4, diciembre 2003. [acceso 30 junio de 2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be\\_v24n4-tabla\\_vida.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v24n4-tabla_vida.htm)



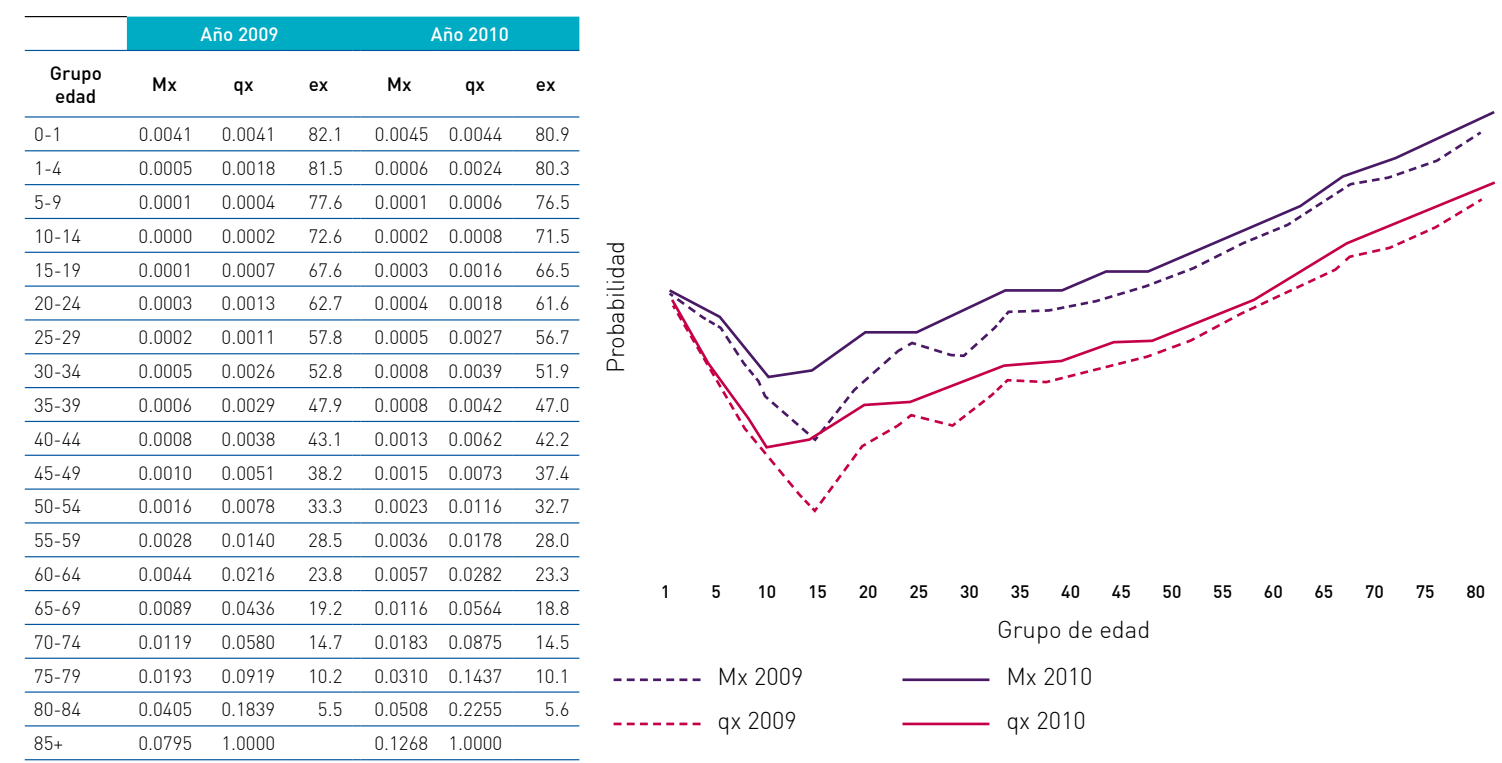
miento hasta su extinción completa. La tabla de vida describe el proceso de extinción de una generación hasta la desaparición del último de sus componentes bajo la experiencia de mortalidad observada en un período dado. En su forma más sencilla, se genera a partir de las tasas de mortalidad específicas por edad y los valores resultantes se usan para medir la mortalidad, la sobrevivencia y la esperanza de vida, siendo este último, el indicador más utilizado proveniente de la tabla.

La gráfica 53, presenta las curvas (en escala logarítmica) y las tablas de vida de los afiliados a la EPS SURA, 2009 y 2010. En ella se encuentra:

- Probabilidad de muerte entre las edades  $x$  y  $x+n$  ( $nq_x$ ): se calcula a partir de las tasas de mortalidad específicas para cada grupo de edad. Debe interpretarse como la probabilidad de fallecer entre ambas edades para el sujeto que haya sobrevivido hasta la edad  $x$ .
- Tasa de mortalidad por edad ( $nM_x$ ): es el cociente entre las defunciones en el intervalo  $x$  y  $x+n$  y el número de personas en este grupo de edad.
- Esperanza de vida a la edad  $x$  ( $nex$ ). Es el indicador de la tabla de vida más usado, representa el número medio de años que les quedan por vivir a los sobrevivientes a la edad  $x$ .

La gráfica permite apreciar que las curvas de los respectivos años van en paralelo, excepto en las edades entre 0 y 9 años donde coinciden o empiezan a juntarse. La probabilidad de morir ( $nq_x$ ) está por encima de la mortalidad ( $nM_x$ ), excepto en el grupo de menores de 1 año donde  $nM_x$  es ligeramente mayor que  $nq_x$ . Las curvas tienen la forma característica de "j", comienza con altas tasas de mortalidad y probabilidad de morir en los menores de 1 año, las cuales bajan hasta el intervalo de 5 a 9 años, donde empiezan a incrementar de manera regular. En el gráfico también se ve que, ambas curvas del año 2010, estuvieron por encima de las del 2009 en todos los grupos de edad, de igual manera en la tabla anexa al gráfico se registra la disminución en la esperanza de vida de cada grupo de edad entre los años 2009 y 2010.

Gráfica 53. Tablas de vida. POS de EPS SURA 2009-2010



Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc.EPS SURA 2009-2010



3.2.3 Principales causas de muerte por sexo y grupo de edad

La tasa de mortalidad refleja condiciones de salud como la cobertura de atención en salud, la capacidad resolutoria de los servicios y su calidad, el impacto de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, la disponibilidad de infraestructura y tecnología para el tratamiento de determinadas patologías. Por otro lado, la mortalidad, como indicador refleja la atención que una sociedad le brinda a grupos de edad, 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. A continuación se encuentran los principales grupos de causas de muerte (CIE-10) por grupo de edad.

3.2.3.1 Menores de un año

En Colombia, 2009, las tres primeras causas de muerte en este grupo de edad fueron: los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal (23,3% de las causas en los niños y 20,7% en las niñas), las malformaciones congénitas (20,3% y 22,3%, respectivamente), y otras afecciones originadas en el periodo perinatal (11,0% de las causas en cada sexo)<sup>16</sup>.

16. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10.

En los afiliados al POS de la EPS SURA, 2010, los principales grupos de causas de muerte registradas fueron: las afecciones del periodo perinatal (55,2% de las causas en los niños y 46,9% en las niñas), las malformaciones congénitas (27,6% y 40,6%, respectivamente), y las enfermedades del sistema respiratorio (6,9% en niños y 3,1% en niñas), cuadro 71.

### 3.2.3.2 Grupo de uno a cuatro años

En Colombia, 2009, las tres primeras causas de muerte en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas (11,4% de las causas en niños y 12,6% en niñas), el ahogamiento (10,1% en niños y 6,2 en niñas), y las malformaciones congénitas (8,3% y 9,4%, respectivamente)<sup>17</sup>.

En la EPS SURA, 2010, en este grupo de afiliados, las principales causas registradas fueron: las afecciones por periodo perinatal (30,0% de las causas en niños y 18,2% en niñas), y las enfermedades infecciosas (25,0% y 18,2%, respectivamente), cuadro 71.

### 3.2.3.3 Grupo de cinco a 14 años

La OPS, 2006, señala que de los 31 países de América Latina y el Caribe, en el 74% de ellos (23), la principal causa de muerte en este grupo de edad son los accidentes de transporte<sup>18</sup>.

En 2009, en Colombia, las principales causas de muerte en este grupo de edad fueron: accidentes de transporte terrestre (13,6% de las causas en niños y 9,7% en niñas), tumores malignos del tejido linfático (9,0% en niños y 7,3% en niñas), y agresiones/homicidios (8,7% en niños y 6,1% en niñas)<sup>19</sup>.

En EPS SURA, 2010, en el grupo de afiliados de 5 a 14 años, las principales causas de muerte fueron: los tumores responsables del 21,4% de las muertes en ambos sexos, y los traumatismos (7,1% de las causas en niños y 28,6% en niñas, 21 puntos porcentuales más en las niñas), cuadro 71.

---

17. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10-11.

18. Estadísticas de salud de las Américas, edición 2006. [acceso 26 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/HSA2006.htm>

19. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10-11.

**Cuadro 71. Principales causas de muerte por sexo y grupo de edad. POS de ESP SURA 2010**

Causas de muerte por grupo de edad	Hombre	Mujer	Total	Diferencia H-M
<b>Menor 1 año</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>61</b>	
Afecciones período perinatal	55.2%	46.9%	<b>50.8%</b>	8%
Malformaciones congénitas	27.6%	40.6%	<b>34.4%</b>	-13%
Sistema respiratorio	6.9%	3.1%	<b>4.9%</b>	4%
<b>De 1 a 4</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>42</b>	
Afecciones período perinatal	30.0%	18.2%	<b>23.8%</b>	12%
Infecciosas y parasitarias	25.0%	18.2%	<b>21.4%</b>	7%
Síntomas, signos y hallazgos anormales	10.0%	27.3%	<b>19.0%</b>	-17%
<b>De 5 a 14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	
Síntomas, signos y hallazgos anormales	50.0%	7.1%	<b>28.6%</b>	43%
Tumores	21.4%	21.4%	<b>21.4%</b>	0%
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	7.1%	28.6%	<b>17.9%</b>	-21%
<b>De 15 a 44</b>	<b>308</b>	<b>124</b>	<b>432</b>	
Síntomas, signos y hallazgos anormales	57.8%	23.4%	<b>47.9%</b>	34%
Tumores	8.8%	40.3%	<b>17.8%</b>	-32%
Traumatismos, envenenamientos y causas externas	10.1%	4.0%	<b>8.3%</b>	6%
<b>De 45 a 59</b>	<b>269</b>	<b>198</b>	<b>467</b>	
Tumores	28.6%	46.5%	<b>36.2%</b>	-18%
Síntomas, signos y hallazgos anormales	31.6%	15.7%	<b>24.8%</b>	16%
Sistema circulatorio	17.8%	15.7%	<b>16.9%</b>	2%
<b>60 y más</b>	<b>1,051</b>	<b>1,202</b>	<b>2,253</b>	
Tumores	22.0%	23.4%	<b>22.7%</b>	-1%
Síntomas, signos y hallazgos anormales	23.7%	20.3%	<b>21.9%</b>	3%
Sistema circulatorio	19.2%	16.6%	<b>17.8%</b>	3%
<b>Total muertes</b>	<b>1,691</b>	<b>1,593</b>	<b>3,297</b>	

**Nota:** no se calcularon las tasas de mortalidad por patología debido al gran número de registros (25%) donde la causa fue mal registrada y quedó clasificada como muerte por síntomas y signos anormales.

**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc.EPS SURA 2010



### 3.2.3.4 Grupo de 15 a 44 años

En Colombia, 2009, las agresiones u homicidios fueron la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 44 años, tanto en hombres como mujeres (47,6% y 12,4%, respectivamente); seguido de los accidentes de transporte (11,6% en hombres y 7,4% en mujeres); en tercer lugar aparece el VIH/Sida en los hombres con el 4,6% de todas causas de este grupo y, en las mujeres las patologías asociadas al embarazo, parto y puerperio, con el 5,7%<sup>20</sup>.

En EPS SURA, 2010, las principales causas de muerte en este grupo de afiliados fueron: los tumores malignos (estómago, mama, leucemia, colon, entre otros), con el 8,8% de las causas en los hombres y el 40,3% en las mujeres; y los traumatismos y envenenamientos con el 10,1% de las causas en los hombres y el 4,0% en las mujeres, cuadro 71.

#### 3.2.3.5 Grupo de 45 a 59 años

En Colombia, 2009, las primeras causas de muerte en este grupo fueron: para ambos sexos, las enfermedades isquémicas del corazón (16,7% en hombres y 11,9% en mujeres) y las enfermedades cerebrovasculares (6,3% en hombres y 9,0% en mujeres); en los hombres la tercera causa de muerte fueron las agresiones u homicidios con el 10,2% y, en mujeres, fue el tumor maligno de mama con el 6,8% de las causas<sup>21</sup>.

En la EPS SURA, 2010, las principales causas fueron: los tumores (mama, bronquios, estómago, recto, útero, hígado, entre otros), con el 28,6% en los hombres y 46,5% en las mujeres; y las enfermedades del sistema circulatorio (infarto de miocardio, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, entre otras), con el 17,8% de las causas en los hombres y 15,7% en las mujeres, cuadro 71.

#### 3.2.3.6 Grupo de 60 años o más

En Colombia, 2009, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en este grupo de edad con el 20,5% de las causas en los hombres y 19,2% en las mujeres; le siguieron la enfermedad cerebrovascular con el 9,0% en hombres y 11,2% en mujeres y, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con el 9,3% y 8,2%, respectivamente<sup>22</sup>.

En los afiliados al POS de la EPS SURA, 2010, las principales causas de muerte para los afiliados de 60 y más años, fueron: los tumores (pulmón, colon, próstata, estómago, mama, hígado, vías biliares, entre otros), con el 22,0% de las causas en los hombres y 23,4% en las mujeres y, las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, infarto agudo, entre otros), con el 19,2% en hombres y el 16,6% en mujeres, cuadro 71.

### 3.2.4 Edad Media de Muerte

A nivel general, la edad media de los fallecidos afiliados al POS de la EPS SURA, 2010, no registró cambios sustanciales respecto a la registrada en 2009, esta fue de 66,1 años en 2010 y 66,2 años en 2009. Por sexo, los hombres murieron a una edad menor en 2010, la edad promedio de muerte en ellos fue de 62,5 años (63,2 años en 2009) y las mujeres a una edad mayor, en ellas la edad promedio en 2010 fue de 69,9 años (69,0 años en 2009).

Por regional, la del Centro registró la edad promedio de muerte más baja con 62,5 años (58,3 años en 2009, en 2010 murieron a una edad mayor) y, la de Occidente, la edad promedio más elevada con 70,8 años (72,3 años en 2009,

21. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10-11.

22. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10-11.

en 2010 murieron a una edad menor). Por sexo, se encuentran diferencias en todas las regionales, siendo mayor la de las mujeres que las de los hombres, lo que ocurre especialmente en la regional Norte donde la edad media de muerte en las mujeres es 9,4 años más elevada que la de los hombres y en la regional Antioquia EC donde esta diferencia es de 7,8 años, cuadro 72.

En el cuadro 72, se encuentra la edad promedio de los fallecidos, 2010, por municipio. Los municipios donde los afiliados que fallecieron registraban el menor promedio de edad fueron: Marinilla, Copacabana, La Ceja, Apartado, Cartagena.

**Cuadro 72. Edad media de muerte por sexo y municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Mujer		Hombre		Total	
	No. Fallecidos	Promedio Edad (años)	No. Fallecidos	Promedio Edad (años)	No. Fallecidos	Promedio Edad (años)
<b>Antioquia EC</b>	<b>1,239</b>	<b>70.2</b>	<b>1,325</b>	<b>62.4</b>	<b>2,564</b>	<b>66.1</b>
Apartado			2	59.5	2	59.5
Armenia			1	31.0	1	31.0
Bello	39	70.5	71	57.0	110	61.8
Caldas	21	71.1	29	57.4	50	63.1
Copacabana	9	57.8	8	51.6	17	54.9
Don Matías	5	70.6	7	70.0	12	70.3
Envigado	40	60.0	47	65.4	87	63.0
Girardota	7	84.7	9	45.1	16	62.4
Guarne	1	34.0	2	79.0	3	64.0
Itagüí	76	66.8	104	55.9	180	60.5
La Ceja	7	62.4	15	54.5	22	57.0
Manizales	12	67.0	10	57.4	22	62.6
Marinilla	2	61.0	3	48.3	5	53.4
Medellín	956	71.2	940	63.9	1,896	67.6
Pereira	6	63.3	7	65.3	13	64.4
Rionegro	42	69.1	53	61.1	95	64.6
Sabaneta	14	58.3	13	68.3	27	63.1
Yarumal	2	67.0	4	61.3	6	63.2
<b>Centro</b>	<b>156</b>	<b>64.3</b>	<b>170</b>	<b>60.8</b>	<b>326</b>	<b>62.5</b>
Bogotá	132	67.9	147	59.0	279	62.9
Bucaramanga	5	66.0	15	69.3	20	68.5
Chía	3	43.3	4	82.0	7	65.4
Madrid	4	67.0	2	50.0	6	61.3
Zipaquirá	12	67.2	2	28.5	14	61.6
<b>Norte</b>	<b>98</b>	<b>71.5</b>	<b>99</b>	<b>62.1</b>	<b>197</b>	<b>66.8</b>
Barranquilla	91	72.1	89	63.4	180	67.8
Cartagena	6	69.5	10	50.5	16	57.6
Soledad	1	35.0			1	35.0
<b>Occidente</b>	<b>93</b>	<b>73.4</b>	<b>92</b>	<b>68.1</b>	<b>185</b>	<b>70.8</b>
Buga	7	77.6	5	55.6	12	68.4
Cali	83	73.1	84	68.3	167	70.7
Palmira	3	71.7	3	82.0	6	76.8
<b>Total general</b>	<b>1,586</b>	<b>69.9</b>	<b>1,686</b>	<b>62.5</b>	<b>3,272</b>	<b>66.1</b>

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### 3.3 Tasas de mortalidad en la primera infancia<sup>23</sup>

“En los últimos decenios, las innovaciones de la medicina, los progresos en la atención básica de salud y las políticas sociales favorables han producido grandes aumentos de la esperanza de vida y marcados descensos de la mortalidad infantil” (Kofi A. Annan, Nosotros los pueblos, 2000)<sup>24</sup>. Sin embargo, las grandes desigualdades existentes entre las regiones del planeta, han llevado a las Naciones Unidas a incluir, como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la reducción en dos terceras partes, de la mortalidad en los menores de 5 años, entre 1990 y 2015.

Colombia, ratificando lo acordado en la Cumbre del Milenio, desarrolló el documento CONPES SOCIAL 91 de 2005 “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015”, el cual fue modificado por el CONPES SOCIAL 140 de 2011, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y ajuste en las líneas de base y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados. Entre las metas e indicadores definidos para Colombia en el Conpes Social 140 de 2011, se encuentran:

Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil (menores de 1 año) y en la niñez (menores de 5 años). Sus indicadores y metas serán:

- Reducir a 16,68 la tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).
- Reducir a 18,98 la tasa de mortalidad de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos).

La muerte de un niño en la primera Infancia, es de gran interés dentro del campo socio demográfico y de la salud. La mortalidad en estos años, es el foco de atención de las políticas de salud y se ha comprobado que reducirla en esta etapa de la vida, es menos costoso que hacerlo en otras edades. Las tasas de mortalidad en los niños de corta edad son consideradas eventos trazadores de las condiciones de salud, de la atención adecuada y oportuna brindada al binomio madre e hijo, y están relacionadas con la calidad y acceso de servicios de salud.

Desde el punto vista demográfico y de salud, existen diferentes indicadores utilizados para medir la probabilidad de morir en la primera infancia, teniendo algunos de ellos diferente interpretación y forma de calcularse, como es el caso de la tasa de mortalidad infantil, la cual se mide sobre los niños menores de 1 año, pero también se ha medido algunas veces en niños menores de 5 años.

Teniendo en cuenta la importancia del binomio madre-hijo, en este capítulo lo referente a la mortalidad perinatal se analizará conjuntamente con la mortalidad materna y, a continuación se revisará lo concerniente a las tasas de mortalidad infantil, post-infantil y en la niñez.

- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida;
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario;
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años.

---

23. La primera infancia es una etapa del ciclo vital humano, que comprende desde la gestación y hasta los cinco años. Es la etapa en la cual las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades.

24. Kofi A. Annan, Nosotros los pueblos, 2000. [acceso 30 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/sg/report/full.htm>

### 3.3.1 Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil, es el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en un año o período dado. Mide la probabilidad de morir en el primer año de vida<sup>25</sup>. Esta tasa 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.

Se considera el primer año de vida para establecer la tasa de mortalidad infantil, debido a que este año es el más crítico para la supervivencia del ser humano, sobrevivir el primer año aumenta esta probabilidad. Este indicador se encuentra directamente relacionado con la calidad sanitaria e inversamente con los niveles de pobreza, a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor será la tasa de mortalidad infantil, además, esta tasa es considerada un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente la atención perinatal<sup>26</sup>.

Ann Veneman, directora ejecutiva del Fondo de la ONU para la Infancia (Unicef), en 2006, y con datos obtenidos a través de encuestas realizadas en 50 países entre 2005 y 2006, señaló que la tasa de mortalidad infantil se redujo en América Latina y otras regiones del mundo por debajo de los 10 millones de fallecidos por año (aun se pierden 9,7 millones de vidas cada año), cifra que es todavía “inaceptable”. Según Veneman, los países latinoamericanos y caribeños, “están en la vía de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con una media de 27 muertes por cada 1.000 nacimientos, frente a las 55 por 1.000 que tenían en 1990”<sup>27</sup>.

Ella señaló que “hoy día sobreviven más niños que nunca y por eso es el momento de avanzar en salud pública para lograr los Objetivos de Desarrollo de Milenio”. Subrayó que la mayor parte de esos fallecimientos se podrían prevenir, pues la reducción de la mortalidad se ha debido a la adopción de medidas básicas de salud, que incluyen una lactancia más temprana, las vacunas contra el sarampión, los suplementos de vitamina A y el tratamiento de mosquiteras con insecticidas para prevenir la malaria. También han bajado los casos de neumonía, las enfermedades diarreicas y la malnutrición severa y, hay mayor acceso al agua potable y a la higiene<sup>28</sup>.

En la gráfica 54, se encuentra la evolución de las tasas de mortalidad infantil en el Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia, del periodo 1960 al 2009 (en detalle por año están de 2005 al 2009). En ella se observa la disminución de las tasas en los tres escenarios, las cuales, en 1960 tenían valores cercanos a las 100 muertes en menores de 1 año por 1.000 nacimientos. También en ella se ve que, de acuerdo a datos del Banco Mundial, en Colombia ya se logró el cumplimiento de la meta fijada por los ODM, en lo referente a reducir a 16,68 la tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos), sin embargo, según datos de la CIA World Factbook para el 2010, la TMI fue de 16,87<sup>29</sup>, cifra que aún está por encima de la fijada por la meta.

25. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>

26. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>

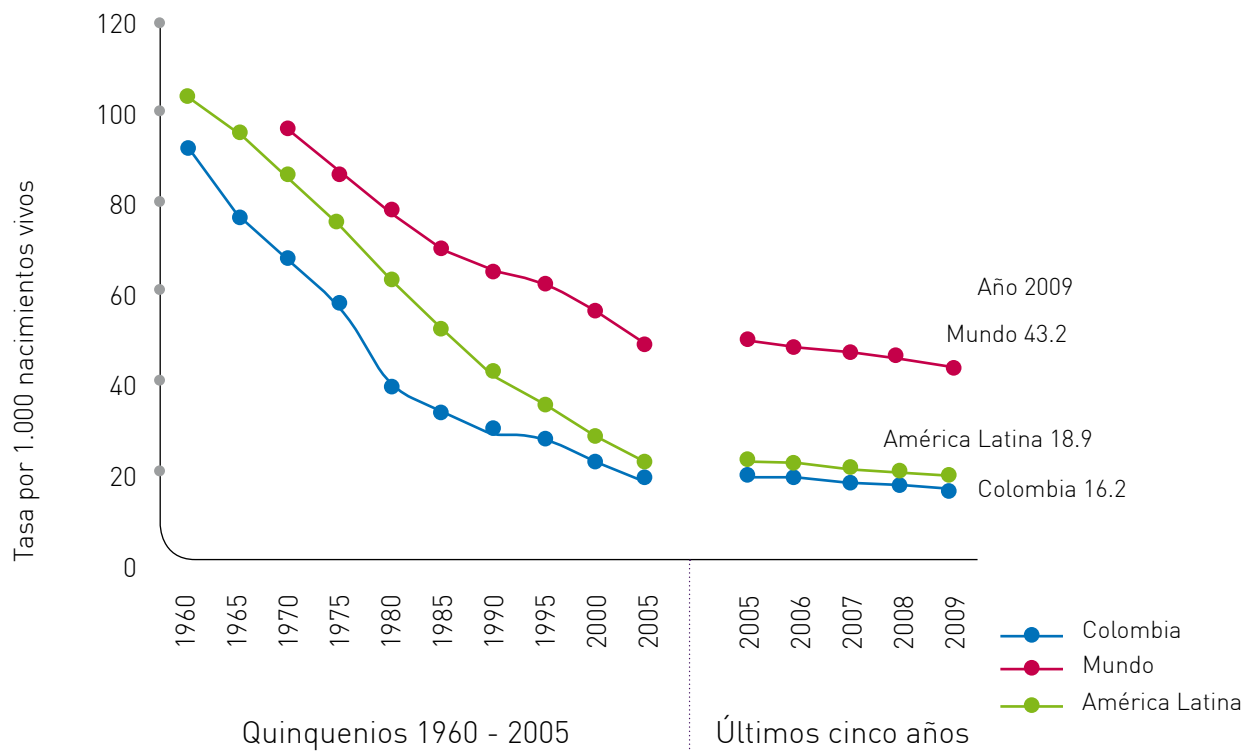
27. Mortalidad infantil bajó en el mundo, con 9,7 millones fallecimientos al año. [acceso 20 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.salud.com/salud-infantil/mortalidad-infantil-bajo-el-mundo-con-97-millones-fallecimientos-al-ano.asp>

28. Mortalidad infantil bajó en el mundo, con 9,7 millones fallecimientos al año. [acceso 20 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.salud.com/salud-infantil/mortalidad-infantil-bajo-el-mundo-con-97-millones-fallecimientos-al-ano.asp>

29. Colombia Tasa de mortalidad infantil. [acceso 25 junio de 2011]. Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa\\_de\\_mortalidad\\_infantil.html](http://www.indexmundi.com/es/colombia/tasa_de_mortalidad_infantil.html)



**Gráfica 54. Tasas de mortalidad infantil (TMI). El Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia 1960-2009**



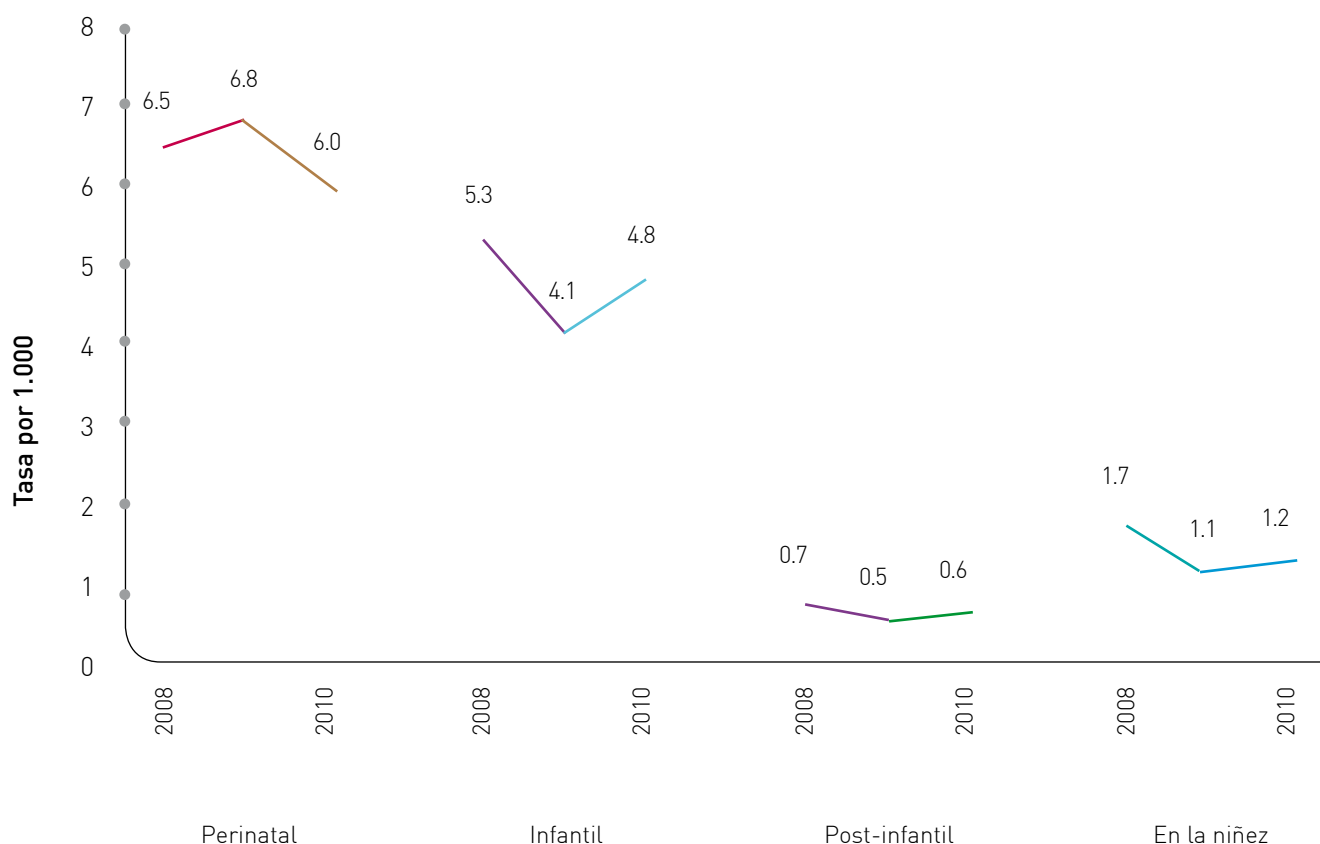
**Nota:** Los datos de América Latina incluyen también el Caribe.

**Fuente:** Indicadores del desarrollo mundial. Estimaciones armonizadas de la Organización de la Salud, UNICEF y el Banco Mundial. 1960-2009.



Las tasas de mortalidad infantil de los afiliados al POS de la EPS SURA, para el periodo 2008-2010, se hallan en la gráfica 55. Esta tasa, que en 2010 fue igual a 4,8 muertes en menores de 1 año por 1.000 nacimientos, registró un incremento del 17,1% respecto a la registrada en 2009 (4,1 por 1.000), pero disminuyó 9,4% respecto al año 2008. En esta gráfica también es importante mencionar que, como se dijo anteriormente, la probabilidad de morir en el primer año de vida es la más alta (exceptuando la perinatal) durante los primeros cinco años. De acuerdo a lo observado en la gráfica, se podría decir que un niño que nació en 2010 tenía cerca de 8 veces más probabilidad de morir en el primer año que entre el periodo de 1 a 4 años y, 4 veces más que morir en los primeros cinco años de vida.

**Gráfica 55. Tasas de mortalidad perinatal, infantil, post-infantil y en la niñez. POS de EPS SURA 2008-2010**



**Fuente:** Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA. 2008-2010.



En el cuadro 73, están las TMI de los afiliados al POS de EPS SURA por municipio. En él se aprecian fuertes diferencias, y se encuentran municipios donde la tasa fue superior a 10, como Chía y Envigado, y donde fue menor que 5, como Rionegro, Bogotá y Cali. Un niño que nace, por ejemplo, en Envigado donde la TMI fue 10,4 muertes por 1.000 nacimientos, tiene cuatro veces más riesgo de morir antes de cumplir el año que si hubiera nacido en Rionegro donde la TMI fue de 2,5. Es importante mencionar que, aunque todas las TMI estuvieron por debajo de la meta del ODM para Colombia, se debe seguir trabajando para disminuirla, pues la TMI de la EPS subió en 2010 respecto al año inmediatamente anterior.

**Cuadro 73.** Tasa de mortalidad infantil por municipio. POS de EPS SURA 2010.

Regional	No. Fallecidos	No. Recién Nacidos	Tasa Mortalidad Infantil
<b>Antioquia EC</b>	<b>44</b>	<b>8,449</b>	<b>5.2</b>
Bello	4	767	5.2
Envigado	4	383	10.4
Itaguí	5	887	5.6
La Ceja	1	134	7.5
Medellín	28	4,835	5.8
Rionegro	1	401	2.5
Manizales	1	106	9.4
<b>Centro</b>	<b>9</b>	<b>2,169</b>	<b>4.1</b>
Bogotá	7	1,785	3.9
Chía	1	66	15.2
Zipaquirá	1	104	9.6
<b>Norte</b>	<b>6</b>	<b>1,445</b>	<b>4.2</b>
Barranquilla	5	1,181	4.2
Cartagena	1	143	7.0
<b>Occidente</b>	<b>2</b>	<b>676</b>	<b>3.0</b>
Cali	2	651	3.1
<b>Total general</b>	<b>61</b>	<b>12,739</b>	<b>4.8</b>

Nota: los municipios que no aparecen en el cuadro tienen una tasa igual a cero.

**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### Causas de muerte infantil

En Colombia, 2009, las principales causas de muerte en el grupo de los menores de un año fueron: los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, las malformaciones congénitas y otras afecciones originadas en el período perinatal<sup>30</sup>, cuadro 68.

A nivel general, las principales causas de muerte en menores de un año en los afiliados al POS de EPS SURA fueron: las afecciones del período perinatal (55,2% de las causas en los niños y 46,9% en las niñas); las malformaciones congénitas (27,6% y 40,6%, respectivamente) y las enfermedades del sistema respiratorio (6,9% en niños y 3,1% en niñas), cuadro 71.

La distribución de las principales causas por municipio se puede ver en el cuadro 74.

**Cuadro 74. Causas de muerte (CIE-10) en menores de un año por municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Origen Perinatal	Congénitas	Respiratorio	Otras	Total muertes
<b>Antioquia EC</b>	<b>57%</b>	<b>30%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>44</b>
Bello	50%	50%	0%	0%	4
Envigado	50%	25%	0%	25%	4
Itagüí	40%	20%	0%	40%	5
La Ceja	100%	0%	0%	0%	1
Medellín	61%	29%	7%	4%	28
Rionegro	100%	0%	0%	0%	1
Manizales	0%	100%	0%	0%	1
<b>Centro</b>	<b>44%</b>	<b>33%</b>	<b>11%</b>	<b>11%</b>	<b>9</b>
Bogotá	57%	29%	14%	0%	7
Chía	0%	100%	0%	0%	1
Zipaquirá	0%	0%	0%	100%	1
<b>Norte</b>	<b>33%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>	<b>17%</b>	<b>6</b>
Barranquilla	40%	40%	0%	20%	5
Cartagena	0%	100%	0%	0%	1
<b>Occidente</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>
Cali	0%	100%	0%	0%	2
<b>Total general</b>	<b>51%</b>	<b>34%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>61</b>

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### 3.3.2 Mortalidad post-infantil

La tasa de mortalidad post-infantil, es el número de muertes en menores de 1 a 4 años por cada mil niños de esta edad<sup>31</sup>. Mide la probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario. La mortalidad post-infantil excluye la mortalidad infantil. Esta tasa, más que la mortalidad infantil, refleja los principales factores ambientales que afectan la salud de un niño, como la nutrición, la sanidad, las enfermedades comunicables de la niñez y los accidentes que ocurren en y alrededor del hogar.

De acuerdo a los datos arrojados por las ENDS, realizadas en los años 1995, 2000, 2005 y 2010, la tasa de mortalidad post-infantil ha disminuido, pasó de 8 niños de 1 a 4 años muertos (por 1.000 niños de esa edad) en 1995 a 4 en 2010. Sin embargo, comparado los valores obtenido de la tasa en 2010 y 2005, se puede ver que ésta registró un incremento del 33% en la última encuesta, cuadro 75.

31. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>

**Cuadro 75.** Tasa de mortalidad infantil, post-infantil y en la niñez. Colombia 1995, 2000, 2005 y 2010

Colombia (ENDS)	Mortalidad		
	Infantil (< 1 año)	Post-infantil (1 a 4 años)	En la niñez (< 5 años)
1995	28	8	36
2000	21	4	25
2005	19	3	22
2010	16	4	19

Fuente: ENDS. Profamilia. 1995, 2000, 2005 y 2010.



En los niños afiliados al POS de la EPS SURA, la tasa de mortalidad post-infantil, también ha disminuido en los últimos tres años, pasó de 0,7 a 0,6 niños de 1 a 4 años muertos (por 1.000 niños de la misma edad), sin embargo, en 2010 la tasa se incrementó en un 20% respecto a la registrada en el año inmediatamente anterior, gráfica 55.

En el cuadro 76, se encuentran las tasas de mortalidad post-infantil por municipio, en él encontramos que los municipios con las mayores tasas fueron: Buga, Zipaquirá y Cartagena y, con las menores: Cali, Envigado, Medellín y Rionegro.

**Cuadro 76.** Tasa de mortalidad post-infantil por municipio. POS de EPS SURA 2010.

Regional	No. Fallecidos	No. Afiliados	Tasa Mortalidad Post-infantil
<b>Antioquia EC</b>	<b>24</b>	<b>48,227</b>	<b>0.5</b>
Copacabana	1	770	1.3
Envigado	1	1,860	0.5
Itagüí	5	4,779	1.0
La Ceja	1	792	1.3
Medellín	14	27,654	0.5
Rionegro	1	2,086	0.5
Sabaneta	1	691	1.4
<b>Centro</b>	<b>10</b>	<b>11,622</b>	<b>0.9</b>
Bogotá	9	9,729	0.9
Zipaquirá	1	513	1.9
<b>Norte</b>	<b>6</b>	<b>7,217</b>	<b>0.8</b>
Barranquilla	4	5,558	0.7
Cartagena	2	994	2.0
<b>Occidente</b>	<b>2</b>	<b>3,951</b>	<b>0.5</b>
Buga	1	69	14.5
Cali	1	3,741	0.3
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>71,017</b>	<b>0.6</b>

**Nota:** los municipios que no aparecen en el cuadro tienen una tasa igual a cero.

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



## Causas de muerte post-infantil

Las condiciones económicas y sociales son causas de mortalidad en la etapa post-infantil, causas que obedecen a factores “externos”. Entre las principales causas de mortalidad en edad preescolar (1 a 4 años) están: las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones respiratorias agudas bajas, los accidentes de vehículo de motor (tránsito), las malformaciones congénitas del corazón, la desnutrición calórico proteica, el ahogamiento y sumersión accidentales, la leucemia, las enfermedades endocrinas, metabólicas y las hematológicas e inmunológicas<sup>32</sup>.

En Colombia, 2009, las tres primeras causas de muerte en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas; el ahogamiento y las malformaciones congénitas, cuadro 68<sup>33</sup>.

En la EPS SURA, 2010, en este grupo de afiliados, las principales causas registradas fueron: las afecciones del periodo perinatal y las enfermedades infecciosas, cuadro 71.

En el cuadro 77 se encuentra la distribución de estas causas por municipio.

**Cuadro 77. Causas de muerte (CIE-10) en niños de 1 a 4 años por municipio. POS de EPS SURA 2010.**

Regional	Origen Perinatal	Infecciosas	Síntomas, signos anormales	Congénitas	Respiratorio	Tumores	Otros	Total muertes
<b>Antioquia EC</b>	<b>29%</b>	<b>21%</b>	<b>17%</b>	<b>13%</b>	<b>4%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>24</b>
Copacabana	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	1
Envigado	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Itaguí	20%	20%	0%	20%	20%	0%	20%	5
La Ceja	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	1
Medellín	29%	29%	21%	7%	0%	7%	7%	14
Rionegro	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	1
Sabaneta	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
<b>Centro</b>	<b>20%</b>	<b>10%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>10</b>
Bogotá	22%	11%	33%	11%	11%	0%	11%	9
Zipaquirá	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	1
<b>Norte</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>	<b>6</b>
Barranquilla	0%	50%	25%	0%	0%	25%	0%	4
Cartagena	0%	50%	0%	0%	0%	0%	50%	2
<b>Occidente</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>50%</b>	<b>2</b>
Buga	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	1
Cali	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
<b>Total general</b>	<b>24%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>	<b>10%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>42</b>

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



32. García Olvera, M. Neumonías en pediatría. [acceso 28 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/ticoco/neumonias-en-pediatría>  
33. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.10-11.

### 3.3.3 Mortalidad en la niñez

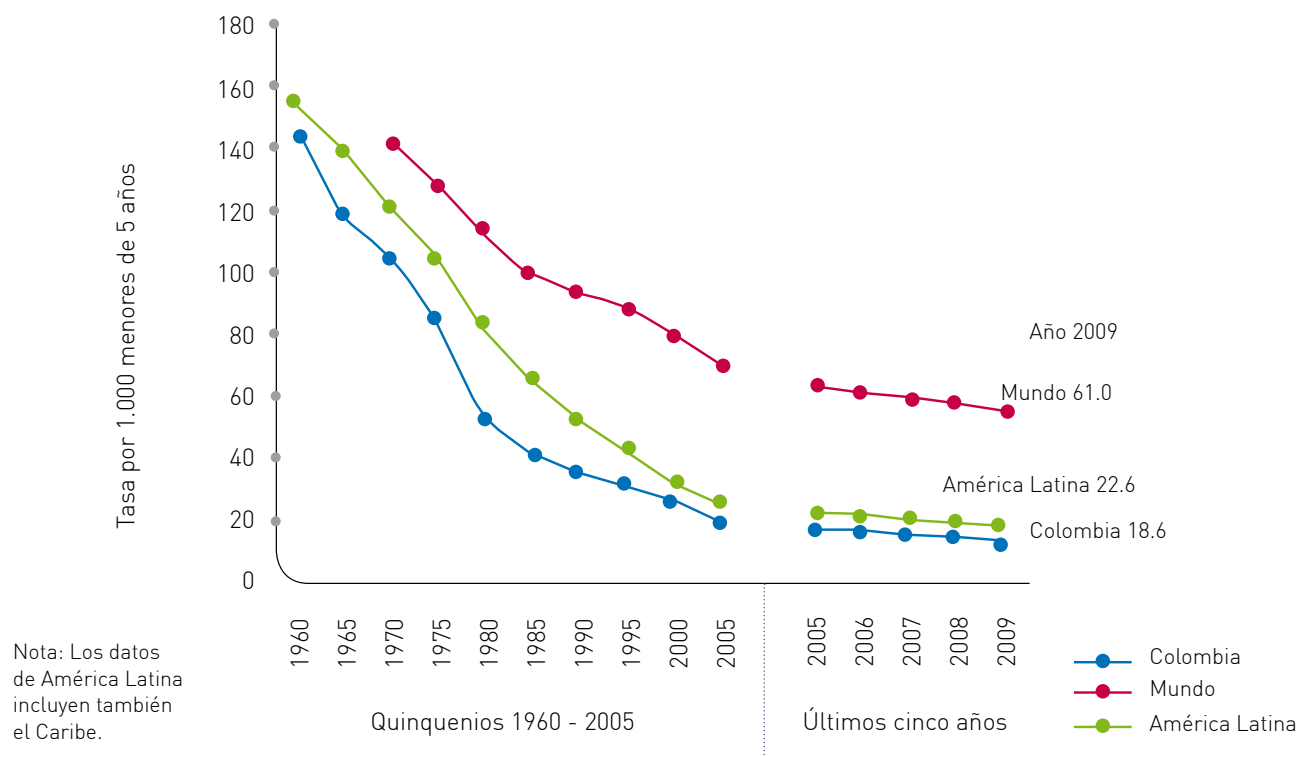
En América Latina se ha generalizado el uso de la expresión mortalidad de la niñez que comprende tanto a la mortalidad infantil como a la mortalidad post-infantil. La tasa de mortalidad de la niñez es el número de defunciones en los menores de 5 años en un período determinado, por 1.000 niños en ese grupo de edad a mediados del año en cuestión<sup>34</sup>. Esta tasa mide la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años.

Debido a que la mortalidad en la niñez está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y de acceso a los bienes y servicios del niño y de la madre, este indicador revela más claramente una brecha de implementación del derecho a la salud. Es un indicador fundamental para el diseño y seguimiento de programas de salud<sup>35</sup>.

La meta número cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establece: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. Esta tasa se ha reducido a nivel global a 9,7 millones por año, frente a los 13 millones de fallecimientos anuales que se registraban en 1990, indicó Unicef<sup>36</sup>.

La tasa de mortalidad en la niñez ha descendido a nivel mundial, en América Latina y el Caribe y, en Colombia, gráfica 56. Reducir a 18,98 la tasa de mortalidad en la niñez (por cada 1.000 niños), es la meta de los ODM para el país y, de acuerdo a las estadísticas del Banco Mundial, ya en el 2009 se había alcanzado.

**Gráfica 56. Tasas de mortalidad en la niñez. El Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia 1960-2009**



**Fuente:** Fuente: Indicadores del desarrollo mundial. Estimaciones armonizadas de la Organización de la Salud, UNICEF y el Banco Mundial. 1960-2009.

34. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>

35. Tasa de mortalidad en la niñez. [acceso 27 junio de 2011]. Disponible en: [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa\\_de\\_mortalidad\\_ninez.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_mortalidad_ninez.htm)

36. Mortalidad infantil bajó en el mundo, con 9,7 millones fallecimientos al año. [acceso 20 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.salud.com/salud-infantil/mortalidad-infantil-bajo-el-mundo-con-97-millones-fallecimientos-al-ano.asp>

En los menores de 5 años afiliados al POS de la EPS SURA, la tasa de mortalidad en la niñez, también ha disminuido en los últimos tres años, pasó de 1,7 a 1,2 niños menores de 5 años muertos por 1.000 niños de la misma edad, sin embargo en 2010, esta tasa se incrementó en un 9,1% respecto a la registrada en el año 2009, gráfica 55.

Las tasas de mortalidad en la niñez por municipio, se encuentran en cuadro 78, en él encontramos que los municipios con las mayores tasas fueron: Buga, Chía y Zipaquirá y, con las menores: Cali, Bello y Rionegro.

**Cuadro 78. Tasa de mortalidad en la niñez por municipio. POS de EPS SURA 2010.**

Regional	No. Fallecidos	No. Afiliados	Tasa Mortalidad Niñez
<b>Antioquia EC</b>	<b>68</b>	<b>57,370</b>	<b>1.2</b>
Bello	4	5,200	0.8
Copacabana	1	912	1.1
Envigado	5	2,231	2.2
Itagüí	10	5,656	1.8
La Ceja	2	929	2.2
Medellín	42	32,971	1.3
Rionegro	2	2,481	0.8
Sabaneta	1	838	1.2
Manizales	1	761	1.3
<b>Centro</b>	<b>19</b>	<b>13,955</b>	<b>1.4</b>
Bogotá	16	11,702	1.4
Chía	1	287	3.5
Zipaquirá	2	609	3.3
<b>Norte</b>	<b>12</b>	<b>8,658</b>	<b>1.4</b>
Barranquilla	9	6,679	1.3
Cartagena	3	1,201	2.5
<b>Occidente</b>	<b>4</b>	<b>4,737</b>	<b>0.8</b>
Buga	1	80	12.5
Cali	3	4,489	0.7
<b>Total general</b>	<b>103</b>	<b>84,720</b>	<b>1.2</b>

Nota: los municipios que no aparecen en el cuadro tienen una tasa igual a cero.

**Fuente:** Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



### Causas de muerte en la niñez

Las infecciones respiratorias, la desnutrición y los accidentes caseros son unas de las causas principales de mortalidad en niños menores de 5 años. Según la Unicef, la mortalidad infantil es un indicador del nivel de desarrollo de un país y, de algún modo, el reflejo de sus prioridades.



La primera causa de muerte en los menores de 5 años es la infección respiratoria aguda (26%), seguida de la desnutrición y la anemia (21%), las malformaciones congénitas (19%) y los accidentes en el hogar (17%). Entre más pequeño es el niño, más probable es que el accidente lo cause alguien cercano a él (un familiar)<sup>37</sup>.

Del total de muertes que ocurren cada año en Colombia, el 12% corresponden a accidentes y, de estas, la electrocución y el envenenamiento por gas representan un 10%. Según el Instituto de Medicina Legal, hasta abril del 2009, 59 niños llegaron a esta institución con lesiones producidas en sus casas. Los accidentes más frecuentes fueron intoxicaciones, ahogamientos, quemaduras y caídas de altura<sup>38</sup>.

En los menores de 5 años afiliados al POS de EPS SURA, las principales causas de muerte fueron: las afecciones de origen perinatal, las malformaciones congénitas, las enfermedades infecciosas, las del sistema respiratorio y los tumores, entre otras.

En el cuadro 79 se encuentra la distribución de estas causas por municipio.

**Cuadro 79. Causas de muerte (CIE-10) en niños menores de 5 años por municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Origen Perinatal	Congénitas	Síntomas, signos anormales	Infecciosas	Respiratorio	Tumores	Otras	Total muertes
<b>Antioquia EC</b>	<b>47%</b>	<b>24%</b>	<b>7%</b>	<b>9%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>68</b>
Bello	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	4
Copacabana	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Envigado	60%	20%	0%	0%	0%	0%	20%	5
Itaguí	30%	20%	10%	10%	10%	10%	10%	10
La Ceja	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	2
Medellín	50%	21%	7%	12%	5%	2%	2%	42
Rionegro	50%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	2
Sabaneta	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Manizales	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	1
<b>Centro</b>	<b>32%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>5%</b>	<b>16%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>
Bogotá	38%	19%	19%	6%	13%	0%	6%	16
Chía	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Zipaquirá	0%	0%	50%	0%	50%	0%	0%	2
<b>Norte</b>	<b>17%</b>	<b>25%</b>	<b>8%</b>	<b>25%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>17%</b>	<b>12</b>
Barranquilla	22%	22%	11%	22%	0%	11%	11%	9
Cartagena	0%	33%	0%	33%	0%	0%	33%	3
<b>Occidente</b>	<b>25%</b>	<b>50%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>25%</b>	<b>4</b>
Buga	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	1
Cali	33%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	3
<b>Total general</b>	<b>40%</b>	<b>24%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>103</b>

Fuente: Informe Egresos Hospitalarios. Programa Salud en Casa. Risc. EPS SURA 2010.



37. Infecciones respiratorias, desnutrición y accidentes caseros: causas de mortalidad en menores de cinco años. [acceso 27 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.abcdelbebe.com/node/154702>

38. Infecciones respiratorias, desnutrición y accidentes caseros: causas de mortalidad en menores de cinco años. [acceso 27 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.abcdelbebe.com/node/154702>

### 3.4 Indicadores de salud materno-infantil

Dentro de las estadísticas sociales, los indicadores sobre la salud materno-infantil son de gran importancia en la formulación de las políticas de desarrollo humano, debido a su relación con dos grupos estratégicos de población: madres e hijos menores de edad.

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación de salud de un país.

#### 3.4.1 Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal, es el número de defunciones perinatales por 1.000 nacimientos<sup>39</sup>. Las defunciones perinatales normalmente incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación (conocido como mortinato u óbito fetal) y las defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos, o sea, todos los nacimientos después de 28 semanas de gestación (nacidos vivos más mortinatos). Esta tasa mide la probabilidad de morir después de 28 semanas de embarazo y antes de los 7 días de vida.

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto que refleja directamente la atención prenatal, intraparto y postparto, por lo tanto sirve para evaluar la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que ella vive. Las tasas crecientes pueden reflejar un deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los mismos. Se debe tenerse en cuenta que esta tasa se puede aumentar por las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales, hecho que se complica debido a que: los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas pueden ser difíciles de identificar, pues muchos embarazos perdidos no son admitidos y muchas defunciones infantiles no son reconocidas hasta que el niño alcanza cierta edad; en muchas regiones hay fallas en el registro de las estadísticas vitales, además no es fácil de hacer la distinción entre un nacido muerto y una muerte neonatal. Las causas de mortinatos y muertes neonatales están correlacionadas y, si sólo se examina una de ellas, se puede subestimar el nivel de la mortalidad perinatal<sup>40</sup>.

Se estima que cada año se presentan 8 millones de muertes perinatales en el mundo, la mitad antes del nacimiento, 2,9 millones antes de los siete días de vida y 1,1 millones entre los días 7 y 28 de vida. El 98% de ellas ocurren en los países en vía de desarrollo<sup>41</sup>.

39. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>

40. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 13 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

41. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why?. *Te Lancet*. 2005 Mar 5; 365 [9462]: 891-900.

En Colombia, de acuerdo a los resultados de ENDS-2010, y comparando con las cifras obtenidas en encuestas anteriores, se encontró que:

- La tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 en 2000 a 17 por mil en 2005 y a 14 por mil en 2010.
- La tasa aumenta con la edad de la madre, desde 9 por mil entre los nacimientos de madres menores de 20 años, hasta 39 por mil para las mayores de 40 años.
- A mayor educación, menor mortalidad perinatal. La mortalidad perinatal en hijos de madres sin educación es de 19 por mil y en madres con educación superior 13 por mil nacimientos.
- A mayor nivel de riqueza, menor mortalidad perinatal. La mortalidad perinatal en las mujeres del nivel más alto es de 10 por mil y las de nivel más bajo 16 por mil.

En los afiliados al POS de EPS SURA, 2010, se registró una tasa de mortalidad perinatal corregida<sup>42</sup>, de 6,0 muertes por cada 1.000 nacidos (6,8 en 2009). Tasa que venía creciendo hasta el año 2005 y que a partir de éste, comenzó su descenso y pasó de 7,0 a 6,0 muertes por cada 1.000 nacidos, gráfica 57.

**Gráfica 57. Mortalidad perinatal. POS de EPS SURA 2001-2010**



NV: nacidos vivos.

**Fuente:** Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA. 2001-2010.

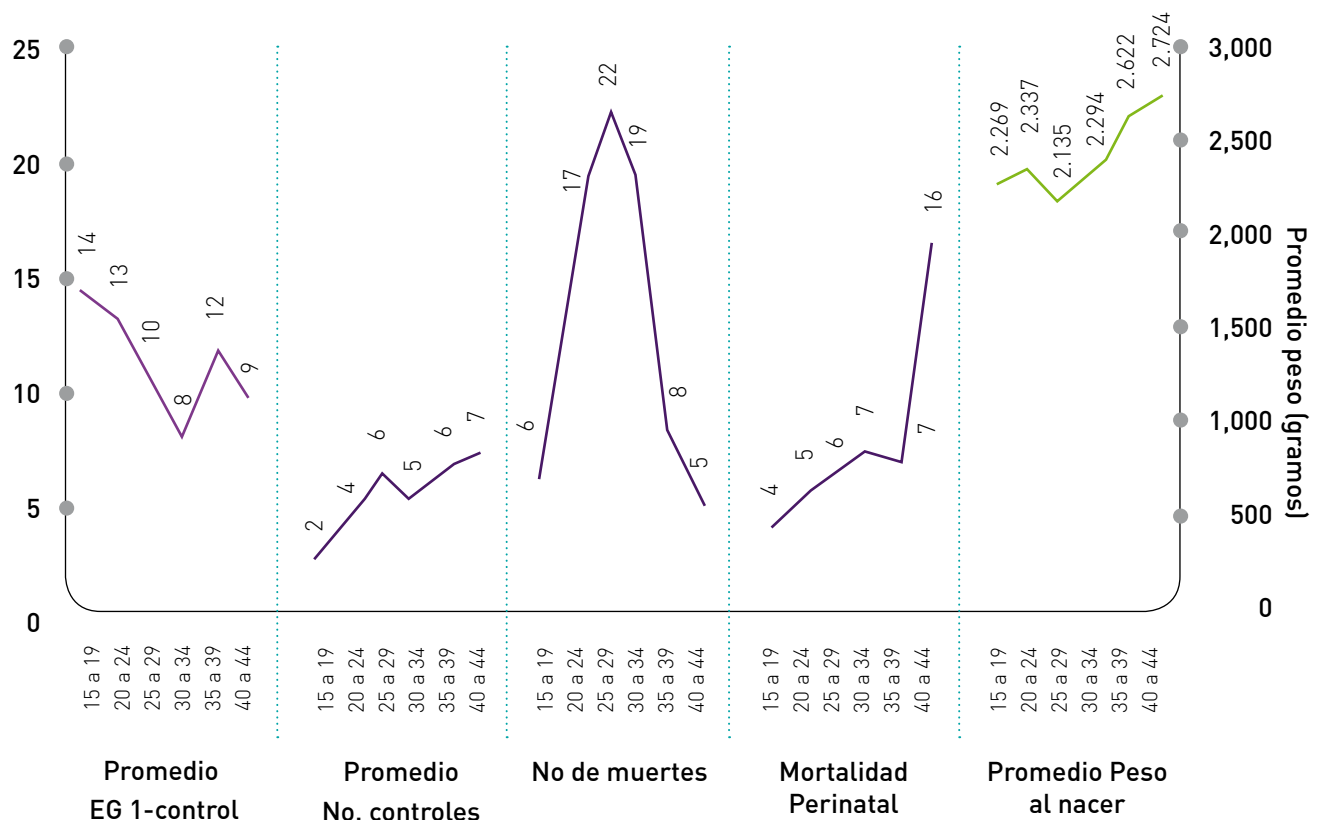


42. En la Mortalidad perinatal corregida sólo se tienen en cuenta los recién nacidos con peso igual o mayor a 1.000 gramos y este indicador es el que se utiliza para hacer las comparaciones a nivel internacional.

Retomando la gráfica 55, es importante señalar la tasa de mortalidad perinatal (probabilidad de morir que se da en las últimas semanas de gestación y primeros siete días de vida) pues, un niño en este periodo de vida tiene 10 veces más probabilidad de morir que cuando tiene de 1 a 4 años y, 5 veces más que morir en los primeros cinco años de vida.

Diferentes estudios han señalado la relación existente entre la tasa de mortalidad perinatal: y la edad de la madre (a mayor edad mayor mortalidad perinatal), y el peso del neonato (a menor peso mayor mortalidad). La gráfica 58, fue construida para tratar de explorar la relación existente entre la edad de madre (agrupada por quinquenios) y: el número de controles, la edad gestacional (EG) en el primer control, el peso promedio del neonato y la tasa de mortalidad perinatal. Los datos mostraron que, al menos en este grupo de madres, a mayor edad de la madre: menor edad gestacional (semanas de gestación) en el primer control, mayor promedio de controles, mayor promedio peso del neonato pero, mayor tasa de mortalidad perinatal. Lo anterior señala que, a pesar del control prenatal, en el grupo de gestantes de mayor edad existen otros factores que hacen que la mortalidad perinatal se incremente a medida que aumente la edad de la madre.

**Gráfica 58.** Edad gestacional (EG) primer control, controles prenatales, mortalidad perinatal y peso promedio por edad de la madre. POS de EPS SURA 2010



EG: edad gestacional en semanas.  
Fuente: Dirección de Auditoría. EPS SURA 2010.



Otras de las características encontradas en las gestantes que presentaron muertes perinatales en la EPS fueron:

- El 88,2% de las gestantes asistían a control prenatal, 95,0% en 2009, disminuyó en el último año.
- El 73,7% ingresó al control en el primer trimestre del embarazo; el ingreso más tardío registrado fue en la semana 34, 70,0% en 2009, aumentó.
- El 65,8% de ellas tenía cuatro o más controles al momento de la muerte perinatal, 72,0% en 2009, disminuyó.
- El 56,6% de estos niños nacieron por parto natural (51,0% en 2009), 43,4% por cesárea (47,0% en 2009), disminuyó el porcentaje de cesáreas.
- El peso promedio al nacimiento fue de 2.318 gramos (2.017 en 2009), aumentó en el último año.

El comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal por regional, en el periodo 2005-2010, se puede ver en la gráfica 59. En ella se ve el incremento registrado en la tasa en las regionales de: Occidente, Norte y Centro y, la disminución, en la regional Antioquia EC, ésta regional fue la única que estuvo por debajo de la mortalidad estimada para toda la EPS en 2010, la cual fue de 6,0 muerte por 1.000 nacimientos.

**Gráfica 59. Tasa de mortalidad perinatal por regional. POS de EPS SURA 2005-2010**




NV: nacidos vivos.

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA. 2005-2010.

En el cuadro 80 se encuentra la tasa de mortalidad perinatal y otras variables relacionadas con la madre, por municipio. En él se deben señalar los municipios que registraron la mayores tasas en 2010 los cuales fueron: Tenjo, Cartagena, La Ceja, Copacabana y Envigado.

**Cuadro 80.** Edad gestacional (EG) primer control, controles prenatales, peso del neonato y mortalidad perinatal por municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	No. Muertes perinatales	Número RN	Mortalidad perinatal	Promedio Peso RN	Promedio EG 1er control	Promedio No. Controles
<b>Antioquia EC</b>	<b>42</b>	<b>8,449</b>	<b>5.0</b>	<b>2,441</b>	<b>11.2</b>	<b>5.3</b>
Bello	3	767	3.9	2,287	6.0	6.0
Copacabana	2	135	14.8	1,440	11.5	3.5
Envigado	5	383	13.1	2,318	8.8	6.4
Girardota	1	132	7.6	1,610	8.0	6.0
Itagüí	5	887	5.6	1,775	7.4	5.0
La Ceja	2	134	14.9	1,770	6.5	6.5
Manizales	1	106	9.4	3,870	7.0	8.0
Medellín	23	4,835	4.8	2,674	14.0	5.0
<b>Centro</b>	<b>18</b>	<b>2,169</b>	<b>8.3</b>	<b>2,220</b>	<b>9.7</b>	<b>4.7</b>
Bogotá	14	1,785	7.8	2,175	10.0	5.0
Bucaramanga	2	173	11.6	1,495	6.0	2.5
Tenjo	1	15	66.7	3,530	14.0	1.0
Zipaquirá	1	104	9.6	3,000	8.0	8.0
<b>Norte</b>	<b>12</b>	<b>1,445</b>	<b>8.3</b>	<b>2,220</b>	<b>8.6</b>	<b>6.2</b>
Barranquilla	9	1,181	7.6	2,004	8.1	5.6
Cartagena	3	143	21.0	2,867	10.0	8.0
<b>Occidente</b>	<b>5</b>	<b>676</b>	<b>7.4</b>	<b>1,952</b>	<b>15.2</b>	<b>3.0</b>
Cali	5	651	7.7	1,952	15.2	3.0
<b>Total general</b>	<b>77</b>	<b>12,739</b>	<b>6.0</b>	<b>2,318</b>	<b>10.7</b>	<b>5.1</b>

Tasa por mil nacidos.   
Fuente: Dirección de Auditoría. EPS SURA 2010.

### Causas de muerte perinatal

Según el Ministerio de la Protección Social, en Colombia, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal son<sup>43</sup>: síndrome de dificultad respiratoria, afecciones respiratorias, hipoxia y asfixia al nacer, trastornos digestivos y complicaciones de la placenta y el cordón.

En el cuadro 81 se muestran las principales causas de muertes perinatales en la EPS SURA y por municipio, ellas fueron: malformación congénita, muerte intrauterina, presentación cefálica, preeclampsia, entre otras.

43. Mortalidad perinatal. [acceso 1 de Julio de 2011]. Disponible en; <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/523/1/mortalidad%20perinatal.pdf>

Cuadro 81. Principales causas de muerte perinatal por municipio. POS de EPS SURA 2010

Regional	Malformación congénita	Muerte intrauterina	Presentación cefálica	Pre-eclampsia	Falso trabajo parto	Circular	Ruptura uterina	Sufrimiento fetal	Abrupsio placenta	Obito fetal	Otras	Total muertes
Antioquia EC	37%	7%	12%	7%	2%	0%	2%	2%	5%	0%	24%	41
Bello	67%	0%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3
Copacabana	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	2
Envigado	25%	25%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	4
Girardota	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Itaguí	20%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	40%	5
La Ceja	0%	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2
Medellín	39%	4%	13%	4%	4%	0%	4%	4%	4%	0%	22%	1
Manizales	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	23
Centro	6%	28%	11%	6%	11%	17%	0%	0%	0%	0%	22%	18
Bogotá	7%	29%	7%	0%	14%	21%	0%	0%	0%	0%	21%	10
Bucaramanga	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	2
Tenjo	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Zipaquirá	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Norte	33%	17%	0%	8%	0%	0%	8%	0%	0%	17%	17%	12
Barranquilla	33%	22%	0%	11%	0%	0%	11%	0%	0%	11%	11%	9
Cartagena	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	33%	3
Occidente	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	60%	5
Cali	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	0%	0%	60%	5
Total general	28%	13%	9%	7%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	25%	76

Fuente: Dirección de Auditoría. EPS SURA 2010.

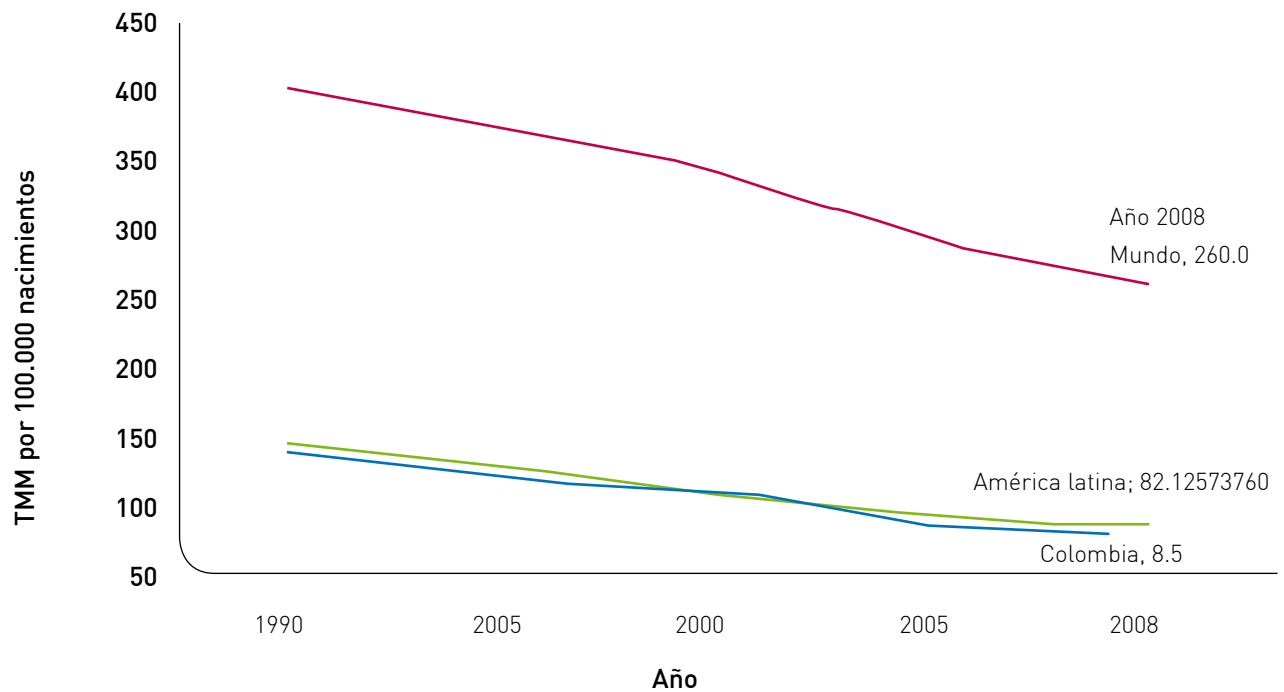
3.4.2 Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna, es el número anual de defunciones en mujeres debidas a complicaciones en el embarazo y el alumbramiento por 100.000 nacidos vivos. Esta razón mide la probabilidad de muerte de una mujer una vez que se embaraza, conocida como riesgo obstétrico. A veces se usa por 1.000 ó 10.000 nacidos vivos<sup>44</sup>.

Aunque la mortalidad materna ha venido disminuyendo, gráfica 60; en el mundo, 2008, la tasa de muerte materna por 100.000 nacidos vivos fue de 260,0<sup>45</sup>. Al año mueren 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, de estas muertes, el 99,3% (532 mil) ocurren en los países en vía de desarrollo. Desde 1990 hasta la fecha se ha logrado disminuir sólo el 1% de las muertes por año.

44. Glosario Programa Centroamericano de Población. [acceso 20 de junio de 2011]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/glosario.htm>  
45. Tasa de mortalidad materna. Indicadores del desarrollo mundial. [acceso 25 de junio de 2011]. Disponible en : <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>

**Gráfica 60.** Tasa de mortalidad materna. El Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia 1990-2008.



**Fuente:** Tasa de mortalidad materna. Indicadores del desarrollo mundial.



En su afán por alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en Colombia se han realizado importantes progresos para reducir la pobreza extrema y crear oportunidades de desarrollo equitativas para toda la población. Sin embargo, aún quedan desafíos por abordar como: asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, reducir el embarazo no deseado entre adolescentes y lograr su acceso universal a la educación integral, reducir la mortalidad materna, prevenir el VIH/Sida y avanzar en la igualdad y equidad de género.

Entre los ODM se encuentra el de “Mejorar la salud sexual y reproductiva”, cuya meta es reducir a 45 la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.

La mortalidad de mujeres gestantes continúa siendo un preocupante problema de salud pública en Colombia. A pesar de ser un país donde el 90,7%<sup>46</sup> de los partos son atendidos por médicos o enfermeras en instituciones de salud, aún se presentan problemas de calidad en los servicios, que se traducen, según los datos del Banco Mundial, 2008, en una razón de mortalidad de mujeres gestantes de 85 muertes por cien mil nacidos vivos. Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay. En el país, las diferencias territoriales confirman la relación entre la desigualdad social y la muerte de mujeres gestantes, mientras en Antioquia mueren cerca de 42 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, en Chocó mueren cerca de 200 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos<sup>47</sup>.

46. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009, pág.17

47. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. [acceso 28 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&s=n&x=61735>



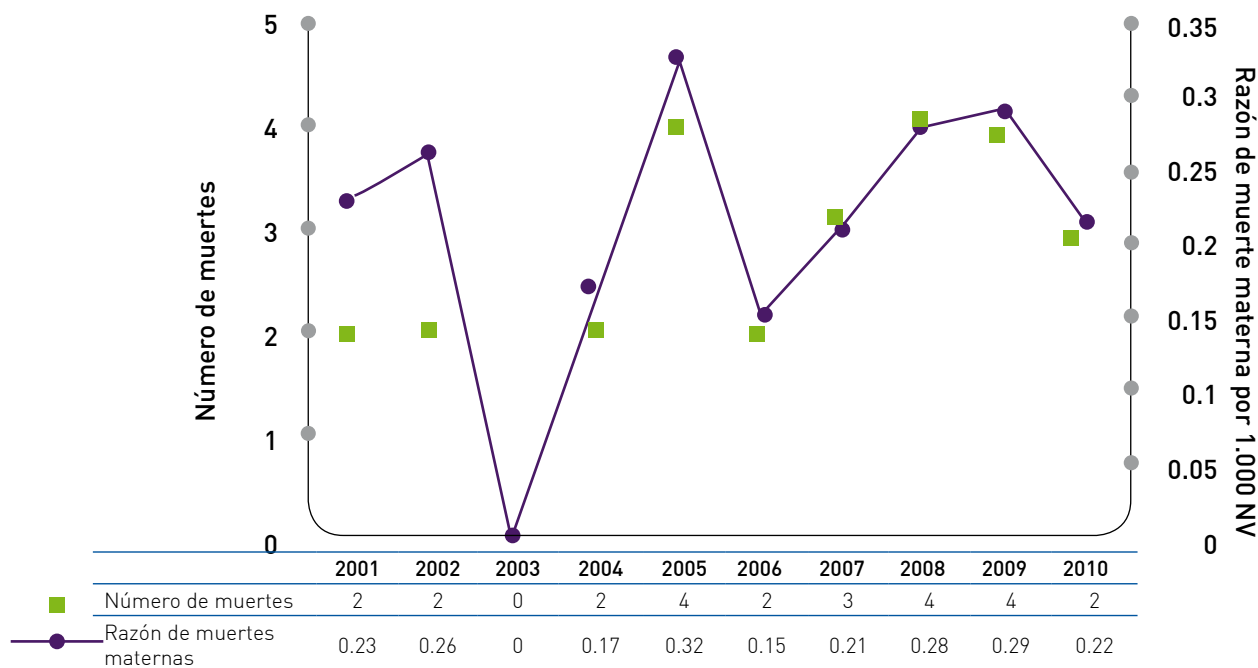
Existen tres demoras en la atención de una mujer gestante que pueden ocasionar su muerte:

- Demoras en tomar la decisión de acudir al centro de salud a tiempo, se subvaloran los síntomas y signos de alerta, por ejemplo, por parte de la familia, las parejas, etc.
- Demoras en llegar al centro de salud, por barreras geográficas, por dificultades económicas, etc.
- Demoras en la atención, por barreras administrativas que dificultan el acceso oportuno a una atención especializada y de calidad.

Se estima que cerca del 98% de las muertes de mujeres embarazadas son evitables. Para prevenir la mortalidad materna se necesitan acciones como: mejorar los servicios obstétricos especializados, controlar y vigilar a los prestadores de servicios de salud, crear un marco jurídico y legislativo que proteja los derechos de las mujeres gestantes, invertir las muertes y sancionar a las personas responsables cuando se trate de fallas en la atención en salud, capacitar al personal de salud, difundir los derechos de las mujeres embarazadas, satisfacer las necesidades básicas de las mujeres gestantes en nutrición, sanidad, vivienda, educación, seguridad social, entre otras y, mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a planificación familiar. El riesgo de muerte materna es el doble en las adolescentes, en comparación con mujeres adultas. En Colombia, según datos de la ENDS-2010, el 19,5% de las adolescentes ha estado alguna vez embarazada, esto señala la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de educación sexual para adolescentes, tanto mujeres como hombres, y garantizar una atención en salud de calidad.

La razón de mortalidad materna en las afiliadas al POS de la EPS SURA, después de presentar una tendencia al incremento en los últimos años, disminuyó en 2010 y fue igual a 0,22 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos, gráfica 61.

**Gráfica 61. Razón de mortalidad materna. POS de EPS SURA 2001-2010**

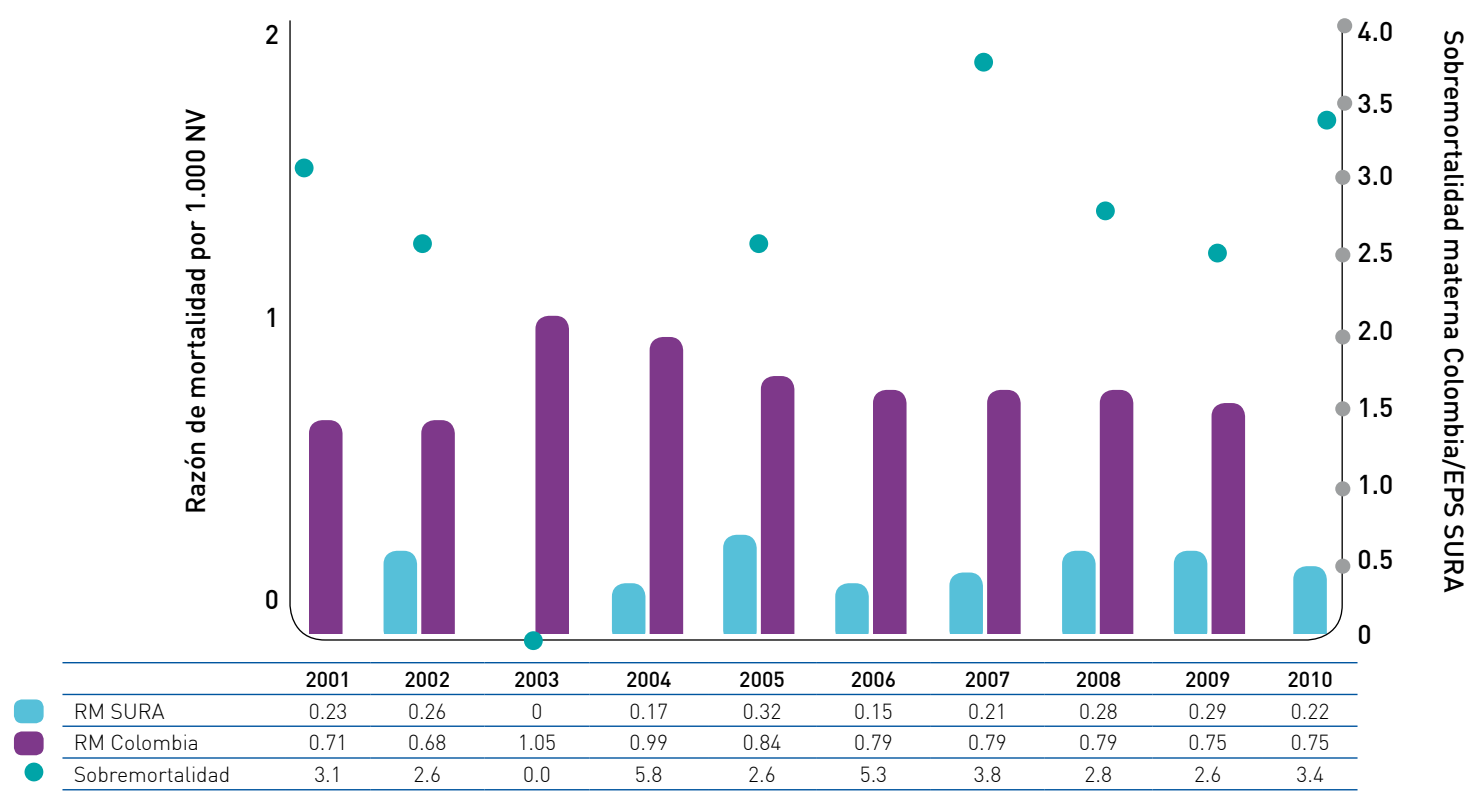


Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA. 2001-2010.



En la gráfica 62, se registra la sobremortalidad materna de las mujeres en Colombia versus las afiliadas al POS de EPS SURA, la cual para el año 2010 fue de 3,4<sup>48</sup>, esto significa que por cada siete muertes de maternas en Colombia, ocurren dos en las afiliadas de EPS SURA.

Gráfica 62. Sobremortalidad materna. Colombia, POS de EPS SURA 2001-2010




**Fuente:** Coordinación de Promoción y Prevención. Dirección de Auditoría. EPS SURA. 2001- 2010. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2001 - 2009.

En la EPS SURA, 2010, se registraron 3 muertes maternas, una en cada uno de los municipios de: La ceja, Cali y Bogotá. Por regional y municipio, la razón de muerte materna en la EPS presenta grandes diferencias. De acuerdo a las cifras se podría decir que, respecto a la regional Antioquia EC, regional que registró la menor mortalidad materna, el riesgo de que ocurra una muerte materna es 6 veces mayor en la regional del Norte y 4 veces mayor en la regional del Centro. El municipio con la mayor razón de mortalidad materna fue La Ceja, esta fue 31 veces mayor que la de toda la EPS, cuadro 82.

48. En Colombia 2010, se tomó la misma tasa de 2009, dada por Ministerio de la Protección Social.

**Cuadro 82. Razón de mortalidad materna por municipio. POS de EPS SURA 2010**

Regional	No. Muertes	No. RN	RMM * 1.000 RN
<b>Antioquia EC</b>	<b>1</b>	<b>8,449</b>	<b>0.12</b>
La Ceja	1	134	7.46
<b>Centro</b>	<b>1</b>	<b>2,169</b>	<b>0.46</b>
Bogotá	1	1,785	0.56
<b>Norte</b>	<b>1</b>	<b>1,445</b>	<b>0.69</b>
Barranquilla	1	1,181	0.85
<b>Occidente</b>	<b>0</b>	<b>676</b>	<b>0.00</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12,739</b>	<b>0.24</b>

RMM: Razón de mortalidad materna.  
Fuente: Dirección de Auditoría. EPS SURA 2010. 

### Causas de muerte materna

De acuerdo al origen médico de la causa de muerte, las muertes maternas a nivel internacional se dividen en dos categorías generales: las muertes obstétricas directas y las indirectas.

En el mundo, entre las principales causas de muerte obstétrica directas se encuentran: la hemorragia grave 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 parto<sup>49</sup>.

En Colombia, las causas de muerte materna más frecuentes son<sup>50</sup>: la hipertensión inducida por el embarazo (32,0%), la hemorragia (25,0%), el shock séptico (10,7%).

En la EPS SURA, 2010, en dos de las muertes se había identificado la causa en el momento de realizar este documento. Una de ellas fue un shock séptico ocurrido en una gestante VIH positiva y, la otra, una preeclampsia severa complicada con una ruptura de útero y posterior shock séptico. En la tercera muerte no se había identificado la causa y fue una paciente encontrada muerta en la casa, cuadro 83.

49. Plata, María Isabel. Hacia la Maternidad Segura. Informe Especial de Profamilia, Resumen de World Health Day. 7 abril 1998. pág.20.

50. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. [acceso 28 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&s=n&x=61735>

Cuadro 83. Características de las muertes maternas. POS de EPS SURA 2010

Regional	Municipio	Semanas cotizadas	Diagnóstico egreso	Complicación	Días estancia	Semanas embarazo	Control prenatal	EG 1er. Control	No. Controles	Causa muerte
Antioquia EC	La Ceja	135	NA	NA	0		SI	5	4	La encontraron muerta en la casa
Centro	Bogotá	400	Neumonía, no especificada	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [vih]	16	14	SI	9	3	Shock séptico secundario a neumonía por P. carinii secundario a VIH
Norte	Barranquilla	523	Preeclampsia severa	Ruptura uterina	4	28	SI	8	5	Insuficiencia respiratoria aguda en ventilación mecánica - Shock hipovolémico/séptico de foco abdominal - síndrome anémico severo en resolución - síndrome de Sheejam - síndrome de Hellp a esclarecer - Pop de histerectomía abdominal 2rio a ruptura uterina posparto - estados pos reanimacion cardiocerebro pulmonar.

Fuente: Dirección de auditoría. EPS SURA 2010.

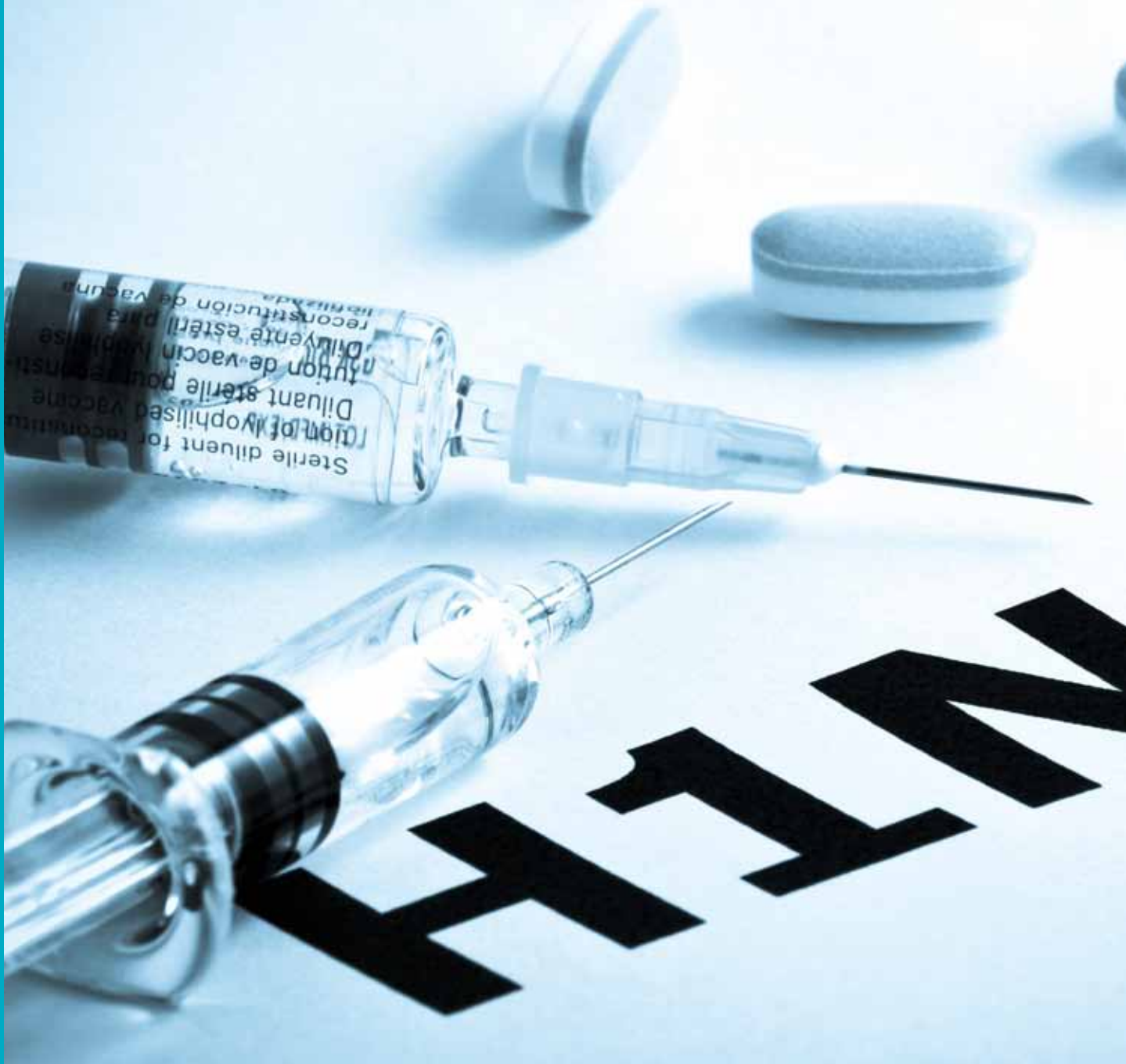
Las tres gestantes ingresaron a control prenatal en el primer trimestre, entre la semana 5 y la 8; tuvieron entre 3 y 5 controles<sup>51</sup>; todas ellas llevaban más de dos años afiliadas a la EPS.

Entre las estrategias implementadas en la EPS SURA para prevenir las muertes maternas en el postparto se tienen:

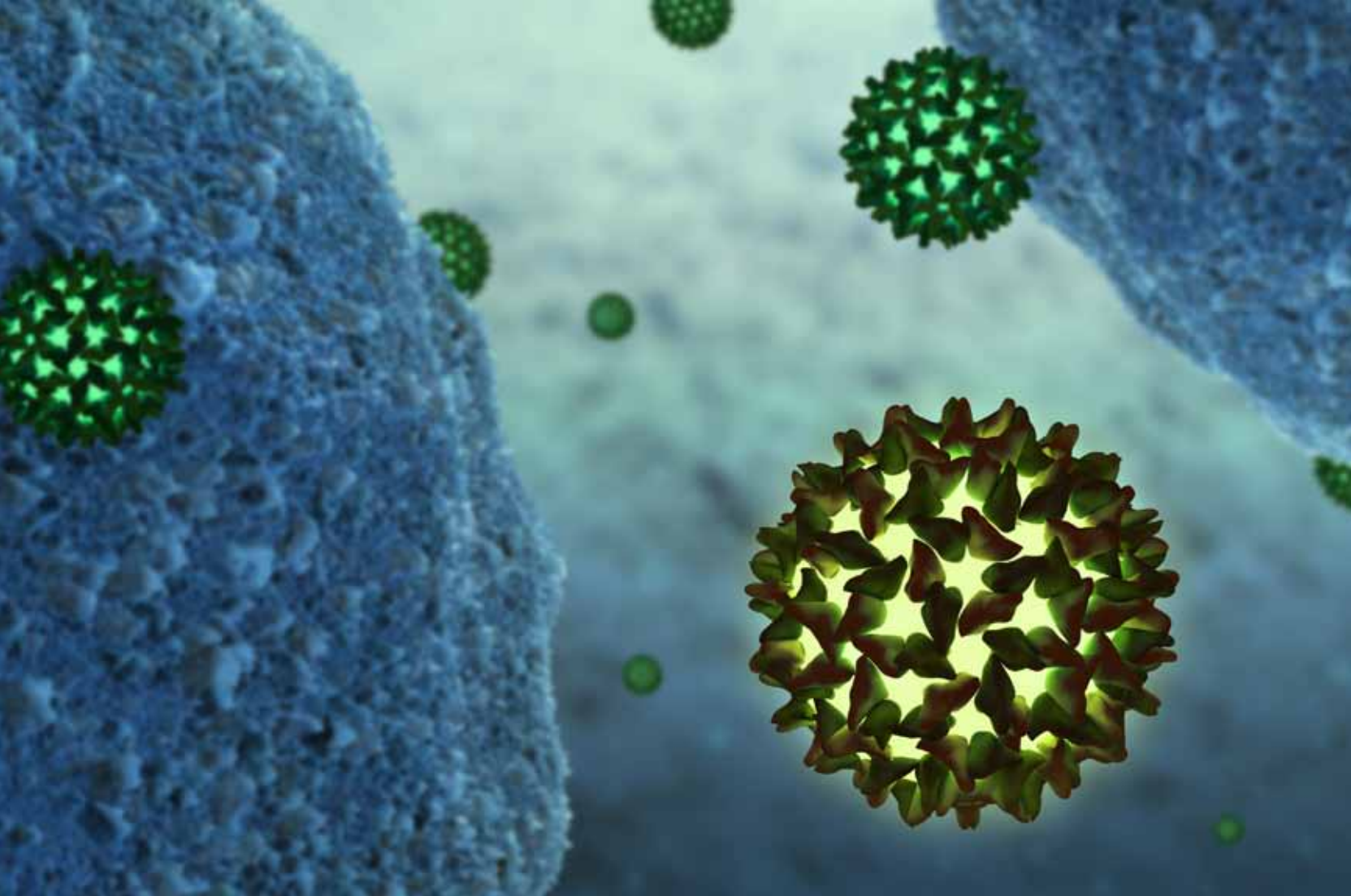
- Fortalecer el control prenatal.
- Seguimiento estricto de la materna y el recién nacido durante los primeros 20 días posparto.
- Inducir a la consulta temprana de planificación familiar con el objetivo de disminuir el número de hijos por mujer, espaciar el periodo intergenésico y disminuir los embarazos en edades extremas del período reproductivo.
- Mejorar la eficiencia de los servicios de atención obstétrica en las IPS adscritas y propias.

Se debe mencionar que cada una de estas muertes se analizó interna y externamente. A nivel interno 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, dando cumplimiento a lo establecido en el sistema de fortalecimiento de la gestión, emanado por el Ministerio de la Protección Social en 2001.

51. Cuatro controles son el número mínimo exigido por la Organización Mundial de la Salud para asegurar la identificación de factores de riesgo potencialmente prevenibles.



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



# Enfermedades de interés en salud pública y vacunación

## 4.1 Enfermedades de interés en salud pública

El Ministerio de la Protección Social, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario; en agosto de 2007, promulgó el Decreto número 3039 de 2007, por medio del cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010, cuyo propósito era definir una política pública en salud en el territorio colombiano, que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población; prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad; promover condiciones y estilos de vida saludables; prevenir y superar los riesgos para la salud; y recuperar o minimizar el daño.

El Plan Nacional de Salud Pública incluye, las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud; y define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, entes territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).



En Colombia, el PNSP 2007-2010, en coherencia con la Resolución 425, el Plan Territorial 2008-2011, el Plan de Choque Contra la Mortalidad Materna, el Plan Nacional de Salud Oral, el Plan Nacional de Salud Ocupacional y las Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva; tienen un único objeto en común, y éste es mejorar el estado de la salud de la población colombiana, para evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento y disminuir las inequidades en salud.

Con el propósito de mejorar el bienestar de la población y que el impacto de las enfermedades transmisibles, las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades sea mínimo; la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) fijó prioridades en salud, las cuales para el periodo 2007-2010 fueron:

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La nutrición.
- La seguridad sanitaria y del ambiente.
- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

En EPS SURA, la prioridad y el compromiso con más de un millón de afiliados, son las actividades de protección específica y detección temprana de alteraciones de salud, pilares de sus procesos de atención; que garantizan a los afiliados de la EPS, la protección oportuna contra riesgos y el manejo eficiente de la enfermedad, mediante su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; a fin de reducir el daño y evitar secuelas, incapacidad o muerte, ya sea individual o colectiva.

SURA, como EPS, sigue comprometida en generar estrategias y realizar los ajustes necesarios para ejecutar el Plan Territorial de Salud en cada municipio donde opera, y desarrollar las acciones que integren el PNSP con las intervenciones colectivas en los municipios donde tiene afiliados.

#### 4.1.1 Indicadores de cumplimiento

El Acuerdo 117 de 1998, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y la atención de enfermedades de interés en salud pública. En su Artículo 15, hace referencia a los indicadores de gestión utilizados para evaluar las actividades desarrolladas por: las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y ARS, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción y Prevención; y con los cuales determinará los niveles de calidad, suficiencia y coberturas mínimas aceptables para el desarrollo de los contenidos de dicho Acuerdo. Estos indicadores están incluidos en las Normas Técnicas y Guías de Atención Integral, según sea el caso<sup>1</sup>.

La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento; y se adoptan las

---

1. Acuerdo 117 de 1998. [Acceso 6 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>

Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública definidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud<sup>2</sup>.

Los indicadores de cumplimiento se caracterizan por expresar el número de actividades realizadas durante un período de tiempo, en relación con el número de actividades programadas en el mismo período. Los numeradores de los indicadores se refieren al número de actividades efectivamente realizadas por la entidad, en cada territorio y en los servicios evaluados para el período de interés, y el denominador corresponde a la estimación del número de actividades a ser desarrolladas en el mismo período. El resultado obtenido de la relación numerador/denominador (ejecución/programación), se analiza de acuerdo con las metas de cumplimiento establecidas para cada uno y con los parámetros de comparación, calificando el logro de la gestión como: Muy Deficiente, Deficiente, Aceptable y Óptimo, de acuerdo a la puntuación obtenida entre 0 y 100%<sup>3</sup>.

En el cuadro 84, se ilustra la organización de los parámetros de comparación de acuerdo a la meta esperada.

**Cuadro 84. Parámetros de comparación de los indicadores y metas de cumplimiento**

Parámetros de Comparación		
100%	>100%	Mayor que 100%
80%	Óptimo	Límite superior meta hasta 100%
60%	Aceptable	Meta más o menos 5%
40%	Deficiente	Límite inferior aceptable hasta el 50% de la meta
20%	Muy deficiente	Menos del 50% de la meta

Fuente: Resolución 3384 de 2000.



### Metas de cumplimiento para el Régimen Contributivo

En la Resolución 3384 de 2000, a cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de Protección Específica y Detección Temprana del Régimen Contributivo, se le fijaron metas de cumplimiento. A continuación se presentan los resultados de los indicadores trazadores más relevantes:

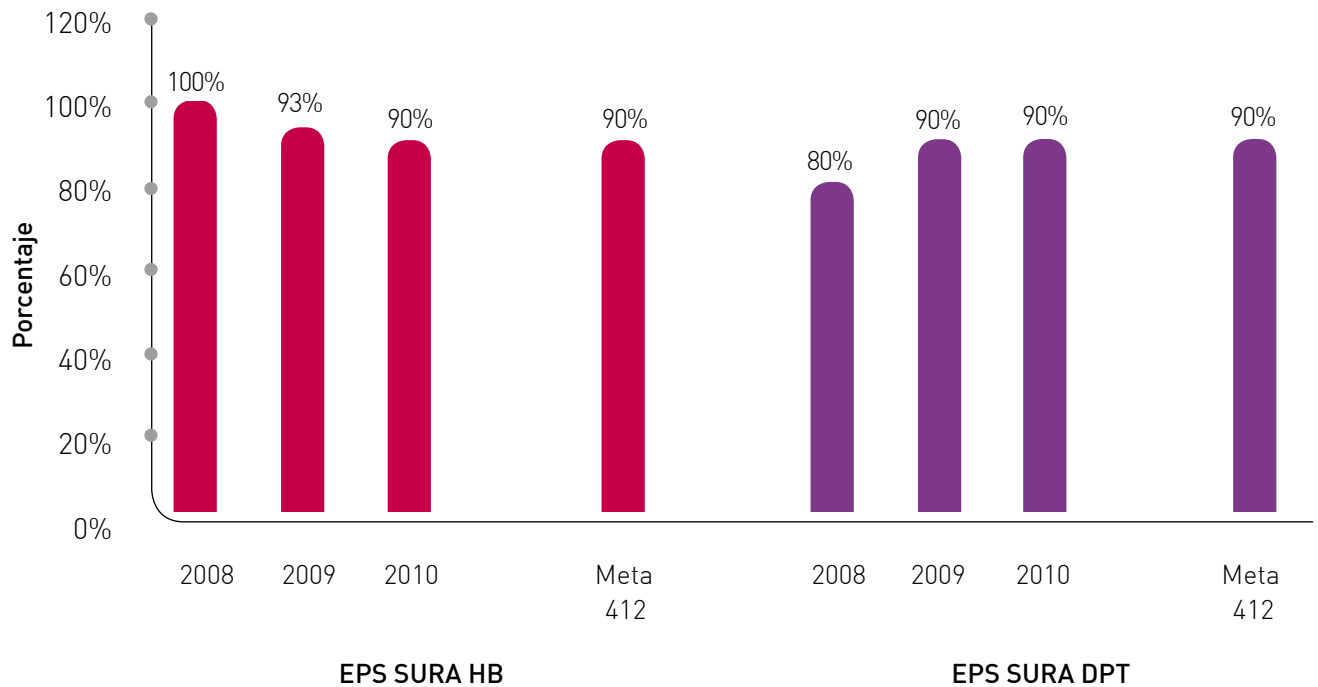
#### 4.1.1.1 Aplicación de dosis de anti-hepatitis (HB) y DPT

En 2010, la aplicación de esta norma técnica tuvo un cumplimiento óptimo de acuerdo a la meta establecida por la norma en la cual, para el régimen contributivo, en lo referente a la aplicación de dosis de anti-hepatitis y DPT es del 90%, gráfica 63.

- Ministerio de Protección Social. Contexto normativo y político para la reducción de la mortalidad materna. [Acceso 6 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.saludtolima.gov.co/portal/website/publicaciones/.../download.php?id..>
- Resolución 3384 de 2000. [Acceso 6 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad\\_Regimen\\_Contributivo/resolucion\\_3384\\_2000.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_3384_2000.pdf)



**Gráfica 63. Cumplimiento dosis antihepatitis (HB) y DPT. POS de EPS SURA 2008-2010**



**Fuente:** Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.

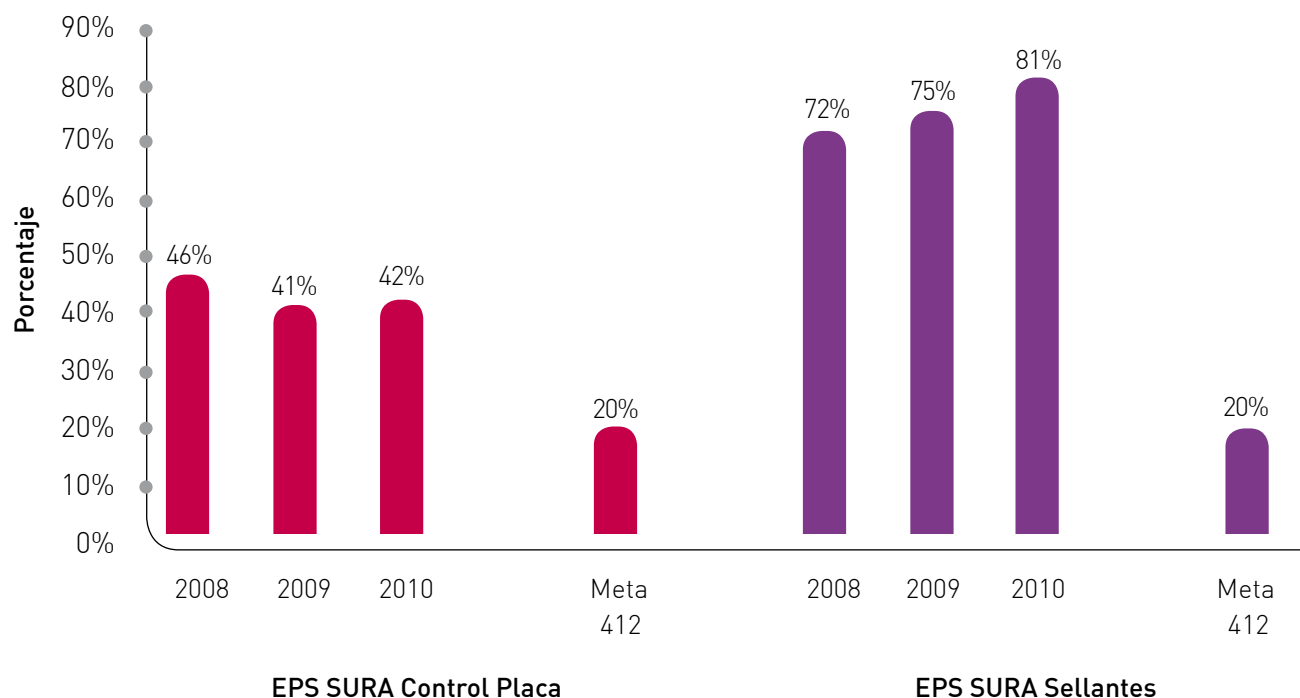


#### 4.1.1.2 Atención preventiva en salud oral

El incremento en el número de campañas educativas encaminadas a mejorar los hábitos de higiene bucal en la población, el diseño e implementación de programas preventivos dirigidos especialmente a los escolares, y los nuevos criterios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, marcaron la pauta de la atención en salud bucal en este período de tiempo, e influyeron positivamente en el cumplimiento de las metas.

En la EPS SURA, la aplicación de la norma técnica en 2010, obtuvo un cumplimiento óptimo, por encima del 20%, que es lo establecido por norma para el régimen contributivo en el control de placa bacteriana y la aplicación de sellantes, gráfica 64.

**Gráfica 64. Cumplimiento control de placa y aplicación sellantes. POS de EPS SURA 2008-2010**



**Fuente:** Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.



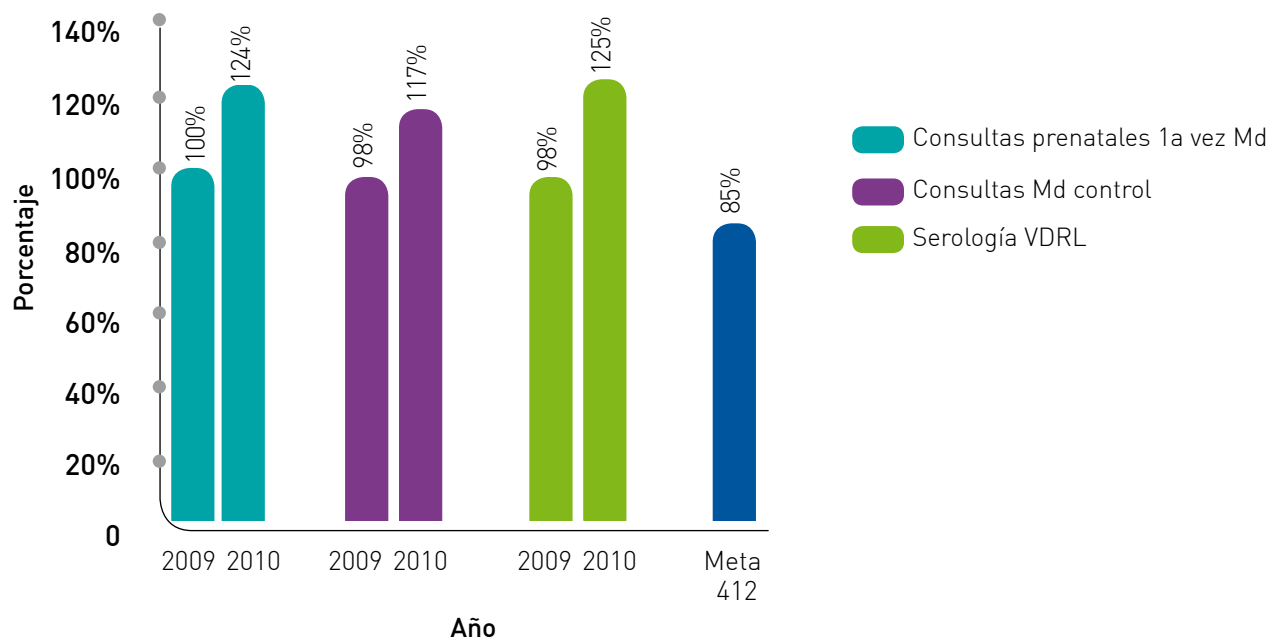
#### 4.1.1.3 Detección temprana de alteraciones del embarazo

Entre los objetivos del PNSP y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se encuentra “Mejorar la salud sexual y reproductiva”, cuya meta es la de reducir a 45 la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Pero, para lograrlo fue necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, y con respaldo científico en el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. EPS SURA, con el fin de identificar los riesgos relacionados con el embarazo; y planificar el control de los mismos logrando una gestación que permita que el parto y el nacimiento ocurran en condiciones óptimas y sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo; concentra los esfuerzos en brindar una atención integral a la gestante en cada territorio donde opera la EPS, priorizando en Salud Sexual y Reproductiva y dando cumplimiento a la normatividad de Resolución 412 y Resolución 3384. Para el monitoreo de la calidad de la atención prenatal, el sistema de fortalecimiento de la EPS dispone de tres indicadores de cumplimiento y uno de calidad, estos son:

- Consulta médica prenatal de primera vez
- Consulta médica prenatal de control
- Detección temprana de sífilis congénita
- Bajo peso al Nacer

En las actividades contempladas en la norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo, SURA obtuvo un cumplimiento superior al 100%, cuando meta nacional para el contributivo es del 85%, gráfica 65.

**Gráfica 65. Cumplimiento detección temprana alteraciones del embarazo. POS de EPS SURA 2009-2010**



**Fuente:** Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2009-2010.



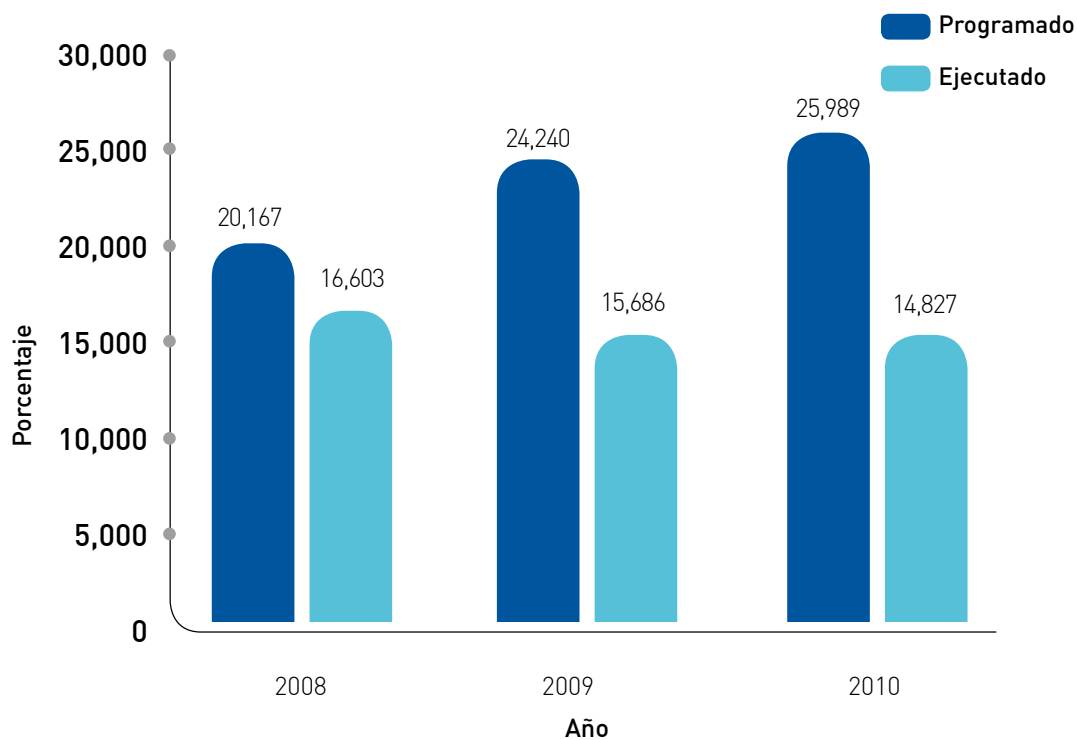
En el año 2010, la consulta prenatal por médico presentó una ejecución superior al 100%. Esto se debe en parte a la implementación y el fortalecimiento en EPS SURA, del Programa de Salud Materno Perinatal, programa que ha venido trabajando desde 2001, en el modelo biopsicosocial, donde se identifican y clasifican los riesgos de las gestantes desde el ingreso al programa y donde, en las de alto riesgo, se privilegian los controles prenatales por médico general.

#### 4.1.1.4 Atención institucional del parto

La norma pretende establecer los parámetros básicos para garantizar una atención del parto con calidad, siendo ésta una medida de primer orden para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

En la gráfica 66, se observa la disminución registrada en 2010 en el número de partos institucionales realizados, respecto a los programados, hecho que ha ocurrido también en los años anteriores, y que puede deberse a la tasa de fecundidad utilizada en la programación de cada departamento, la cual es mayor que la que se maneja dentro de la EPS, situación que viene afectando el cumplimiento de las metas en estas actividades.

**Gráfica 66.** Atención institucional del parto. POS de EPS SURA 2008-2010



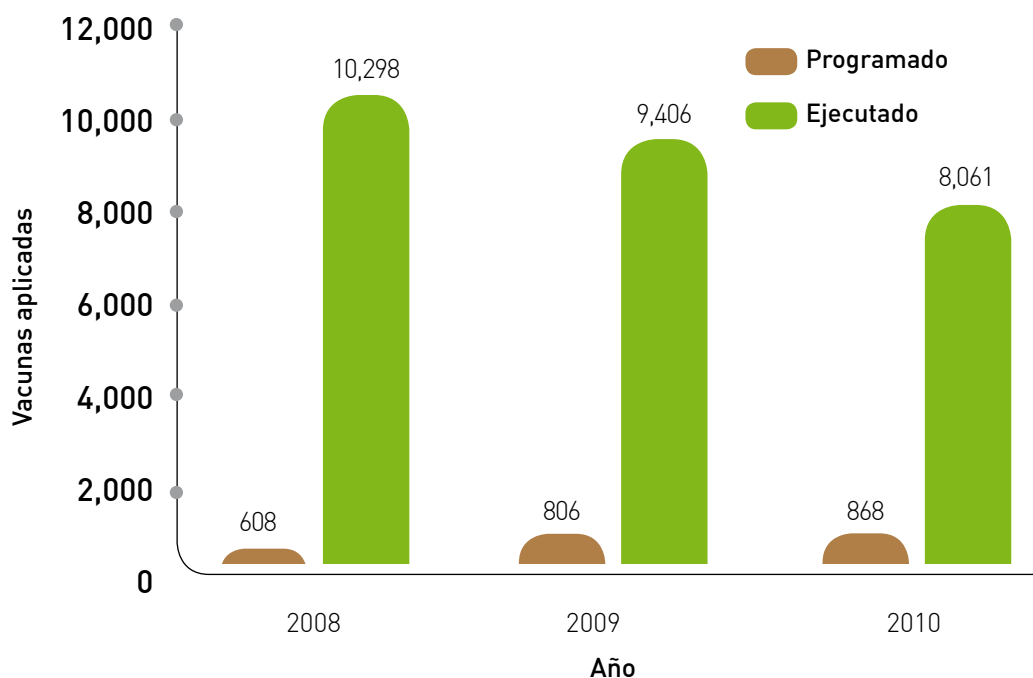
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.



#### 4.1.1.5 Aplicación de la vacuna Triple Viral a mujeres postparto y postaborto.

Este indicador en cuanto a cumplimiento de la norma, en su ejecución en la EPS SURA y de acuerdo a la programado, fue sobresaliente, gráfica 67.

**Gráfica 67.** Cumplimiento vacuna Triple Viral. POS de EPS SURA 2008-2010



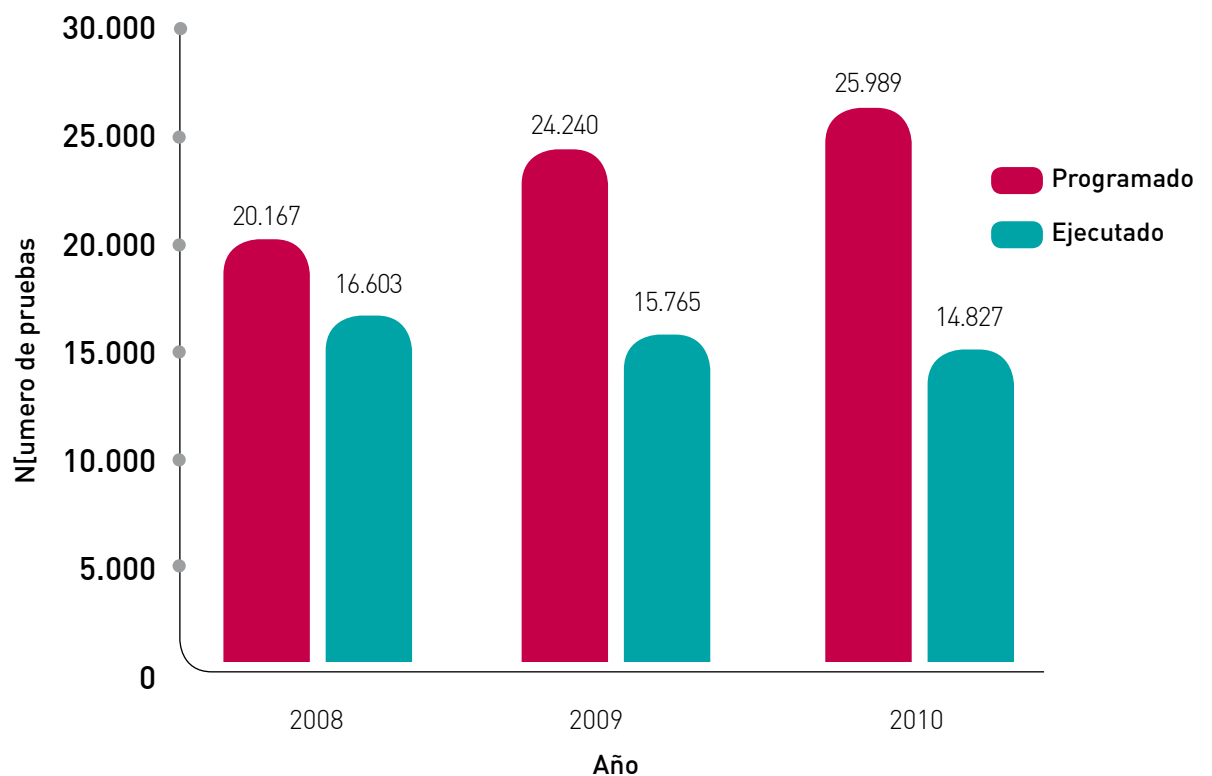
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.



#### 4.1.1.6 Detección temprana de las alteraciones del recién nacido (RN) y examen de TSH Neonatal

Este indicador, al igual que el control de RN a las 72 horas, es uno de los indicadores más críticos para su cumplimiento en la EPS. En 2010, al igual que en años anteriores, de acuerdo a la norma fue calificado como “aceptable”, gráfica 68. Una de las razones que existen para explicar este comportamiento es que se trata de actividades que se realizan en diferentes niveles de complejidad de la atención, lo que dificulta la trazabilidad de la información, exigiendo un mayor seguimiento y monitoreo por parte de la aseguradora, y el continuo mejoramiento de los sistemas de información.

**Gráfica 68.** Detección temprana de las alteraciones del recién nacido y examen de TSH Neonatal. POS de EPS SURA. 2008-2010



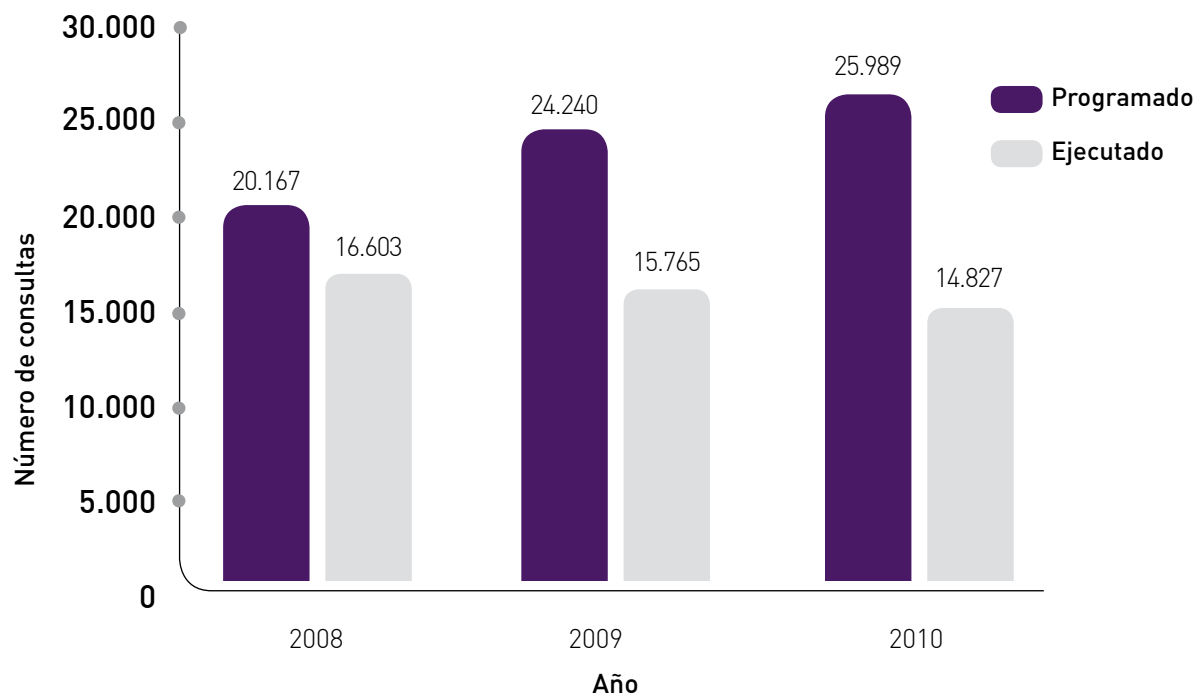
Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.



#### 4.1.1.7 Consulta de control a las 72 horas del recién nacido

La consulta de control del recién nacido a las 72 horas, durante todos los años analizados, ha obtenido un cumplimiento "Aceptable", gráfica 69.

**Gráfica 69.** Consulta de control a las 72 Horas de RN. POS de EPS SURA. 2008-2010



Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2008-2010.



#### 4.1.1.8 Salud Sexual y Reproductiva

En 2010, las mujeres en edad fértil (15-49 años) afiliadas al POS de la EPS SURA, fueron 376.500 (350.632 en 2009); en ellas se concentran los programas de planificación familiar, desarrollando actividades que van encaminadas a disminuir en forma directa los embarazos de alto riesgo y la mortalidad materna, y en forma indirecta la morbi-mortalidad infantil. Entre las actividades realizadas durante todo el 2010, estuvieron:

- Número de mujeres esterilizadas: 8.160 (7.973 en 2009), 2,5% más que en el año anterior.
- Número de hombres esterilizados: 2.342 (2.018 en 2009), 16,1% más.
- Número de consultas de planificación de primera vez: 31.509 (25.421 en 2009), 24,0% más.
- Número de consultas de planificación de control: 188.386 (142.111 en 2009), 32,6% más.

Por otro lado, en el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Cerviz se realizaron 195.029 actividades de tamizaje de citología cervicouterinas (180.273 en 2009), ésto es 8,2% más; y en el marco de la detección temprana de cáncer de mama se practicaron 59.648 mamografías a mujeres (54.922 en 2009), 8,6% más que el año inmediatamente anterior.

#### 4.1.2 Indicadores centinela de calidad

Los indicadores centinela de calidad<sup>4</sup>, corresponden a sucesos o padecimientos indeseables resultado de una atención, cuya ocurrencia o presencia sirve de alarma y refleja la necesidad de mejorar la calidad de la misma. Se comportan como índices negativos de la calidad de la atención, y parten del supuesto de que, si el sistema de atención hubiera estado funcionando satisfactoriamente, podrían haberse evitado o controlado. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.

Los indicadores centinela de calidad, hacen referencia a tres tipos de condiciones básicas: enfermedad innecesaria, incapacidad innecesaria y muerte prematura. La aparición de un caso en la institución desencadena un estudio detallado del mismo, con el fin de establecer las medidas correctivas y preventivas necesarias para controlar su aparición. El análisis integral de la atención permite mejorar las condiciones de calidad en la prestación de servicios, disminuir costos innecesarios, disminuir iatrogenia y mejorar la interacción e imagen de la EPS, IPS y los usuarios.

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención. En ocasiones se distingue entre “evento centinela” e “indicador centinela”. Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela.

Entre los indicadores centinela de calidad, analizados en la EPS, están:

- El bajo peso al nacer.
- La muerte materna.

##### 4.1.2.1 Bajo peso al nacer

Según la OMS, el bajo peso al nacer (BPN) se da cuando un niño pesa menos de 2,500 gramos al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido. Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término pero con bajo peso debido a problemas en su crecimiento intrauterino<sup>5</sup>.

Entre los factores asociados al BPN se tienen: afecciones en la gestación (hipertensión arterial, diabetes, infecciones vaginales, desnutrición, anemia), baja talla, edad de la madre (adolescentes), atención prenatal inadecuada, antecedentes de prematuros, abortos o muertes fetales, múltiples gestaciones o corto intervalo entre ellas, el alcoholismo y/o tabaquismo, entre otros<sup>6</sup>.

El peso del recién nacido se ha constituido en una de las variables predictoras de la morbilidad y mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo poblacional y responsable del 66% de todas las muertes neonatales<sup>7</sup>. Por otro lado, los sobrevivientes tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición crónica o baja talla para la edad en la primera infancia, se afectará su rendimiento en la etapa escolar debido a fallas en sus habilidades cognitivas, y en la etapa adulta se elevarán las probabilidades de sufrir diabetes y males cardíacos.

---

4. Indicadores centinela. [acceso 5 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=347](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=347)

5. Bajo peso al nacer. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://peru.nutrinet.org/estadisticas-nacionales/indicadores-de-salud-y-nutricion/desnutricion-cronica/bajo-peso-al-nacer>

6. Bajo peso al nacer. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://peru.nutrinet.org/estadisticas-nacionales/indicadores-de-salud-y-nutricion/desnutricion-cronica/bajo-peso-al-nacer>

7. Mariotoni G, Barros A. Peso ao nacer e mortalidade hospitalaria entre nacidos vivos, 1975-1996. Revista de Saúde Pública 2000; 34: 71-76.

En Colombia, 2005, el 8,5% de los recién nacidos tuvo un peso menor de 2.500 gramos<sup>8</sup>. En la EPS SURA, el porcentaje de bajo peso al nacer fue de 10,1% en 2010 (10,3% en 2009); las regionales con la mayor proporción de niños con bajo peso al nacer fueron: la del Centro con el 10,7% y Antioquia EC con 10,4%; aunque se debe resaltar que dicho valor fue menor que el registrado en 2009; y las de menor porcentaje fueron la regional del Norte con 8,9% y Occidente con 8,4%.

#### 4.1.2.2 Muerte materna

Para muchas mujeres, uno de los acontecimientos más importantes en la vida, es la maternidad, pero si las condiciones sociales y sanitarias, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio, no son las apropiadas, también se puede convertir en uno de los más peligrosos.

Una muerte materna es el resultado de la interacción de una serie de factores personales y asistenciales. Entre los personales están: la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer; y dentro de los asistenciales: el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, y se constituye en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud. Del 90% al 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de la tecnología existente<sup>9</sup>.

La muerte de una gestante o el deterioro de su salud, tiene impacto negativo en el bienestar de la familia, la comunidad y la nación. Ella no sólo se encuentra en la edad reproductiva sino también en la edad económicamente productiva por eso, además de trabajar, ellas ayudan en la educación de los hijos menores, y en muchos casos son cabeza de familia.

La principal causa de mortalidad materna en el mundo son las hemorragias, estas son responsables del 24% de las muertes, a ellas le siguen las causas indirectas con el 20%, las infecciones 15%, el aborto en condiciones de riesgo 13%, la eclampsia 12%, el parto obstruido 8%, y otras causas 8%<sup>10</sup>.

La mortalidad materna ha venido disminuyendo. En el mundo en 2008, la tasa de muerte materna por 100.000 nacidos vivos fue de 260,0<sup>11</sup>. Se estima que al año mueren 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, de estas muertes, el 99,3% (532 mil) ocurren en los países en vía de desarrollo. Desde 1990 hasta la fecha se ha logrado disminuir sólo el 1% de las muertes por año.

En Colombia, la mortalidad de mujeres gestantes continúa siendo un problema de salud pública. El país tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de Latinoamérica, alcanzando las 85 muertes de madres por 100.000 nacidos vivos, cifra preocupante si se compara con las estadísticas de países vecinos como Ecuador 65,0, Venezuela 67,2 y Costa Rica 11,2<sup>12</sup>. A pesar de ser Colombia un país donde el 90,7% de los partos son atendidos por médicos o enfermeras en instituciones de salud<sup>13</sup>, aún se presentan problemas de calidad

- 
8. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.23.
  9. Mortalidad materna. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/522/1/mortalidad%20materna.pdf>
  10. Mortalidad materna. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/522/1/mortalidad%20materna.pdf>
  11. Tasa de mortalidad materna. Indicadores del desarrollo mundial. [acceso 25 de junio de 2011]. Disponible en : <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>
  12. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. [acceso 28 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&s=n&x=61735>



en los servicios, que la llevan a ser el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay<sup>14</sup>.

En 2010, se presentaron tres muertes maternas en las afiliadas a la EPS SURA. La razón de mortalidad materna, después de presentar una tendencia al incremento en los últimos años, disminuyó en 2010 y fue igual a 0,22 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos.

## 4.2 Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria

### 4.2.1 Vigilancia en Salud Pública

La vigilancia epidemiológica en salud pública ha sido practicada desde que el hombre comenzó a luchar contra la propagación de las enfermedades infecciosas aislando a los enfermos o colocando en cuarentena a los sospechosos. Desde 1950 se ha empleado el término “vigilancia” para referirse a medidas relacionadas con el control de enfermedades infecciosas. En 1955 en EE.UU., el centro de enfermedades CDC, propuso un sistema de vigilancia, pero fue en 1966 cuando el doctor Karel Raska, le dio la amplitud con que se conoce y se aplica actualmente. En América Latina se comienza a hablar del sistema de vigilancia epidemiológica en la década de los 70<sup>15</sup>.

Dentro de las acciones de la salud pública se encuentran: identificar cuál es el problema, lo que hace por medio de la vigilancia; establecer cuál es la causa, para lo cual utiliza la investigación; determinar qué hacer, por medio de la evaluación; y definir cómo hacerlo, para lo cual utiliza los mecanismos de control de gestión<sup>16</sup>.

Debido al hecho de que la vigilancia no involucraba la investigación ni la prestación de servicios; pues de acuerdo al CDC 1992, la vigilancia “No incluye la administración de programas de prevención y control, aunque sí incluye un vínculo intencionado con tales programas”; en las últimas décadas se ha producido una evolución del concepto de vigilancia epidemiológica hacia el concepto de vigilancia en salud pública, y se ha ampliado el enfoque de la vigilancia para abarcar la administración de los servicios incluyendo los procesos y el impacto. Así, la vigilancia se ha convertido en una función esencial de la salud pública, con responsabilidad del Estado y la ciudadanía en lo referente a la protección de la salud individual y colectiva. Ella consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública<sup>17</sup>.

En Colombia, el Decreto 3518 de 2006, crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, para la provisión sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva<sup>18</sup>.

- 
13. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág.17
  14. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mortalidad materna en Colombia: un grave problema de salud pública. [acceso 28 junio de 2011]. Disponible en: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=i1-----&s=n&x=61735>
  15. Vigilancia epidemiológica. [acceso 25 de julio de 2011]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/339120/vigilancia-epidemiologica>
  16. Ministerio de Protección Social. Sistema de vigilancia en salud pública-SIVIGILA. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Anexo%2014h%20%20COL%20M&E%202009.pdf>
  17. Vigilancia en salud pública. [acceso 25 de julio de 2011]. Disponible en: [www.higiene.edu.uy/cefa/utiV2010/vigi.pps](http://www.higiene.edu.uy/cefa/utiV2010/vigi.pps)
  18. DECRETO 3518 DE 2006. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.invima.gov.co/Invima/BVSalud/Decreto35182006.htm>

En el Decreto se definen los eventos de Interés en Salud Pública, como “Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública. Son objeto de vigilancia: las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo y los resultados de laboratorio.

Las enfermedades de Interés en Salud Pública, serán aquellas que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Estas enfermedades responden a los siguientes criterios:

- Enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimiore-sistencias, con grave impacto sobre la colectividad.
- Enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura.
- Enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una atención eficaz para su control. Son enfermedades que exceden en frecuencia o gravedad el comportamiento regular y requieren de atención inmediata para evitar su propa-gación, disminuir su avance, reducir las secuelas y evitar la mortalidad<sup>19</sup>.

#### **SIVIGILA responde a los principios de:**

- a. Anticiparse a las posibles condiciones de riesgo/protección para la población, y así detectar tempranamente los eventos de salud que conduzcan al deterioro de la salud grupal.
- b. Operación permanente del sistema, para la valoración continua del comportamiento de los eventos bajo vigilancia.
- c. Posibilitar la integración funcional de los diferentes niveles administrativos, para articular las intervenciones en salud.
- d. Aplicación racional de los recursos, para garantizar los buenos resultados del sistema

EPS SURA, facilita la recolección de la información con el servicio de Notificación de Casos de Eventos de Interés en Salud Pública, que funcionan en las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) localizadas en 53 IPS. Además, desde hace más de una década, en la EPS se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prioritarias; se audita la práctica clínica; y se fomenta la toma de decisiones basada en la evidencia; todo esto con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

#### **4.2.2 Enfermedades de Notificación Obligatoria**

Las enfermedades de notificación obligatoria (ENOS), son aquellas que se consideran de gran importancia para la salud pública. Las instituciones locales, regionales y nacionales de salud, exigen que estas enfermedades se notifiquen cuando sean diagnosticadas por parte de los médicos o laboratorios<sup>20</sup>.

En el nivel nacional es donde se dispone de cuáles enfermedades deben notificarse, la forma de hacerlo y la frecuencia; y los casos diagnosticados deben ser objeto de revisión diaria. En el nivel local, el análisis y la interpretación de las tendencias de la serie crono-

---

19. Acuerdo 117. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en:  
<http://www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Acuerdo117.pdf>

20. Enfermedades de declaración obligatoria. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en:  
[http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/001929.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/001929.htm)

lógica (semanal) de los casos diagnosticados (sospechosos o probables) en los servicios, permite realizar<sup>21</sup>:

1. Investigación de brotes.
2. Descripción epidemiológica de las enfermedades.
3. Investigaciones operativas, para establecer medidas de control y para evaluación de su impacto.
4. Establecer alertas en caso de situaciones endémicas y epidémicas.
5. Formulación de políticas, planes y programas.
6. Adoptar medidas de acción (propósito principal de un sistema de vigilancia).

Aunque cada país tiene la potestad para elaborar su listado de “enfermedades de notificación obligatoria”, en éste siempre se deben incluir las enfermedades graves transmisibles sujetas a vigilancia internacional, y establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

En Colombia, este listado incluye 31 enfermedades, las cuales se enmarcan en los siguientes campos<sup>22</sup>:

- Enfermedades inmunoprevenibles.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedades transmitidas por vectores.
- Enfermedades transmitidas por alimentos.
- Zoonosis.
- Otras enfermedades: lepra, tuberculosis y emergentes.

En Colombia, los últimos datos conocidos sobre las tasas de las ENOS son los del año 2008 (publicados en 2009)<sup>23</sup>. En los afiliados a la EPS SURA, en 2010 fueron confirmados cerca de 113 mil eventos de interés en salud pública. Durante este año en la EPS, se registraron incrementos en las tasas de: dengue clásico, meningitis TBC, la hepatitis B, dengue hemorrágico, malaria y tuberculosis; y disminuciones en las de: tos ferina, sífilis congénita, la varicela y el VIH-Sida. A continuación se presenta el comportamiento de las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENOS) en la EPS, cuadro 85.

**Cuadro 85. Enfermedades de Notificación Obligatoria. POS de EPS SURA 2002-2010**

Enfermedades de Notificación Obligatoria	EPS SURA								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tos ferina	0.0	0.9	0.4	0.0	0.0	0.6	1.3	1.8	0.5
Rubéola	0.5	3.4	2.4	1.8	0.1	0.1	0.0	0.2	0.2
Meningitis TBC	0.1	2.8	0.7	0.1	0.4	0.5	1.0	0.7	1.4
Hepatitis B	1.2	2.4	3.4	2.6	3.1	4.8	3.8	2.1	5.3
Sífilis congénita*	8.9	1.5	0.5	0.2	0.2	0.1	0.6	0.7	0.2
Dengue clásico	13.2	52.2	58.4	14.2	14.4	12.4	15.9	13.8	171.9
Dengue hemorrágico	12.9	4.0	0.6	4.8	2.5	2.3	5.5	2.8	6.9
Malaria	2.4	2.1	0.1	1.5	0.6	0.5	1.6	1.1	3.1
Varicela	86.5	307.4	303.5	104.8	99.5	56.0	135.6	60.6	54.3
Tuberculosis	15.4	19.2	20.2	18.8	20.0	20.6	22.9	21.3	35.5
VIH/Sida	20.8	16.4	16.7	17.7	19.4	21.4	20.1	25.2	22.4

\*Tasa por mil nacidos. Incidencia: Casos nuevos por 100.000 AE.

**Fuente:** IPSA. EPS SURA. 2002 -2010. Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 2008-2009.



21. Reporte de enfermedades de notificación obligatoria. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.sespasdigepi.gob.do/bo/\\_trimes/1995/vol9no3AgostoOctubre/vol9no3.pdf](http://www.sespasdigepi.gob.do/bo/_trimes/1995/vol9no3AgostoOctubre/vol9no3.pdf)
22. Comité Consultivo Nacional. BVS-VSP. Informe de gestión 2005-2010. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://web.invima.gov.co/portal/documents/BVSalud/MPS-PRESENTACION-JUNIO-2010.PDF>
23. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2009. pág. 20-22.

#### 4.2.2.1 ENOS por sexo

Como se vio en capítulos anteriores, el género del afiliado es una de las variables demográficas que determina diferencias en cuanto al comportamiento de las enfermedades, es por ello que, en el caso de las ENOS registradas en la EPS, cuadro 86, se encuentran patologías donde el hecho de pertenecer a uno de los sexo implica tener más riesgo de adquirir una de estas enfermedades.

Aunque en ambos géneros las ENOS que registraron las mayores tasas fueron: el dengue clásico, la varicela, la tuberculosis (TBC) y la sífilis; cuando se estima la razón entre las tasas hombre/mujer, se encuentra que el riesgo en los hombres es mayor en todas las patologías del cuadro, sin embargo, este es mucho mayor en: la hepatitis B y la malaria, donde por cada mujer que las sufra hay tres hombres; la tosferina donde la relación es de dos hombres por cada mujer; y la meningitis TBC, donde por cada tres hombres hay dos mujeres que la padecen.

**Cuadro 86.** Tasas de incidencia de ENOS por sexo. POS de EPS SURA 2010

Enfermedades de Notificación Obligatoria	Hombre		Mujer		Total general		Relación
	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	
Dengue clásico	1,110	191.1	984	154.5	2,094	171.9	1.2
Dengue hemorrágico	44	7.6	40	6.3	84	6.9	1.2
Hepatitis B	49	8.4	16	2.5	65	5.3	3.4
Malaria	28	4.8	10	1.6	38	3.1	3.1
Meningitis TBC	4	0.7	3	0.5	7	0.6	1.5
Parotiditis	40	6.9	40	6.3	80	6.6	1.1
Rubéola	1	0.2	1	0.2	2	0.2	1.1
Sífilis	83	14.3	75	11.8	158	13.0	1.2
TBC	233	40.1	199	31.2	432	35.5	1.3
Tos ferina	4	0.7	2	0.3	6	0.5	2.2
Varicela	333	57.3	328	51.5	661	54.3	1.1

Tasa por 100.000 Afiliados Expuestos.

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2010.



#### 4.2.2.2 ENOS por grupo de edad

Pertenecer a determinado grupo de edad también influye en el riesgo de adquirir una patología. Entre las principales diferencias detectadas en los grupos de edad, se tienen, cuadro 87:

La TBC, por cada caso en un niño de 5 a 14 años, se presentan nueve en los mayores de 60 años, ocho en los afiliados de 45 a 59 años y siete en los de 15 a 44 años. Si se comparan las tasas entre todos los grupos de edad, se tiene que, el dengue hemorrágico es más probable en los niños de 5 a 14 años, la malaria en los afiliados de 15 a 44 años, la parotiditis en los niños de 5 a 14 años y la tos ferina en los niños de 1 a 4 años.

**Cuadro 87. Tasas de incidencia de ENOS por grupo de edad. POS de EPS SURA 2010**

Enfermedades de Notificación Obligatoria	Menor 1		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 59		60 y +	
	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa
Dengue clásico	0	0.0	90	126.7	347	177.4	1257	200.2	299	144.3	101	98.6
Dengue hemorrágico	0	0.0	2	2.8	17	8.7	45	7.2	12	5.8	8	7.8
Hepatitis B	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	6.4	19	9.2	6	5.9
Malaria	0	0.0	1	1.4	2	1.0	26	4.1	6	2.9	3	2.9
Meningitis TBC	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.8	2	1.0	0	0.0
Parotiditis	0	0.0	5	7.0	26	13.3	32	5.1	14	6.8	3	2.9
Rubéola	0	0.0	1	1.4	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Sífilis	0	0.0	0	0.0	1	0.5	122	19.4	29	14.0	6	5.9
TBC	0	0.0	7	9.9	12	6.1	253	40.3	103	49.7	57	55.6
Tos ferina	0	0.0	4	5.6	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Varicela	0	0.0	163	229.5	216	110.4	272	43.3	10	4.8	0	0.0

Tasa por 100.000 Afiliados Expuestos.

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2010.



#### 4.2.2.3 ENOS por Regional

Al consolidar los casos notificados en 2010 por regional, cuadro 88, se encuentra que, de las cuatro regionales, los afiliados de la regional Antioquia EC tienen la mayor probabilidad de contraer, TBC, sífilis y sífilis congénita, meningitis por TBC, y rubéola; los de la regional Centro, varicela y parotiditis; los de Occidente, Tos ferina, malaria, hepatitis B y dengue hemorrágico; los de la regional Norte presentaron en 2010 las menores tasas de ENOS.

**Cuadro 88. Tasas de ENOS por regional. POS de EPS SURA 2010**

Regional		Dengue clásico	Dengue hemorrágico	Hepatitis B	Malaria	Meningitis TBC	Parotiditis	Rubéola	Sífilis	Sífilis congénita*	TBC	Tos ferina	Varicela
Antioquia EC	Tasa	203.8	7.3	5.6	3.3	0.8	5.2	0.2	15.8	0.4	44.7	0.5	54.8
	No. Casos	1,793	64	49	29	7	46	2	139	3	393	4	482
Bello		196	5	3	3		4	1	4		30		34
Caldas		9	1			1					17		6
Copacabana													2
Don Matías									1				4
Envigado		47	8				5				4	1	7
Girardota		17	1						1		2	1	7
Itagüí		281	5	1	1		8	1	6		25		34
La Ceja		1		1					1		10		15
Medellín		1,164	42	43	24	6	28		122	3	294	2	335
Rionegro		13		1					2		2		20
Sabaneta		45	1								4		4
Santa Rosa de Osos									1				2
Armenia		6			1								1
Manizales		1	1				1				3		11
Pereira		13							1		2		
Centro	Tasa	27.4	1.7	4.7	1.2	0.0	11.1	0.0	4.7	0.0	5.8	0.0	60.0
	No. Casos	47	3	8	2	0	19	0	8	0	10	0	103
Bogotá		32	2	7	1		19		8		6		89
Bucaramanga		14	1	1							2		7
Chía		1									1		5
Zipaquirá					1						1		2
Norte	Tasa	110.5	4.2	2.1	0.0	0.0	7.4	0.0	3.2	0.0	17.9	1.1	38.9
	No. Casos	105	4	2	0	0	7	0	3	0	17	1	37
Barranquilla		39		2			5		2		17	1	36
Cartagena		66	4				2		1				1
Occidente	Tasa	204.4	17.8	8.2	9.6	0.0	11.0	0.0	11.0	0.0	16.5	1.4	53.5
	No. Casos	149	13	6	7	0	8	0	8	0	12	1	39
Buga		2											3
Cali		147	13	6	7		8		8		12	1	35
Palmira													1
Total general	Tasa	171.7	6.9	5.3	3.1	0.6	6.6	0.2	13.0	0.2	35.4	0.5	54.2
	No. Casos	2,094	84	65	38	7	80	2	158	3	432	6	661

\*Por 1.000 Nacidos Vivos (NV).  
Tasas por 100.000 AE.

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2010.



En el cuadro anterior también se encuentra el número de casos reportados de ENOS por municipio.

### 4.2.3 Sífilis congénita

La sífilis es una enfermedad infecciosa exclusiva del humano causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, y se transmite por vía sexual, sanguínea y perinatal. Se desarrolla en etapas que van desde infecciones agudas (asintomáticas o sintomáticas) hasta infecciones crónicas que producen graves secuelas y discapacidad, si la enfermedad no es detectada y tratada adecuadamente.

La sífilis congénita (SC), es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Ella es transmitida de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo<sup>24</sup>.

La probabilidad de que la enfermedad se transmita de una madre infectada, y que no haya recibido tratamiento, a su hijo es de aproximadamente 70% pero, dependiendo del tiempo de la primoinfección de la madre, esta probabilidad puede estar entre 30-100%. Las manifestaciones clínicas aparentes en el recién nacido son muy variables y dependen del período de incubación. De acuerdo a la severidad de la infección sifilítica se puede producir: aborto tardío espontáneo entre 20-40%, mortinato 20-25%, parto pretérmino 15- 55%, y recién nacido vivo a término con infección congénita entre 40-70%. La muerte prenatal es el resultado más frecuente, ocurre entre el 40% y el 70% de las gestaciones de mujeres con sífilis no tratada (o tratada inadecuadamente). El 66% de los recién nacidos infectados no presentan síntomas de la enfermedad al momento del nacimiento, pero los desarrollarán posteriormente<sup>25, 26</sup>.

Los factores de riesgo maternos que deben hacer sospechar sífilis en una gestante son: madre adolescente y/o soltera, conducta sexual riesgosa, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (ETS) o Sida, consumo de drogas ilícitas, nivel socioeconómico o educativo bajo, ausencia de control prenatal, y contacto con personas que hayan padecido Enfermedades de Transmisión sexual (ETS), incluyendo Sida<sup>27</sup>.

Entre los factores asociados a la transmisión vertical madre-hijo se encuentran la ausencia de atención y control prenatal oportuno y adecuado (el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad).

El proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir: la educación para la prevención; y la detección, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación.

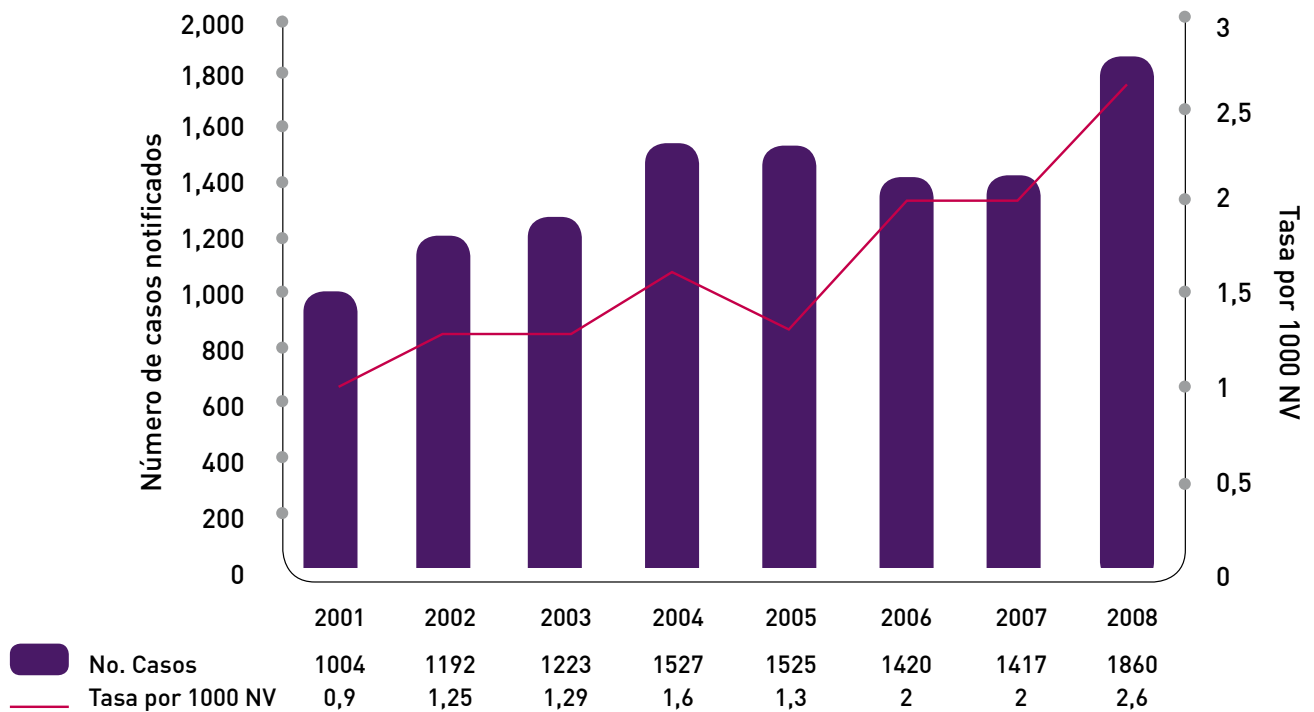
En América Latina y el Caribe, la incidencia de sífilis primaria, secundaria y SC son de 2 a 5 veces mayores que las de países desarrollados. Las tasas de seroprevalencia de sífilis en mujeres gestantes de alto riesgo (trabajadoras sexuales), se sitúan entre 1,7% y 7,4%<sup>28</sup>.

---

24. Guía de atención de la sífilis congénita. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Sifilis.htm>  
25. Guía de atención de la sífilis congénita. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Sifilis.htm>  
26. Guevara Rueda MJ, Estrada Mesa S. Sífilis congénita: el diagnóstico clínico y de laboratorio es un reto para el médico. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatrica34399sifilis.htm>  
27. Guía de atención de la sífilis congénita. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Sifilis.htm>  
28. Guevara Rueda MJ, Estrada Mesa S. Sífilis congénita: el diagnóstico clínico y de laboratorio es un reto para el médico. [acceso 10 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/pediatrica34399sifilis.htm>

En Colombia, la enfermedad se encuentra distribuida en todo el país, y representa un grave problema de salud pública. Entre los años 2001 y 2008 el número de casos reportados se ha incrementado un 85% y la tasa un 189%, gráfica 69. El plan para la eliminación de la sífilis congénita, adaptado del plan propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad por medio de la detección y el diagnóstico precoz; el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas; y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil.

**Gráfica 70. Sífilis congénita. Colombia 2001-2008**



NV: nacidos vivos.

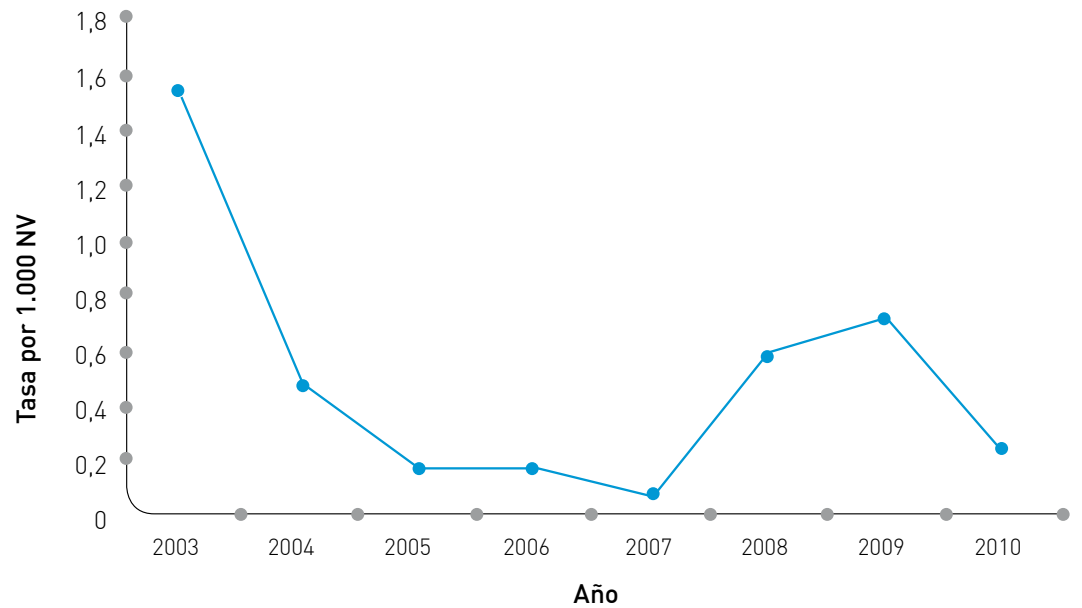
Fuente: Ministerio de la Protección Social. SIVIGILA. 2001-2009.



Entre las estrategias fundamentales para lograr la eliminación de la SC están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es prevenir la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación, o cuando menos tratarla in útero, y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya se ha transmitido la infección. Para lo anterior es fundamental la normatización de los procesos de atención de la sífilis gestacional (SG) y de la sífilis congénita (SC) en el marco del Plan Obligatorio de Salud.

Durante 2010, en los afiliados al POS de EPS SURA, se presentaron tres casos de sífilis congénita (cinco en 2009), reducción del 40%; resultando una tasa de incidencia de 0,2 casos por 1.000 NV (0,7 en 2009). En la EPS esta tasa, en el periodo comprendido entre el año 2003 y 2010, ha disminuido un 87% al pasar de 1,5 a 0,2 casos de SC por 1.000 NV, gráfica 71.

**Gráfica 71. Tasa de sífilis congénita. POS de EPS SURA 2003-2010**



NV: nacidos vivos.

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2003-2010.

La sífilis congénita es un indicador centinela de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3384 de 2000. En la EPS, una vez detectado un caso de sífilis congénita se da inicio a la revisión del proceso de atención de la afiliada y se verifican las condiciones mínimas de atención contempladas en la norma técnica, en lo referente a oportunidad, suficiencia y calidad del servicio ofrecido a la gestante. Sin desconocer que es una patología multicausal, para la EPS la reducción de los casos de SC es un compromiso adquirido con los afiliados y se trabaja continuamente en ello, más aún si se conoce que el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 44 años) registra una de las tasas más altas de sífilis por grupo de edad, con 20,7 casos de sífilis por cada 100.000 afiliadas expuestas de este grupo, cuadro 89.

**Cuadro 89. Tasas de sífilis por sexo. POS de EPS SURA 2010**

Grupo edad	Mujer		Hombre		Total general	
	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa	No. Casos	Tasa
5 a 14	1	1.0		0.0	1	0.5
15 a 44	68	20.7	54	18.0	122	19.4
45 a 59	4	3.5	25	26.7	29	14.0
60 o más	2	3.4	4	9.2	6	5.9
Total	75	11.8	83	14.3	158	13.0

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2003-2010.

En 2010 se registraron 33 casos de sífilis gestacional, uno de ellos en una afiliada de 14 años, el grupo que registró la mayor proporción de estos casos fue el mujeres de 20 a 24 años, grupo donde se presentaron el 36% de los casos, gráfica 72.



Gráfica 72. Sífilis gestacional. POS de EPS SURA 2003-2010



#### 4.2.4 Tuberculosis

La tuberculosis (TBC o TB) es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Es una enfermedad prevenible y curable (cuando se detecta pronto y se recibe un tratamiento completo, los pacientes dejan de ser contagiosos y acaban curándose), que se transmite por el aire a través de partículas expelidas (por la tos, estornudo, habla, etc.), de un paciente con una TBC activa. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo<sup>29</sup>.

Aunque la tuberculosis es una enfermedad que se localiza principalmente en los pulmones; ésta también puede afectar, el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, los huesos, articulaciones y la piel.

Algunas de las estadísticas suministrada por la OMS sobre la TBC, son<sup>30</sup>:

- Cada persona con TBC activa, si no recibe tratamiento, puede infectar entre 10 y 15 personas al año.
- Más de dos mil millones de personas (un tercio de la población mundial) están infectadas con el bacilo de la tuberculosis. De ellas, una de cada 10 contraerá tuberculosis activa en algún momento de su vida. La infección por VIH aumenta el riesgo. La tuberculosis es una enfermedad de la pobreza, que afecta sobre todo a los adultos jóvenes en su edad más productiva.

29. Hacia la eliminación de la tuberculosis. [acceso 11 agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/tb/es/>

30. 10 datos sobre la tuberculosis. [acceso 11 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/tb\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/es/index.html)

- La tasa de incidencia mundial de tuberculosis está disminuyendo a un ritmo de menos del 1% cada año.
- En 2009, se registraron 9,4 millones de casos nuevos de tuberculosis; y murieron por esta causa 1,7 millones de personas (380.000 tenían el VIH).
- La tuberculosis multirresistente (MR, o MDR, del inglés multidrug-resistant) es un tipo de tuberculosis que no responde a los tratamientos convencionales con fármacos de primera línea. Se estima que en 2008 se produjeron unos 440.000 casos nuevos de tuberculosis MDR en todo el mundo. La tuberculosis extremadamente farmacorresistente (XDR, del inglés extensively drug-resistant) es aquella que no responde a los fármacos de segunda línea; es extremadamente difícil de tratar y se han confirmado casos en más de 50 países.

Con su estrategia Alto a la Tuberculosis y su apoyo al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, la OMS intenta disminuir la carga de la enfermedad y reducir a la mitad su prevalencia y mortalidad para 2015. Los principales problemas para lograrlo son la TBC multirresistente y ultrarresistente, la TBC asociada a la infección por VIH y la debilidad de los sistemas de salud.

Referente a la tuberculosis, en el mundo se tienen dos metas fijadas para el año 2015<sup>31</sup>:

- En los Objetivos de Desarrollo del Milenio, está la de detener y comenzar a reducir la incidencia de TBC (en comparación con 1990).
- En la Alianza Alto a la Tuberculosis, la de reducir a la mitad el número de muertes por tuberculosis (también en comparación con 1990).

Desde 1995 se han tratado con éxito 41 millones de pacientes con tuberculosis en programas DOTS (estrategia recomendada internacionalmente para asegurar la curación de la tuberculosis) y se han salvado 6 millones de vidas. Desde ahora hasta 2015 se podrían salvar otros 5 millones de vidas si se consiguiera financiar y ejecutar íntegramente el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2011-2015<sup>32</sup>.

En Colombia 1998, se reglamentó la inclusión de la TBC como evento de interés en salud pública, en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)<sup>33</sup>, lo cual implicó fortalecer acciones como la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo. En 2008, se reportaron al SIVIGILA, 8.716 casos nuevos de TB todas las formas (tasa de 19,6 casos por 100.000 habitantes), por lo que sigue siendo un serio problema de salud pública. Las estrategias utilizadas en Colombia para el control de la enfermedad, y que han contado con el apoyo de todas las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud del país, son las siguientes<sup>34</sup>:

- Detección oportuna (búsqueda y localización de casos).
- Diagnóstico eminentemente bacteriológico.
- Tratamiento gratuito con implementación del Tratamiento Acortado Supervisado (TAS).

31. 10 datos sobre la tuberculosis. [acceso 11 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/tb\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/es/index.html)

32. 10 datos sobre la tuberculosis. [acceso 11 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/tb\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/es/index.html)

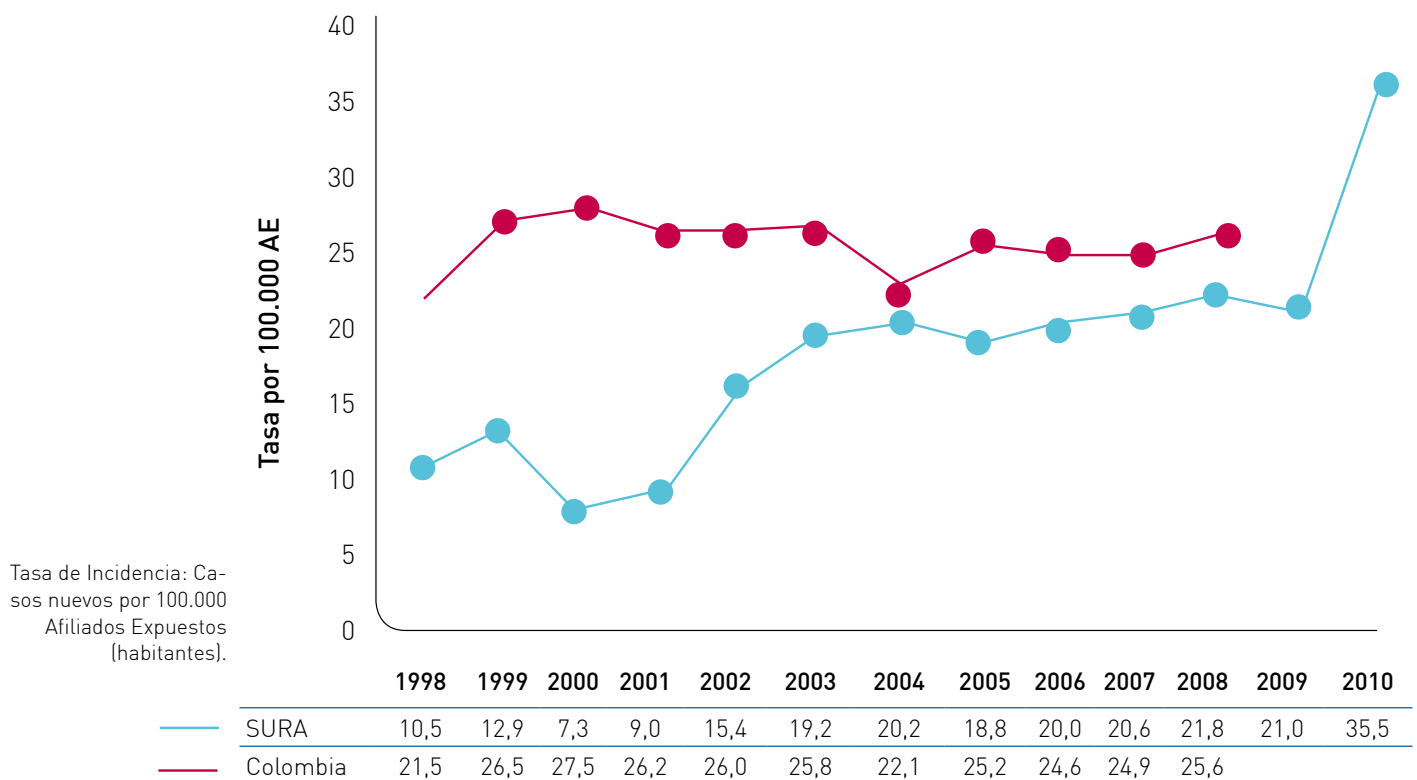
33. La Ley 1122/2007 modifica el concepto de Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC).

34. WHO.INT. Immunization, Vaccines and Biologicals. World Health Organization WHO.INT; 2003. [acceso 21 de Abril de 2010]` Disponible en URL: <http://www.who.int/vaccines-diseases/history/history.shtml>

EPS SURA, además seguir los lineamientos estipulados por gobierno nacional para el control de la enfermedad; hace la continua valoración de los métodos para la búsqueda activa de usuarios sintomáticos respiratorios, mejorando de esta manera el diagnóstico oportuno. En la EPS, una vez detectados los casos infecciosos, se inicia el tratamiento directamente observado; cumpliendo así con el compromiso adquirido en el control de la tuberculosis, 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.

En 2010, la incidencia de TBC en los afiliados al POS de EPS SURA fue de 35,5 casos por cada 100.000 afiliados expuestos, tuvo un incremento del 42% respecto al año anterior (25,0 en 2009). En la grafica 73 se observa la evolución de la tasa de incidencia de la tuberculosis de los afiliados a la EPS. Aunque la tendencia general es al incremento, en la gráfica se aprecia una disminución entre los años 1998 y 2001, periodo en donde, existía un programa vertical basado en actividades de búsqueda activa con mayor importancia en criterios de diagnóstico clínico, radiológico y tuberculínico; la baciloscopia era el pilar fundamental para el diagnóstico y no tenía cobertura nacional; el sistema de información era centralizado y consolidado por el nivel nacional; y habían irregularidades en la notificación debida a la descentralización de las actividades de prevención y vigilancia, donde la IPS asumía sus responsabilidades (periodo de transición). A partir del 2003 se observa una tendencia ascendente y estable. En 1998, la EPS reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública, como la TBC, en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas)<sup>35</sup>, lo cual fortaleció acciones como la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo.

**Gráfica 73. Evolución tasa de incidencia de TBC. POS de EPS SURA, Colombia 1998-2010**



**Fuente:** IPSA. EPS SURA. 1998-2010. Ministerio de la Protección Social. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos 1998-2009.



35. La Ley 1122/2007 modifica el concepto de Plan de Atención Básica por el Plan Nacional de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC).

#### 4.2.4.1 Tuberculosis por grupo de edad y sexo

Al estimar las tasas de incidencia por grupo de edad y sexo en la EPS, se encontró que los grupos que registran el mayor riesgo para adquirir esta enfermedad eran, cuadro 90:

- Por género: los hombres, tienen 30% más riesgo que las mujeres.
- Por grupo de edad: los afiliados de 60 o más años registran el mayor riesgo pues, por 9 casos que se dan en este grupo se presenta 1 en el grupo de 5 a 14 años (grupo que registró la menor tasa); los de 44 a 59 años, por 8 casos en este grupo se presenta 1 en el grupo de 5 a 14 años. En general se puede decir que, exceptuando los menores de 5 años, grupo donde la incidencia se incrementa debido posiblemente a su dependencia y contacto con los mayores, a medida que aumenta la edad, es mayor el riesgo de adquirir la TBC.
- Al combinar sexo y grupo de edad se encontró que los grupos con mayor riesgo fueron: los hombres mayores de 15 años, en ellos las tasas fueron las más altas de todas; el grupo de 44 a 59 años en las mujeres; es importante resaltar la tasa de las niñas de 1 a 4 años, que aunque no fue una de la mayores registradas, esta tasa fue 6,5 veces mayor que la de los niños de la misma edad.

**Cuadro 90. Tasas de TBC por grupo de edad y sexo. POS de EPS SURA 2010**

Grupo edad	Mujer		Hombre		Total		Relación H-M
	No. casos	Tasa	No. casos	Tasa	No. casos	Tasa	
1 a 4	6	17.4	1	2.7	7	9.9	0.2
5 a 14	3	3.1	9	9.0	12	6.1	2.9
15 a 44	120	36.6	131	43.7	251	40.0	1.2
45 a 59	47	41.4	56	59.8	103	49.7	1.4
60 o más	21	35.7	36	82.4	57	55.6	2.3
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>30.9</b>	<b>233</b>	<b>40.1</b>	<b>432</b>	<b>35.5</b>	<b>1.3</b>

Incidencia: Casos nuevos por 100.000 Afiliados Expuestos.

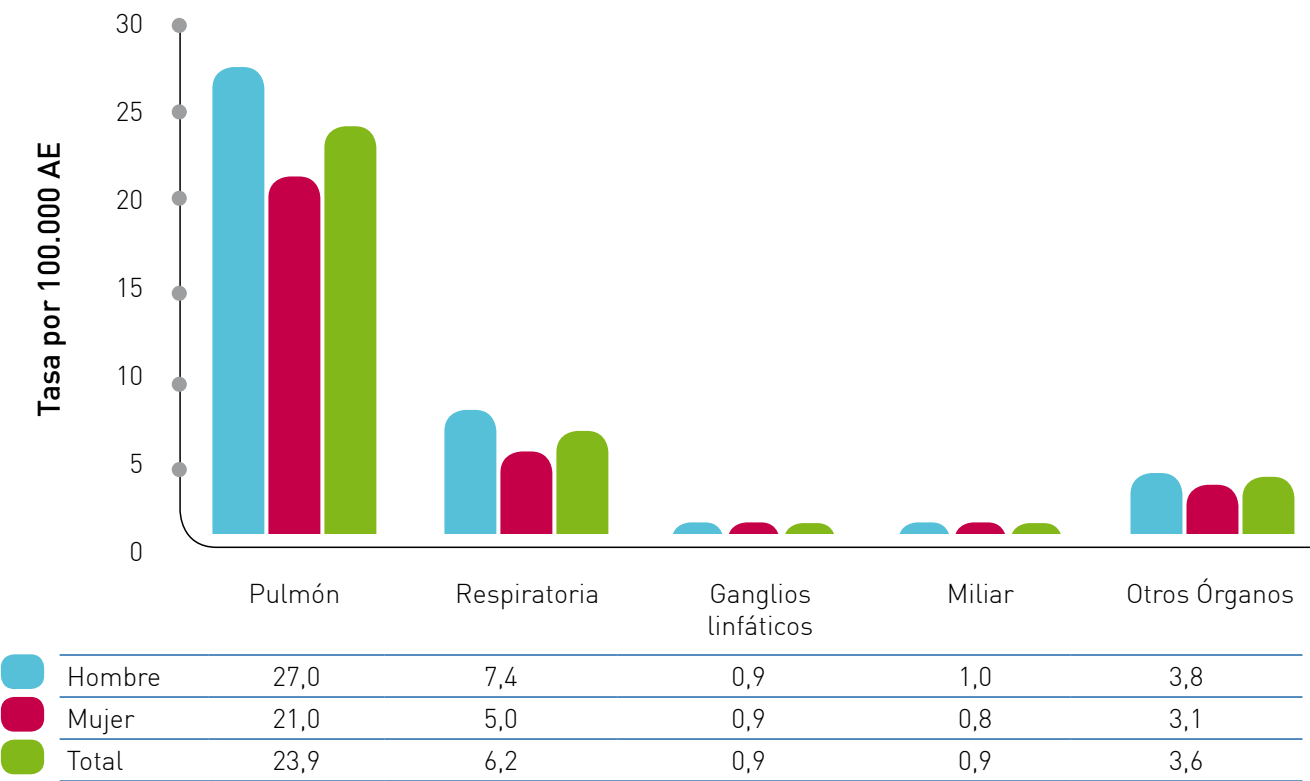
Fuente: IPSA. EPS SURA. 2010



#### 4.2.4.2 Tipos de tuberculosis por sexo

Al estimar las tasas por tipo de TBC, se vio que la población afiliada a la EPS tiene mayor probabilidad de adquirir una TBC pulmonar con una tasa de 23,9 casos por cada 100.000 afiliados expuestos (tasa que es un 29% mayor en los hombres); seguida por la TBC respiratoria con 6,2 (48% más alta en los hombres), estas dos formas de TBC se presentaron en 366 pacientes (85% de todos los casos), con una relación de cuatro casos de TBC del pulmón por cada caso respiratoria. Fuera del aparato respiratorio, los órganos más afectados fueron: el Sistema Nervioso Central, el intestino, el aparato genitourinario, y los huesos y articulaciones, gráfica 74.

Gráfica 74. Tipo de TBC por sexo. POS de EPS SURA 2010



AE: afiliados expuestos.

Fuente: IPSA. EPS SURA. 2010



4.2.5 Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es cualquier tipo de abuso de poder (maltrato físico, psicológico o de cualquier tipo) en forma repetitiva, de un miembro de la familia sobre otro<sup>36</sup>.

Dentro de la violencia intrafamiliar se consideran el maltrato infantil, la violencia hacia el adulto mayor, hacia minusválidos y entre cónyuges. Los tipos de actos considerados como parte de la VIF son los golpes o incidentes graves, insultos, manejo económico, amenazas, chantajes, abuso sexual, aislamiento, abandono efectivo, humillación, entre otros. Todos estos tipos de maltrato se pueden clasificar como físicos, si se atenta contra el cuerpo de la otra persona; psicológicos, si existe el intento de causar miedo; sexuales, si hay un acto sexual en contra de la voluntad de la víctima; y económicos, si no se cubren las necesidades básicas de la persona<sup>37</sup>.

La violencia intrafamiliar puede ser causada tanto por hombres como por mujeres, mientras que el hombre es más propenso a maltratar físicamente, la mujer lo hace psicológicamente.

Según datos de Naciones Unidas, cada 18 segundos una mujer es maltratada en el mundo, y según la OMS, al menos una de cada cinco es víctima de malos tratos en su propio hogar. En el siglo XXI, no hay un solo país en el que hombres y mujeres tengan el mismo estatus, ni las mismas oportunidades, siendo esta desigualdad la principal causa de la violencia de género.

36. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 23 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)  
37. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 23 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

En 1981, la ONU advertía que “la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana”. En la declaración de Pekín (1993) se calificaba la violencia de género como una importante “violación de los derechos humanos”. En 2002, el Consejo Europeo declaraba la violencia doméstica como un “mal endémico”, al ser la principal causa de muerte entre las mujeres de 16 a 44 años<sup>38</sup>.

En Colombia, las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, señalan a las mujeres, los niños y los ancianos como las principales víctimas de la violencia intrafamiliar. Según la Coordinación de los servicios forenses de la Institución, la intolerancia; el alcoholismo; el machismo; los celos; los factores económicos, religiosos y culturales; y las costumbres sociales, son las principales causas del maltrato. Según las estadísticas del instituto, en 2009 se presentaron: 49.102 casos en mujeres (2.180 casos más que los presentados en 2008), y 11.485 en niños y niñas (584 más que en 2008)<sup>39</sup>. De acuerdo a los especialistas, las cifras se deben a que, culturalmente en Colombia, la resolución de los problemas se hace a través de la violencia, conducta transmitida de generación en generación, y sujeta al machismo existente en el país.

En el país, este fenómeno se identificó con precisión en la década de los noventa, cuando se publicaron los resultados de la ENDS 1990. A partir de ahí, La Constitución Política de Colombia de 1991, reconoció esta problemática y dispuso una serie de elementos para la defensa de las mujeres, en el inciso 5 del Artículo 42 de la misma. Desde entonces se ha registrado un gran desarrollo en el tema y se han promulgado leyes como: la Ley 248 de 1995, por la cual se obliga al Estado colombiano a implementar las acciones tendientes a reducir y eliminar las violencias contra las mujeres; la Ley 294 del 16 de Julio de 1996, que le asigna a la violencia intrafamiliar el carácter de delito; la Ley 599 de 2000, la cual reformó el Código Penal, incorporando los tipos penales de violencia intrafamiliar; la Ley 882 de 2004, que incrementó las penas por violencia física y psicológica; y más recientemente la Ley 1257 de 2008, aún sin reglamentar, que pretende dar un manejo integral a la problemática de violencia contra las mujeres e involucra en la respuesta al sector salud, sector justicia y a la sociedad en general dándole un abordaje más amplio al tema<sup>40</sup>.

Referente a la violencia ejercida contra la mujer por el esposo o compañero, en los resultados de la ENDS 2010, se encontró<sup>41</sup>:

- En el 65% de las mujeres, sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas. Las situaciones más frecuentes fueron: 39% el esposo insiste siempre en saber dónde está, 33% la ignora, 34% la acusa de infidelidad y en el 29% le impide el contacto con amigos o amigas.
- El 26% de las mujeres manifestó que sus esposos o compañeros se expresaban en forma desobligante contra ellas.
- El 32% de las mujeres alguna vez unidas, contestó que sus esposos o compañeros ejercían amenazas contra ellas. Las amenazas más frecuentes eran: el abandono, quitarle los hijos y quitarle el apoyo económico.

---

38. Cada 18 segundos una mujer es maltratada en algún lugar del mundo. [Acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2005/11/21/sociedad/1132561806.html>

39. Escamilla O. Violencia doméstica: Colombia, machismo y celos, la causa. [Acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.argenpress.info/2010/03/violencia-domestica-colombia-machismo-y.html>

40. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 23 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

41. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS- 2010. [acceso 23 de mayo de 2011]. Disponible en: [http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=9](http://encuestaprofamilia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9)

- El 37% de las mujeres alguna vez casadas o unidas han sufrido agresiones físicas (empujones o zarandeos, golpes, patadas, violación, amenaza con arma de fuego o arma blanca, y ataques con dichas armas, intento de estrangulamiento) por parte de su esposo o compañero. El 59% de las mujeres agredidas físicamente responden agrediendo de la misma manera.
- El 85 por ciento de las mujeres que han sido objeto de agresiones por parte de su esposo o compañero, tiene lesiones o secuelas físicas o psicológicas consecuencia de las golpizas.

Entre las formas de castigo a los hijos más usadas por los esposos o compañeros de las mujeres encuestadas, se encontraron: reprimendas verbales, prohibir algo, golpes y palmadas. Los resultados mostraron que las madres, son más castigadoras que los padres.

Por otro lado, en el estudio realizado por Ribero y Sánchez (2004)<sup>42</sup>, se calculó el impacto que la violencia intrafamiliar tiene sobre variables del mercado laboral como: el desempleo y los ingresos, las condiciones de salud de los integrantes de la familia y el logro escolar de los niños; los resultados de este estudio indican que estos costos alcanzan cerca del 4% del PIB. También se encontró que la VIF afecta las variables mencionadas por medio de factores que van desde la disminución de la autoestima hasta el debilitamiento de las capacidades físicas para salir a buscar un trabajo.

Teniendo en cuenta los efectos que la violencia intrafamiliar tiene tanto para la familia como para la sociedad, en la EPS SURA, se ha venido monitoreando su comportamiento y se están haciendo esfuerzos para que la población afiliada se sensibilice, tome conciencia acerca de la gravedad del problema y denuncie los casos.

En los afiliados al POS de SURA, en 2010, se identificaron 434 casos de violencia intrafamiliar (34,8% más que en 2009), para una tasa de 35,6 casos por cada 100.000 afiliados expuestos. Este año los tipos de maltrato más común fueron: el abuso sexual con el 54,5% de los casos (creció un 16% en el último año), la violencia física con el 29,7% y el síndrome del maltrato con el 13,1% (ambos con un crecimiento del 40% en el último año), cuadro 91.

**Cuadro 91. Tasa de violencia intrafamiliar por tipo de maltrato. POS de EPS SURA 2009-2010**

Tipo VIF	Año 2009		Año 2010		Diferencia tasa 2009-2010
	%	Tasa	%	Tasa	
Abuso físico	2.5%	0.7	1.6%	0.6	-18%
Abuso psicológico	0.0%	0.0	0.2%	0.1	
Abuso sexual	59.1%	16.9	54.8%	19.5	16%
Negligencia o abandono	0.3%	0.1	0.5%	0.2	87%
Síndrome de maltrato	11.7%	3.3	13.1%	4.7	40%
Violencia física	26.5%	7.6	29.7%	10.6	40%
<b>Tasa VIF</b>	<b>100% (n= 322)</b>	<b>28.5</b>	<b>100% (n= 434)</b>	<b>35.6</b>	<b>25%</b>

Tasa por cien mil afiliados expuestos.

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA 2009-2010.



42. Ribero R, Sánchez F. Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia. Documento CEDE 2004-44. ISSN 1657-7191 (Edición Electrónica). Noviembre de 2004.

4.2.5.1 Violencia intrafamiliar por género y grupo de edad

En 2010, las tasas de VIF por cien mil afiliados expuestos, por género, fueron de 55,9 casos por cada 100.000 mujeres y de 13,4 por cada 100.000 hombres, lo anterior quiere decir que, por cada 4 casos que se presenta de VIF en el sexo femenino ocurre 1 en el masculino, cuadro 92.

Cuadro 92. Estadísticas de la violencia intrafamiliar. POS de EPS SURA 2003-2010

Género	Grupo de edad	Causa	Año									Acumulado 2003-2010		
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		Total por sexo	% por grupo edad y sexo	% por sexo
										No. Casos	Tasa *100 mil			
Mujer	Menor 1	abuso sexual	-	-	-	-	-	-	-	1				
	Total menor de 1		0	0	0	0	0	0	0	1	15.1	1	0.1%	
	1 a 4	abuso físico	1	-	-	-	-	-	1					
		abuso sexual	3	8	3	5	5	12	24	33				
		negligencia o abandono	-	-	-	-	2	1	-					
		síndrome de maltrato	-	1	-	2	5	5	4	6				
		violencia física	-	-	-	-	1	-	1	1				
	Total 1 a 4		4	9	3	7	13	18	30	40	115.9	124	11.0%	
	5 a 14	abuso físico	-	-	-	2	1		1					
		abuso sexual	8	10	10	13	16	33	60	53				
		negligencia o abandono	-	-	-	1	-	1	-					
		síndrome de maltrato	-	1	1	2	2	2	4	3				
		síndrome de maltrato	-	-	-	-	-	-	-	1				
		violencia física	1	-	2	1	-	3	2	5				
	Total 5 a 14		9	11	13	19	19	39	67	62	64.7	239	21.3%	
	15 a 44	abuso físico	1	-	-	3	3	9	6	7		2		
		abuso psicológico	1	-	1	1	-	-	-	1				
		abuso sexual	16	18	12	21	31	56	80	104		1		
		negligencia o abandono	-	-	-	-	1	-	-	1				
		síndrome de maltrato	-	2	4	10	17	17	17	35		1		
		violencia física	11	8	6	11	27	32	56	91				
	Total 15 a 44		29	28	23	46	79	114	159	239	72.9	717	63.8%	
	45 a 59	abuso sexual	-	-	1	1	-	1	3	7				
		síndrome de maltrato	-	-				3	1	3				
		violencia física	-	-	1	2	-	2	7	4				
	Total 45 a 59		0	0	2	3	0	6	11	14	12.3	36	3.2%	
	60 y más	abuso sexual	-	1	-	1	-	0	-	-				
		negligencia o abandono	-	-	-	-	-	1	-	-				
		síndrome de maltrato	-	-	-	-	-	1	1	-				
		violencia física	-	-	-	-	1	-	-	-				
	Total 60 y más		0	1	0	1	1	2	1	0	0.0	6	0.5%	
Total mujer			42	49	41	76	112	179	268	356	55.9	1,123	100.0%	82.5%
Hombre	Menor 1	abuso sexual	-	-	-	-	-	-	-	1				
		negligencia o abandono	-	-	-	-	-	-	-	1				
	Total menor de 1		0	0	0	0	0	0	0	2	28.3	2	0.8%	
	1 a 4	abuso sexual	1	2	1	1	2	-	6	12				
		síndrome de maltrato	1	1	-	2	1	6	3	2				
		violencia física	-	-	-	-	-	-	1	-				
	Total 1 a 4		2	3	1	3	3	6	10	14	38.3	42	17.6%	
	5 a 14	abuso físico	-	-	-	-	1	-	-	22				
		abuso psicológico	-	1	-	-	-	-	-	-				
		abuso sexual	1	4	5	9	9	8	18	-				
		negligencia o abandono	-	-	-	-	-	-	1	-				
		síndrome de maltrato	-	1	1	4	3	4	2	5				
		violencia física	2	-	-	-	1	1	3	4				
	Total 5 a 14		3	6	6	13	14	13	24	31	31.0	110	46.2%	
	15 a 44	abuso físico	-	-	-	2	-	2	-	-				
		abuso sexual	1	-	-	-	1	1	1	5				
		síndrome de maltrato	-	1	-	1	-	1	3	2				
		violencia física	3	1	1	2	4	4	12	19				
	Total 15 a 44		4	2	1	5	5	8	16	26	8.7	67	28.2%	
	45 a 59	abuso sexual	-	-	-	-	1	1	-	1				
		abuso psicológico	-	-	-	-	1	1	-	-				
		abuso físico	-	-	-	-	-	1	-	-				
		violencia física	-	-	-	-	1	1	3	4				
	Total 45 a 59		0	0	0	0	3	4	3	5	5.3	15	6.3%	
	60 y más	abuso psicológico	1	-	-	-	-	-	-	-				
		violencia física	-	-	-	-	-	-	1	-				
	Total 60 y más		1	0	0	0	0	0	1	0	0.0	2	0.8%	
Total hombres			10	11	8	21	25	31	54	78	13.4	238	100.0%	17.5%
Total general			52	60	49	97	137	210	322	434	35.6	1,361		100.0%

Tasa por cien mil afiliados expuestos.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2003-2010.

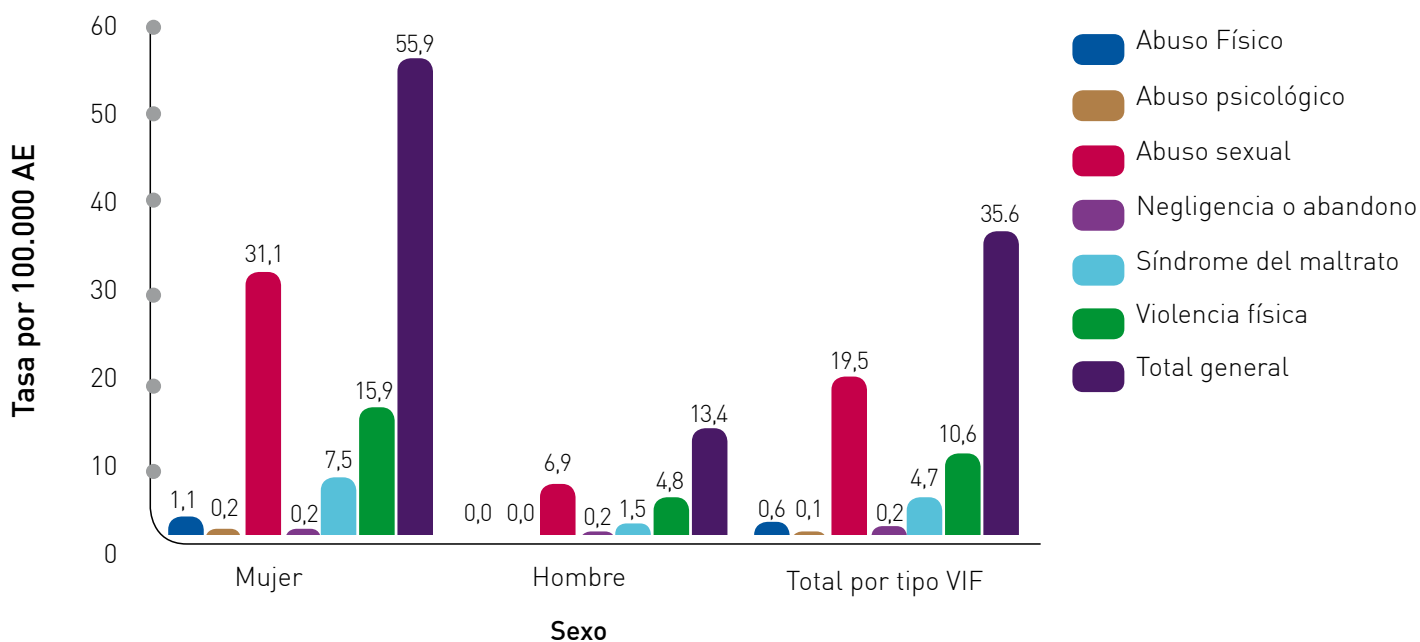




#### 4.2.5.2 Tipos de violencia intrafamiliar por sexo

De los casos registrados en el año 2010, el 82,0% (356) se presentaron en las mujeres, en ellas los tipos de violencia más frecuentes fueron: el abuso sexual con una tasa de 31,1 casos por cada 100.000 mujeres expuestas (tasa que fue igual a 6,9 en los hombres, dando una relación de aproximadamente 5 mujeres por cada hombre); y la violencia física con una tasa de 15,9 casos por 100.000 afiliadas expuestas (10,6 en los hombres), gráfica 75.

**Gráfica 75.** Tasas por tipo de violencia intrafamiliar y sexo. POS de EPS SURA 2010



AE: afiliados expuestos.

**Fuente:** Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2010.



Del total de casos acumulados en el periodo 2003-2010, el 82,5% (1.123) se dieron en mujeres, y el 17,5% (238) en los hombres. Durante este periodo los principales tipos de violencia intrafamiliar fueron: el abuso sexual con el 57,9% (650) de los casos registrados en el género femenino y el 38,7% (92) de los casos en el masculino, cuadro 93.

**Cuadro 93.** Tipos de violencia intrafamiliar por sexo. POS de EPS SURA 2003-2010

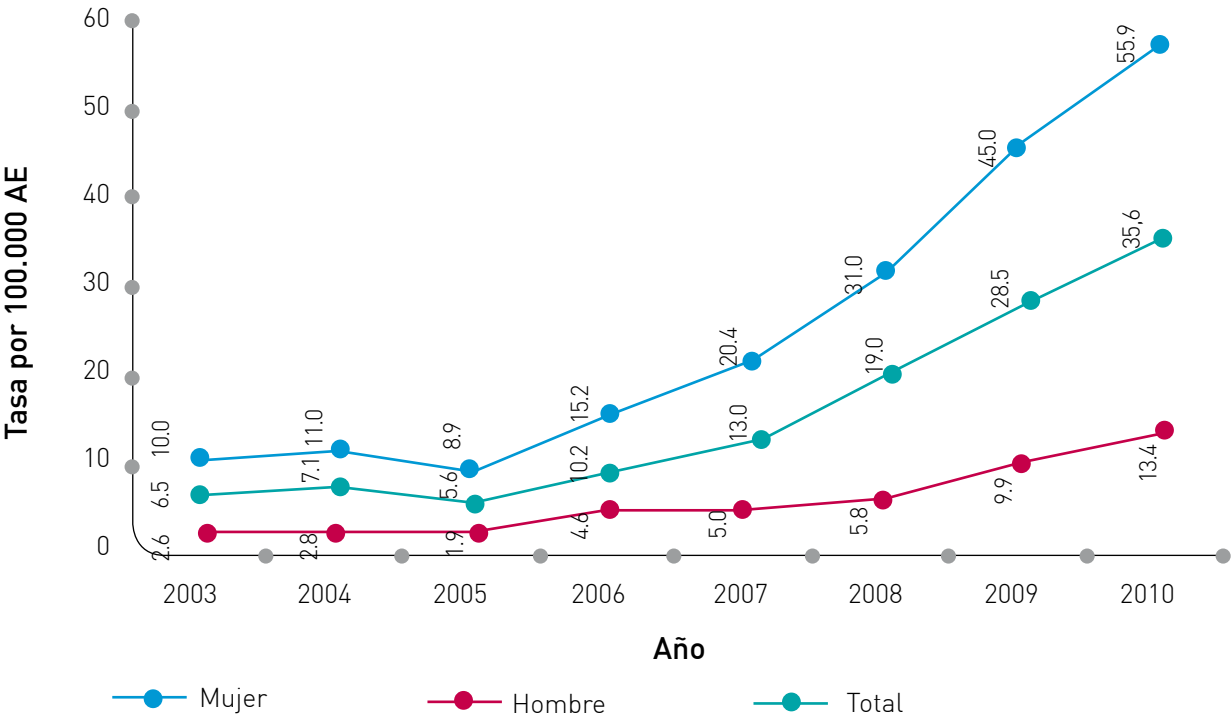
Tipo de VIF	Mujer		Hombre		Total		Relación
	Casos	% tipo VIF	Casos	% tipo VIF	Casos	% tipo VIF	M-H
Abuso físico	35	3.1%	28	11.8%	63	4.6%	1.3
Abuso psicológico	4	0.4%	4	1.7%	8	0.6%	1.0
Abuso sexual	650	57.9%	92	38.7%	742	54.5%	7.1
Negligencia o abandono	8	0.7%	2	0.8%	10	0.7%	4.0
Síndrome de maltrato	150	13.4%	44	18.5%	194	14.3%	3.4
Violencia física	276	24.6%	68	28.6%	344	25.3%	4.1
<b>Total</b>	<b>1,123</b>	<b>100.0%</b>	<b>238</b>	<b>100.0%</b>	<b>1,361</b>	<b>100.0%</b>	<b>4.7</b>

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2003-2010.



Durante el periodo, vienen creciendo las tasas de violencia intrafamiliar en ambos géneros, siendo el incremento mayor en el sexo femenino. La gráfica de ellas presenta una pendiente mayor, siendo esta más pronunciada en los últimos cuatro años, gráfica 76.

**Gráfica 76.** Evolución de las tasas de violencia intrafamiliar por sexo. POS de EPS SURA 2003-2010



AE: afiliados expuestos.

Fuente: Inteligencia de Negocios. EPS SURA. 2003-2010.



#### 4.2.5.3 Violencia intrafamiliar por grupo de edad

En el cuadro 92 también se presentaron las tasas de violencia intrafamiliar registradas en 2010, por grupos de edad, este año las principales tasas fueron:

En las mujeres:

- Grupo de 1 a 4 años, con una tasa de 115,9 casos por cada 100.000 afiliadas expuestas, en este grupo el principal tipo de maltrato fue el abuso sexual con el 82,5% (33) de los casos.
- Grupo de 5 a 14 años, tasa de 64,7; en ellas el abuso sexual fue la causa en el 85,5% (53) de los casos.
- Grupos de 15 a 44 años, tasa de 72,9; en ellas también el abuso sexual fue el principal tipo de maltrato con el 43,5% (104) de los casos.

En los hombres:

- Grupo de 1 a 4 años, con una tasa de 38,3 casos por cada 100.000 afiliados expuestos, en este grupo el principal tipo de maltrato fue el abuso sexual con el 85,7% (12) de los casos.
- Grupo de 5 a 14 años, tasa de 31,0; el ellos el abuso físico produjo el 71,0% (22) de los casos.

De los casos registrados en 2010, es importante resaltar 3 casos que se presentaron en menores de un año, grupo en el cual, hasta el 2010, no se habían registrado, de éstos 2 fueron por abuso sexual (uno en cada género) y 1 caso por negligencia y abandono el cual se dio en un menor de sexo masculino, cuadro 92.

#### 4.2.5.4 Violencia intrafamiliar por regional

En el cuadro 94 se encuentra la distribución de los casos de violencia intrafamiliar registrados en 2010 por ciudad y regional. En él se ve como el abuso sexual es el principal tipo de maltrato en todas las regionales, seguido por la violencia física.

**Cuadro 94. Tipos de violencia intrafamiliar por regional. POS de EPS SURA 2010**

Regional	Abuso físico	Abuso psicológico	Abuso sexual	Negligencia o abandono	Síndrome del maltrato	Violencia física	Total general
<b>Total Antioquia EC</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>	<b>0%</b>	<b>9%</b>	<b>29%</b>	<b>309</b>
Medellín	2%	0%	60%	0%	8%	30%	301
Manizales	0%	0%	33%	0%	50%	17%	6
Pereira	0%	0%	50%	0%	50%	0%	2
<b>Total Centro</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>41%</b>	<b>0%</b>	<b>21%</b>	<b>36%</b>	<b>66</b>
Bogotá	0%	2%	43%	0%	20%	36%	61
Bucaramanga	0%	0%	20%	0%	40%	40%	5
<b>Total Norte</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>48%</b>	<b>7%</b>	<b>19%</b>	<b>26%</b>	<b>27</b>
Barranquilla	0%	0%	54%	8%	13%	25%	24
Cartagena	0%	0%	0%	0%	67%	33%	3
<b>Total Occidente</b>	<b>3%</b>	<b>0%</b>	<b>41%</b>	<b>0%</b>	<b>31%</b>	<b>25%</b>	<b>32</b>
Cali	3%	0%	41%	0%	31%	25%	32
<b>Total general</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>55%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>	<b>30%</b>	<b>434</b>

Como se dijo anteriormente, en 2010, se incrementó el número de casos en un 35%, aumento que puede ser el resultado de la búsqueda activa por parte del equipo asistencial, dando así inicio al compromiso realizado en ACEMI donde las EPS se comprometieron a fortalecer la búsqueda, el reporte y la gestión de este tipo de eventos; y también por la conciencia que la población afiliada viene presentando acerca de la gravedad del problema y la necesidad de denunciar los casos.

#### 4.2.6 Infección por VIH-Sida

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH “virus de la inmunodeficiencia humana”. Consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, y se desarrolla cuando el nivel de Linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por ml de sangre. Una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones<sup>43</sup>. El VIH se transmite a través de los fluidos corporales como la sangre y el semen; y de las secreciones como las vaginales y la leche materna.

Hay diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por ml de sangre<sup>44</sup>.

Las últimas estadísticas sobre la epidemia mundial de VIH y Sida fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en 2010, pero los datos hacen referencia al final de 2009. Entre ellas se destacan: en el mundo habían cerca de 33,3 millones de personas con VIH-Sida; el 48% (15,9 millones) eran mujeres y el 7,5% (2,5 millones) niños; al año mueren cerca de 1,8 millones de personas por esta causa, dejando alrededor de 16,6 millones de huérfanos con edades entre 0 y 17 años, cuadro 95<sup>45</sup>:

**Cuadro 95. Características de la población mundial con VIH-Sida, 2009**

Indicador	Estimado (millones)	Rango (millones)
Personas con VIH/SIDA	33.3	31,4-35,3
Adultos con VIH/SIDA	30.8	29,2-32,6
Mujeres con VIH/SIDA	15.9	14,8-17,2
Niños con VIH/SIDA	2.5	1,6-3,4
Personas nuevas infectadas con VIH	2.6	2,3-2,8
Adultos nuevos infectados con VIH	2.2	2,0-2,4
Muertes SIDA	1.8	1,6-2,1
Huérfanos (0-17) debido a SIDA	16.6	14,4-18,8

**Fuente:** Las estadísticas del Sida y VIH en el Mundo. Global HIV and AIDS estimates, end of 2009.



43. Sida. [Acceso 9 de agosto de 2011]. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>

44. Sida. [Acceso 9 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sida>

45. Las Estadísticas Del SIDA Y VIH En El Mundo. [Acceso 5 de agosto de 2011] Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>

De acuerdo con el informe del Banco Mundial, junio 2011, en América Latina cerca de 1,4 millones de personas vivían con VIH a finales de 2009. Al año mueren alrededor de 58.000 personas por Sida y se estima que unas 92.000 son infectadas cada año<sup>47</sup>.

A nivel mundial está la Campaña Mundial del Sida, iniciativa lanzada en 1997 por ONUSIDA (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y Sida), que en la actualidad es liderada por una coalición global conformada por organizaciones de la sociedad civil<sup>48</sup>.

En Colombia, las metas para el VIH-Sida, propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), son: mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1,2% para el 2015, aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales, reducir la mortalidad por causa del sida, disminuir el número de casos de transmisión perinatal, e incrementar el uso de medidas de protección como el condón, principalmente en la población joven<sup>49</sup>.

Lo anterior implica que, una vez identificados en la población los grupos más vulnerables, focalizar en ellos los programas preventivos y de atención. Entre los grupos hacia los cuales se deben enfocar los programas, están los adolescentes y la población adulta joven ya que, casi el 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años de edad, donde el 77% de ellos son hombres. Se deben también eliminar falsas creencias pues, contrario a lo que se piensa, en Colombia cada vez es mayor la proporción de personas contagiadas en relaciones sexuales heterosexuales, haciendo que la epidemia tenga una fuerte tendencia hacia la feminización, en el país la relación hombre/mujer ha pasado de 11,2 a 2,8 en el periodo 1985 y 2004.

Los esfuerzos realizados por garantizar la atención integral de los pacientes con VIH y sida, hicieron que se aprobara el Modelo de Gestión Programática en VIH y Sida, el cual incorporó al Plan Obligatorio de Salud todos los medicamentos y los procedimientos diagnósticos disponibles en Colombia para ello. Los informes de evaluación externa del programa indican que la cobertura de tratamiento en el país, es cercana al 72%. De igual manera, el esfuerzo por fortalecer la prevención de la transmisión madre hijo del VIH, hizo que en el periodo 2003-2007 se incluyeran en la estrategia de prevención 547.164 mujeres embarazadas, de las cuales el 0,21% (1.127) resultaron positivas para VIH, y luego de la intervención, sólo 30 niños fueron seropositivos, evitando cerca de 200 casos de niños infectados por esta vía<sup>50</sup>.

En Colombia, la prevalencia del VIH y sida no tiene la magnitud de otras regiones, sin embargo, esta es una enfermedad que plantea grandes desafíos para el Estado y la sociedad colombiana. Por tal motivo, se han diseñado diferentes planes entre los que se encuentra el Plan Nacional al VIH para los años 2008 - 2011, el cual se articula al Plan Nacional de Desarrollo y al Plan Nacional de Salud Pública, y cuenta con el concurso y aportes de una amplia gama de representantes

---

46. Las Estadísticas Del SIDA Y VIH En El Mundo. [Acceso 5 de agosto de 2011] Disponible en: <http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm>

47. Informe del Banco Mundial BM sobre VIH/SIDA en el mundo. [acceso 10 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.opear.net/en/item/5378-informe-del-banco-mundial-bm-sobre-vih/sida-en-el-mundo.html>

48. Center for Young women's Health [Acceso 10 de Abril de 2010] Disponible en: <http://www.onusida.org.co/>

49. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008-2011. [acceso 2 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan\\_Nacional\\_2008\\_2011.pdf](http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan_Nacional_2008_2011.pdf)

50. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008-2011. [acceso 2 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan\\_Nacional\\_2008\\_2011.pdf](http://especiales.universia.net.co/dmdocuments/Plan_Nacional_2008_2011.pdf)

del Estado, organismos de cooperación internacional y miembros de la sociedad civil, incluyendo las personas con VIH. Este plan recopila las principales estrategias y acciones a realizar en las áreas de promoción y prevención, asistencia integral, apoyo y protección social, y seguimiento y evaluación de la respuesta.

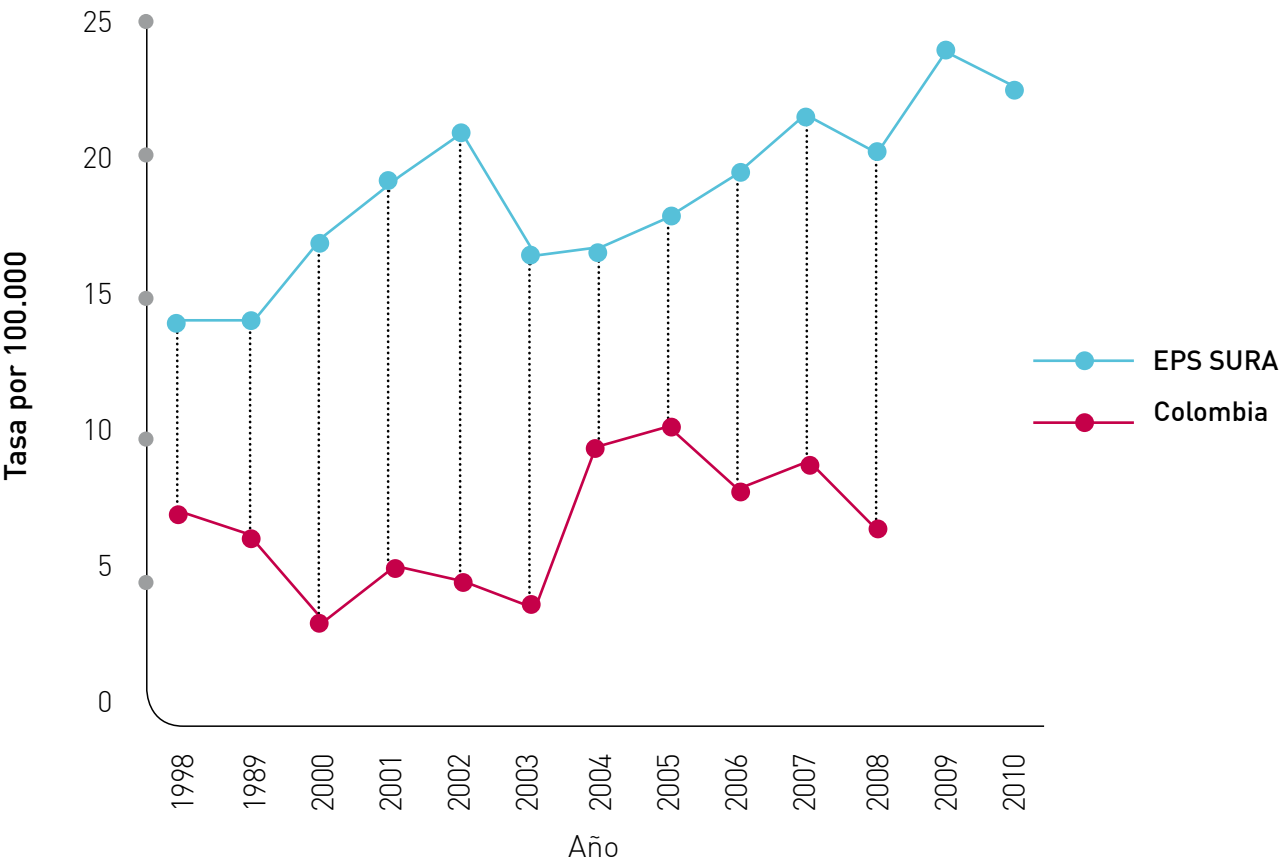
4.2.6.1 Situación del VIH-Sida en la EPS SURA

SURA, a lo largo de los años, a los pacientes afiliados al POS de EPS, les ha ofrecido:

- Garantía de acceso a los tratamientos antirretrovirales y la atención integral de la enfermedad.
- El Programa de promoción de la salud sexual reproductiva.
- Actividades de prevención de la transmisión por medio de preservativos.
- Atención a través de la guía de manejo y modelo de gestión del VIH para lograr un diagnóstico oportuno.

Aunque en 2010, la tasa de incidencia de VIH-Sida de la población afiliada al POS de SURA disminuyó, pasó de 23,7 casos por cada 100.000 afiliados expuestos en 2009 a 22,4 en 2010, la tendencia en el periodo 1998 a 2010 es positiva, gráfica 77.

Gráfica 77. Tasa de incidencia VIH-Sida. POS de EPS SURA, Colombia 1998-2010



Tasa de incidencia por cada cien mil afiliados expuestos (habitantes).

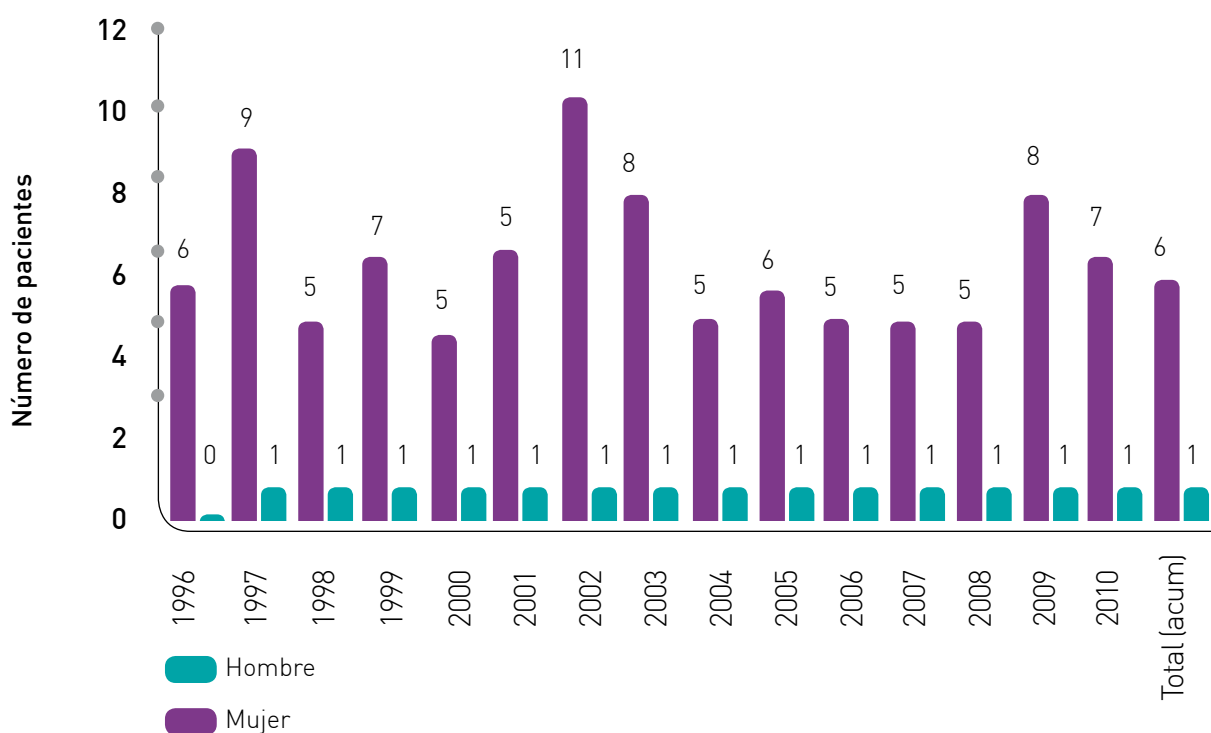
Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA.1998- 2010.  
Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos. 1998-2008.



#### 4.2.6.2 VIH-Sida por género

En EPS SURA, el 85,5% (1.433) de los casos prevalentes en el año 2010 correspondieron al sexo masculino (86,0% en 2010), con una relación aproximada de seis hombres por cada mujer con VIH-Sida. La gráfica 78 permite ver como en el periodo 2002 a 2008, se venía presentando una disminución en la razón hombre/mujer, hecho que demostraba la feminización de la patología en la EPS, sin embargo, en 2009 volvió a subir indicando que en los dos últimos años la proporción de hombres con VIH-Sida que ingresan a la EPS es mayor. La relación hombre/mujer en los casos nuevos de 2010, fue de siete hombres por cada mujer.

**Gráfica 78.** Relación hombre/mujer pacientes VIH-Sida. POS de EPS SURA 1998-2010

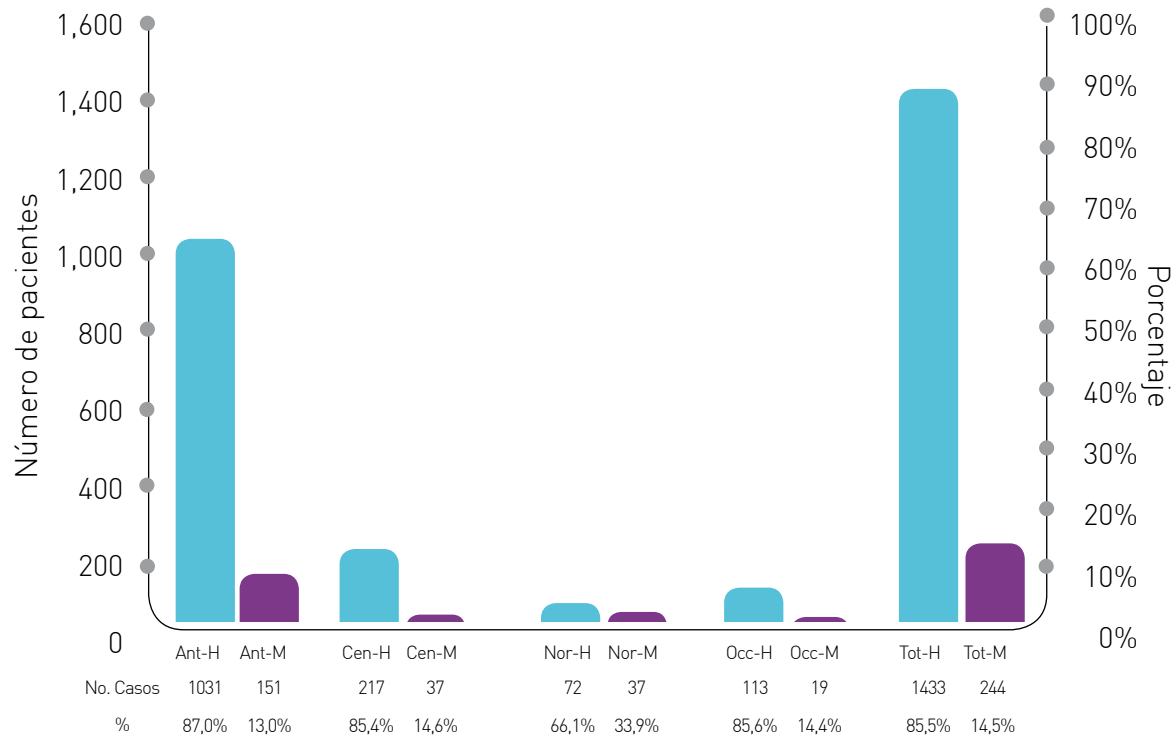


Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA.1998-2010.



Complementando la información anterior, en la gráfica 79 se pueden apreciar el número y la proporción de casos prevalentes en 2010, por sexo y regional. Los datos muestran que, mientras en las regionales de Centro y Occidente la relación hombre/mujer fue de 6 a 1, en la regional Antioquia EC fue de 7 a 1 (más hombres) y en la del Norte fue de 2 hombres por cada mujer con VIH-Sida, lo que indica el alto grado de feminización que tiene esta patologías en esta última regional.

**Gráfica 79. Distribución casos prevalentes VIH-Sida por sexo y regional. POS de EPS SURA 2010**



Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA. 1998-2010.




#### 4.2.6.3 VIH-Sida por grupo de edad

El crecimiento de los casos prevalentes de VIH-Sida en la EPS por grupo de edad, permite identificar los grupos con mayor riesgo de tener la enfermedad, y su disminución, la ocurrencia de eventos como, por ejemplo, la mortalidad o la desafiliación de la EPS. En el cuadro 96, están las variaciones en el número de afiliados con VIH-Sida en cada una de las regionales, entre los meses de enero y diciembre de 2010. En general el grupo de edad que más varío fue el de los afiliados con VIH-Sida con edades entre 15 y 24 años; este mismo grupo creció un 100% en la regional de Occidente, un 67% en la del Centro, y un 25% en las de Norte y Antioquia EC. La regional del Norte fue la que menos varío en el número de pacientes y fue también la única donde los pacientes de dos grupos de edad disminuyeron entre los meses de enero y diciembre, siendo estos el de 60 y más años y el de 1 a 4 años.



Cuadro 96. Evolución de pacientes VIH-Sida por grupo de edad y regional. POS de EPS SURA 2010

Grupo edad	Antioquia EC			Centro			Norte			Occidente			Total		
	Ene-10	Dic-10	% Cto.	Ene-10	Dic-10	% Cto.	Ene-10	Dic-10	% Cto.	Ene-10	Dic-10	% Cto.	Ene-10	Dic-10	% Cto.
< 1 año	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
1 a 14	5	5	0.0%	0	1	0.0%	5	4	-20.0%	0	0	-	10	10	0.0%
15 a 24	72	90	25.0%	9	15	66.7%	4	5	25.0%	5	10	100.0%	90	120	33.3%
25 a 34	272	305	12.1%	68	83	22.1%	29	29	0.0%	32	39	21.9%	401	456	13.7%
35 a 44	386	426	10.4%	75	95	26.7%	38	39	2.6%	45	45	0.0%	544	605	11.2%
45 a 59	296	315	6.4%	45	51	13.3%	24	30	25.0%	30	32	6.7%	395	428	8.4%
60 y +	35	41	17.1%	7	9	28.6%	3	2	-33.3%	6	6	0.0%	51	58	13.7%
Total	1,066	1,182	10.9%	204	254	24.5%	103	109	5.8%	118	132	11.9%	1,491	1,677	12.5%


Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA. 2010. 

4.2.6.4 Incidencia y prevalencia de VIH-Sida por regional

La estimación de las tasas de incidencia y prevalencia de VIH y sida en la población afiliada al POS de EPS SURA por regional, permite identificar grandes diferencias en lo relacionado con el comportamiento de esta patología en las diferentes regiones. La regional de Occidente fue la que registró la mayor incidencia, indicador que mide la probabilidad de adquirir la enfermedad, con 32,9 casos de VIH-Sida por cada 100.000 afiliados expuestos, en esta regional la probabilidad de ser infectado con el VIH es dos veces mayor que la de enfermar de sida; esta regional también presentó la mayor prevalencia, indicador que mide la probabilidad de estar enfermo, con 176,4 casos de VIH-Sida por cada 100.000 afiliados expuestos, allí la probabilidad de estar enfermo de sida es dos veces la de estar infectado por el VIH. Por otro lado, la regional que presentó las menores tasas tanto de incidencia como de prevalencia fue la del Norte, allí se registra 1 caso nuevo de VIH-Sida por cada 3 casos nuevos que se presentan en la de Occidente, y se tienen 2 pacientes enfermos de VIH-Sida por cada 3 pacientes en la regional de Occidente, cuadro 97.

Cuadro 97. Incidencia y prevalencia de VIH-Sida por regional. POS de EPS SURA 2010

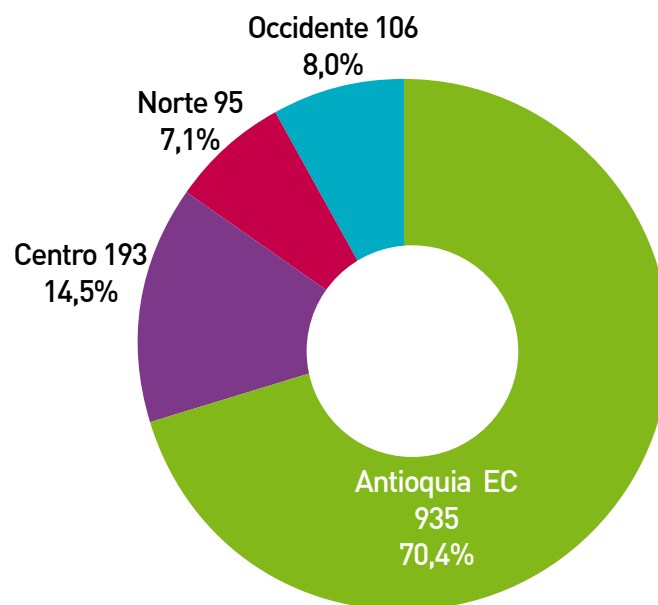
Regional	Incidencia			Prevalencia		
	VIH-SIDA	VIH	SIDA	VIH-SIDA	VIH	SIDA
Antioquia EC	21.0	15.2	5.8	129.6	78.6	51.0
Centro	30.9	14.6	16.3	139.5	72.0	67.6
Norte	11.6	5.3	6.3	105.8	55.3	50.5
Occidente	32.9	21.9	11.0	176.4	56.1	120.3
Total	22.4	14.8	7.6	131.9	74.5	57.4

Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA. 2010. 

#### 4.2.6.5 Uso de terapia antirretroviral (TAR) en VIH-Sida

El 79,2% (1.329) de las personas con VIH-Sida afiliada al POS en diciembre 2010 se encontraban en TAR. La regional con el mayor número de pacientes en terapia fue la regional Antioquia EC con el 70,4% de los pacientes (935) y la del menor número fue la regional del Norte con el 7,1% (95) de ellos, gráfica 80.

**Gráfica 80.** Uso de antirretrovirales en VIH-Sida por regional. POS de EPS SURA 2010



Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA. 2010.



#### 4.2.6.6 Estadísticas del VIH-Sida en la EPS SURA

En el cuadro 98 se presenta un resumen de algunos indicadores sobre el comportamiento del VIH-Sida en los afiliados al POS de la EPS SURA. En general se puede decir:

- Al final de 2010 se tenían 1.677 pacientes con VIH-Sida, de los cuales 263 (16,3%) ingresaron en ese mismo año.
- La relación entre los adultos (de 15 o más años) y los niños (menores de 15 años) es de 167 a 1.
- La relación hombre-mujer es de 6 a 1.
- De cada cinco pacientes, cuatro están en terapia antirretroviral (TAR).
- La mortalidad en el año fue de 2 muertes por cada 100 pacientes con VIH-Sida.

**Cuadro 98. Estadísticas VIH-Sida. POS de EPS SURA 2010**

Indicador	Antioquia EC	%	Centro	%	Norte	%	Occidente	%	Total	%
<b>Personas con VIH/SIDA (a dic de 2010)</b>	<b>1,182</b>		<b>254</b>		<b>109</b>		<b>132</b>		<b>1,677</b>	
Niños (menor 15 años) con VIH/SIDA	5	0.4%	1	0.4%	4	3.7%	0	0.0%	10	0.6%
Adultos (de 15 o más años) con VIH/SIDA	1,177	99.6%	253	99.6%	105	96.3%	132	100.0%	1,667	99.4%
Mujeres con VIH/SIDA	151	12.8%	37	14.6%	37	33.9%	19	14.4%	244	14.5%
Hombres con VIH/SIDA	1,031	87.2%	217	85.4%	72	66.1%	113	85.6%	1,433	85.5%
Pacientes en TAR	935	79.1%	193	76.0%	95	87.2%	106	80.3%	1,329	79.2%
<b>Personas nuevas con VIH-SIDA (en 2010)</b>	<b>185</b>		<b>53</b>		<b>11</b>		<b>24</b>		<b>273</b>	
Personas nuevas infectadas con VIH	134	72.4%	25	47.2%	5	45.5%	16	66.7%	180	65.9%
Personas nuevas con SIDA	51	27.6%	28	52.8%	6	54.5%	8	33.3%	93	34.1%
<b>Muertes</b>	<b>19</b>	<b>1.7%</b>	<b>6</b>	<b>2.6%</b>	<b>1</b>	<b>1.0%</b>	<b>4</b>	<b>3.1%</b>	<b>30</b>	<b>1.9%</b>

TAR: Terapia Antirretroviral.

Fuente: Programa Salud en Casa. EPS SURA. 2010.



## 4.3 Programa Ampliado de Inmunizaciones

La vacunación, es la estrategia más costo efectiva para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) surgió como la acción conjunta de los gobiernos de los países y organismos internacionales interesados en lograr coberturas universales de vacunación en los menores de 5 años, con el propósito de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles, y erradicar, eliminar y controlar las mismas<sup>51</sup>.

La Historia del PAI en Colombia comienza en 1974, cuando el Ministerio de Salud, acoge los lineamientos emitidos desde centros de decisión internacional como la OMS y la OPS, y los adapta para hacerlos llegar a la población<sup>52</sup>.

El país cuenta con un “Lineamiento para la evaluación de coberturas, oportunidad y esquema completo de vacunación para el programa permanente”.

Dentro de los objetivos del Programa PAI están<sup>53</sup>:

- Consolidar la certificación de la erradicación de la poliomielitis.
- Erradicar el sarampión en Colombia para el año 2010.
- Mantener una incidencia de menos de un caso de tétano neonatal por 1.000 nacidos vivos en cada municipio.
- Reducir la mortalidad y morbilidad por meningitis tuberculosa, difteria, tosferina, rubéola y rubéola congénita, neumonías, meningitis y epiglotitis por *Haemophilus Influenza* tipo B y fiebre amarilla.
- Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Controlar problemas de salud pública que se puedan intervenir a través de la vacunación.
- Alcanzar y mantener coberturas útiles para todos los biológicos del PAI en todos los municipios del país.
- Implementar y mantener un sistema único de información oportuna y flexible que permita la toma de decisiones en todos los niveles.

51. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones%28PAI%29.aspx>

52. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). [acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones%28PAI%29.aspx>

53. PAI. [acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/>

Las metas del PAI son<sup>54</sup>:

- Vacunar con Antipolio, DPT (difteria, tos ferina, tétanos), BCG (tuberculosis), Anti-Hepatitis B y Anti-Haemophilus influenzae al 100% de los niños menores de un año.
- Vacunar con Triple Viral al 100% de los niños de un año y aplicar un refuerzo al 100% de ellos al cumplir los 10 años.
- Vacunar con Toxoide Tetánico-Diftérico al 100% de las mujeres en edad fértil residentes en áreas de riesgo para tétanos neonatal y al 100% de las gestantes del país.
- Aplicar una dosis de vacuna Anti-Amarílica al 100% de población mayor de un año residente en zonas de riesgo.
- Incorporar nuevas vacunas en el calendario nacional.
- Garantizar vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a todos los entes territoriales a nivel nacional
- Cumplir con los indicadores objetos de erradicación en polio, sarampión, eliminación de tétanos neonatal y control de otras enfermedades.
- Capacitar en forma permanente a todo el personal encargado del programa y de la vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles.

#### 4.3.1 Coberturas de vacunación

La utilización masiva de vacunas en salud pública, ha sido una preocupación permanente por parte de las autoridades sanitarias, tanto a nivel internacional como nacional y local, por tal motivo el disponer de datos confiables sobre la proporción de individuos vacunados, permite retroalimentar las acciones de los programas de vacunación y mejorar su eficacia; reforzar la provisión de dosis en las áreas más vulnerables; mejorar la captación de individuos no vacunados; e implementar campañas específicas destinadas a minimizar los riesgos de una eventual expansión de las enfermedades que se pueden prevenir por medio de la vacunación<sup>55</sup>.

Por cobertura se entiende el porcentaje de niños de un año que en un periodo de tiempo (un año) recibieron las vacunas recomendadas (esquema completo), en cualquier momento. Por lo tanto, las coberturas de vacunación en niños de un año, se calculan como el cociente entre el número de niños de 1 año (entre 12 y 23 meses) que han sido vacunados contra la tuberculosis (BCG); tosferina, tétanos y difteria (DPT); antipolio y sarampión, respecto al total de niños de la misma edad<sup>56</sup>.

En Colombia, la meta esperada en coberturas para todos los biológicos es del 95%, meta que no se logró en 2010, donde las coberturas nacionales fueron: 88,5% triple viral; 83,5% BCG; 88,0% polio; 87,9% DPT; y 87,9% para la Hepatitis B y Haemophylus influenza tipo b; todas inferiores a las registradas en 2009<sup>57</sup>.

Conscientes de la importancia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y tratando de reforzar los esfuerzos para alcanzar las metas propuestas por el mismo, la EPS SURA ofrece a sus afiliados:

- El plan de vacunación nacional “Vacunación sin barreras un compromiso de todos”, el cual consiste en ofrecer el servicio de vacunación en todas las IPS básicas, en jornada continua durante todo el tiempo que la IPS permanezca en funcionamiento, y además permitir el acceso a la vacunación sin importar la IPS a la que pertenezca el usuario.

---

54. PAI. [acceso 5 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pai/>

55. Balparda, LR. Medición de la cobertura de vacunación: Una problemática de la Salud Pública. [acceso 2 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web/vol7n1y2\\_art4.htm](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art4.htm)

56. Balparda, LR. Medición de la cobertura de vacunación: Una problemática de la Salud Pública. [acceso 2 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web/vol7n1y2\\_art4.htm](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art4.htm)

57. Coberturas de vacunación completa. [acceso 2 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/CAIRO/WebHelp/Meta-latina/cobertura\\_de\\_vacunacion\\_completa.htm](http://celade.eclac.cl/redatam/PRYESP/CAIRO/WebHelp/Meta-latina/cobertura_de_vacunacion_completa.htm)

- Programas de promoción y prevención, donde las actividades están orientadas a mejorar las condiciones de salud de los afiliados, educando en el cuidado de la salud Individual, familiar y comunitaria; e incentivando el uso adecuado de los servicios de salud, tanto en las personas afiliadas, como aquellas que acuden en calidad de Medicina Prepagada. Estos programas están diseñados para grupos con riesgos específicos, en los que la vacunación es un medio preventivo para todas las edades.

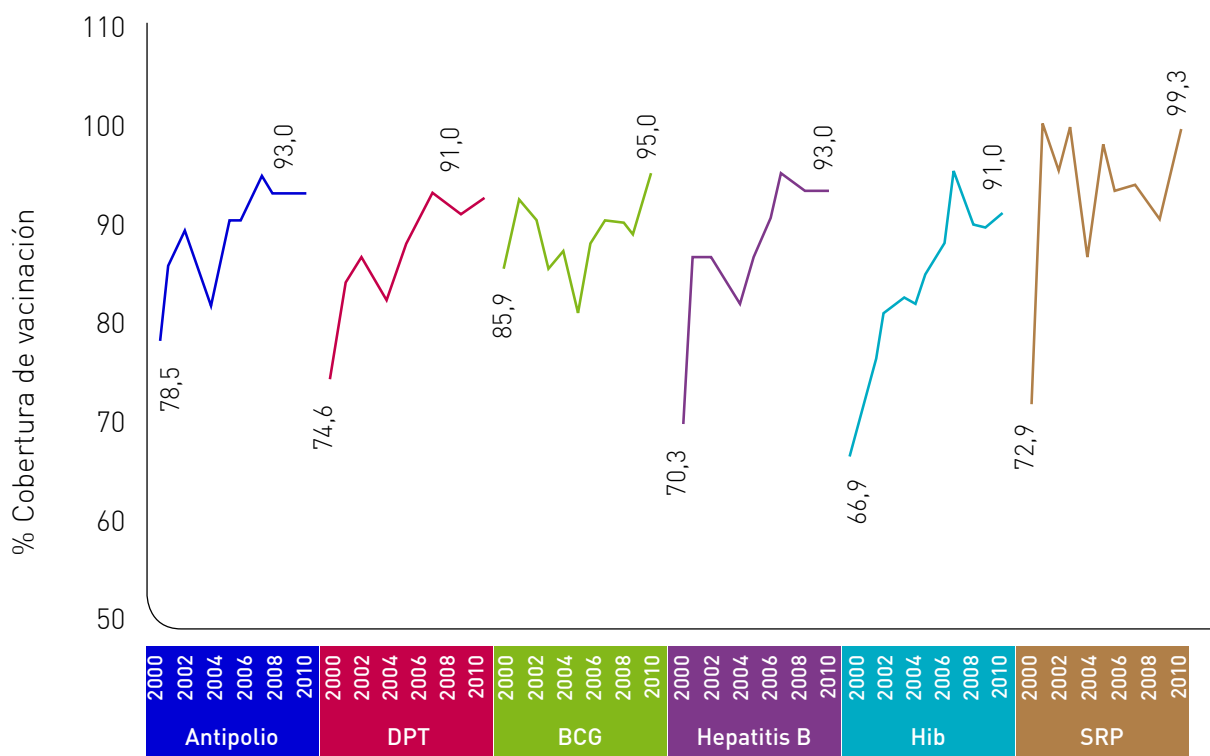
Sin embargo, existen dificultades que, en ocasiones, limitan el cumplimiento de las metas de coberturas en vacunación del 95%, entre ellas están:

- La movilidad de los usuarios en el sistema de salud por los continuos retiros y cambios de EPS.
- Dificultades en el cálculo de la población asignada para cumplir las coberturas y que, al parecer, están por encima de las reales, pues están hechas con las proyecciones de población del Censo del 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.

En la EPS SURA, las coberturas (proporción de niños con esquemas completos que garantizan protección inmunológica y el control de brotes) alcanzadas en los menores de un año afiliados al POS en 2010, se pueden observar en la gráfica 80. Este año las coberturas alcanzadas en DPT, BCG, Hib y SRP superaron las del 2009, en tanto que las de Antipolio y Hepatitis B permanecieron iguales.

En 2010, se continuó con la vacunación periódica y la vigilancia epidemiológica, estrategias implementadas en años anteriores, y que han logrado hasta el momento el control de enfermedades como la viruela, la difteria, el tétanos, la fiebre amarilla, la pertussis, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la Haemophilus influenza y la hepatitis B.

**Gráfica 81. Coberturas de vacunación. POS de EPS SURA 2000-2010**



Fuente: Coordinación Promoción y Prevención. EPS SURA. 2000-2010.



Los datos sobre indicadores de cumplimiento suministrados por la EPS SURA, se han calculado teniendo en cuenta lo estipulado en el Acuerdo 117 y la Resolución 412 y 3384 de 2000, donde se establece la frecuencia, según edad y tiempo de afiliación mínimas anuales, y entre las cuales se encuentran la aplicación de la vacuna para la Hepatitis B en menores de cinco años. Los porcentajes de los indicadores de cumplimiento alcanzados con los biológicos en relación con lo programado para la población de EPS SURA en 2010, fueron: 91,0% para la Hepatitis B (93,0% en 2009) y 92,0% para la vacuna DPT (90,0% en 2009).



## Conclusiones afiliados al POS de EPS SURA



- En Colombia, del total de asegurados al régimen contributivo en 2010, el 6,7% se encontraban afiliados al POS de la EPS SURA.
- En 2010, la población afiliada al POS contributivo de la EPS SURA, continuo su aumento sostenido y su proceso de envejecimiento demográfico, este último debido, entre otras causas, a la disminución de la tasa de fecundidad y al gran crecimiento de los grupos de mayor edad.
- La población afiliada a la EPS, es una población donde:

Siete de cada diez afiliados tienen nivel de ingreso de menos de dos salarios mínimos, seis de cada diez son solteros y tienen bajo nivel educativo.

Las tasas de fecundidad se encuentran por debajo del nivel de reemplazo (pero hay aumento de la fecundidad en las adolescentes de 10 a 14 años). Una de cada dos gestantes es madre soltera, con escaso nivel de ingresos y bajo nivel educativo.

Uno de cada veinte afiliados nuevos, llega con probables riesgos en salud (riesgo respiratorio y cardiovascular, principalmente); en ellos el número de afiliados con probable riesgo mental y de cáncer viene aumentando.

- En 2010, se registraron 67.661 egresos hospitalarios de los afiliados a la EPS (1,5% más que en 2009). Las estadísticas muestran que existe una relación positiva alta entre el número de egresos y el número de afiliados a la EPS. El número de egresos hospitalarios por cada mil afiliados expuestos ha venido creciendo, y en 2010 fue de 5,6 (rebajó respecto al registrado en 2009). En general el promedio días estancia ha venido aumentando a través del tiempo y se observan grandes diferencia entre las especialidades encargadas de la atención de los pacientes de acuerdo a su patología, entre las regionales y entre los grupos de edad.
- En el servicio de hospitalización se presenta una relación entre la edad del afiliado y la demanda de algunas especialidades. Las especialidades con mayor demanda en el grupo de 15 a 44 años, grupo donde están las mujeres en edad fértil, son las de obstetricia y cirugía y; en el grupo de 60 y más años, las de medicina interna, cirugía, cardiovascular y ortopedia; especialidades cuya demanda es propia de los pacientes con enfermedades crónicas.



- La atención del embarazo, parto y puerperio, con el 22,7% del total de los egresos en 2010, continúa siendo el principal grupo de causas de egreso. En 2010, se atendieron 12.847 nacimientos (6,5% menos que en 2009), de estos, en el 45,6% (5.863 nacimientos) se practicaron cesáreas, de las cuales 3.936 cesáreas no están justificadas de acuerdo a los estándares de la OMS.
- Las principales causa de consulta externa electiva en la EPS en 2010, fueron: la rino-faringitis aguda, el lumbago, la hipertensión esencial (primaria), la cefalea y la gastritis. En la consulta prioritaria fueron: la diarrea, la infección viral, la rinofaringitis aguda, otros dolores abdominales y la cefalea.
- En 2010, se produjeron 624.354 incapacidades temporales en los cotizantes afiliados al POS de la EPS SURA, que generaron un total de 2.438.917 días no laborados, lo que da un promedio de 3,9 días por incapacidad y una frecuencia de 97 incapacidades por cada 100 cotizantes. Los grupos diagnósticos CIE-10 que registraron el mayor número de incapacidades por cada 100 cotizantes fueron: las enfermedades infecciosas y parasitarias, las del aparato respiratorio, y las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo. Con relación al número de días promedio por incapacidad, los grupos de causas que registraron los mayores promedios fueron: los tumores, las enfermedades congénitas, los factores que influyen en el estado de salud, los traumatismos y envenenamientos, y las enfermedades del sistema circulatorio.
- El impacto del Programa de Protección Renal de SURA, se puede ver en la disminución de la mortalidad de los pacientes inscritos en el programa. En 2010, por cada 100 pacientes inscritos en el PPR fallecieron cerca de tres; este indicador viene descendiendo con el paso de los años y pasó de 12 muertes 2004 a 3 en 2010, esto quiere decir que por cada 4 muertes registrada en 2004 se presentó una en 2010.
- En los afiliados a la EPS SURA, 2010, se presentaron 3.297 muertes, dando una tasa bruta de mortalidad igual a 270,7 muertes por 100.000 afiliados expuestos. Las principales causas de muerte fueron las mismas que las registradas en los años anteriores, estas son: los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las del aparato respiratorio.
- En 2010, disminuyó la tasa de mortalidad perinatal corregida la cual fue de 6,0 muertes por cada 1.000 nacidos (6,8 en 2009). Las principales causas de muertes perinatales fueron: las malformaciones congénitas, la muerte intrauterina, la presentación cefálica y la preeclampsia.
- La razón de mortalidad materna en las afiliadas al POS de SURA, después de presentar una tendencia al incremento en los últimos años, disminuyó en 2010 y fue igual a 0,22 muertes maternas por 1.000 nacidos vivos.
- En los afiliados al POS de EPS SURA, en 2010, continuó la tendencia positiva en las tasas de incidencia de TBC, violencia intrafamiliar y el VIH-Sida (en este último la tasa bajo en 2010 pero continúa la tendencia ascendente observada en la última década). Es importante destacar que se solicita la prueba de VIH a todas las gestantes afiliadas a SURA.
- En la EPS SURA, las coberturas alcanzadas en los menores de un año afiliados al POS en 2010, aumentaron para todos los biológicos, excepto para la Antipolio y Hepatitis B las cuales permanecieron iguales a las del 2009. En 2010, se cumplieron las metas con DPT y Hepatitis B de obligatorio cumplimiento (Resolución 412). Se siguen implementado estrategias para mejorar el subregistro principalmente cuando se realiza la aplicación de vacunas fuera de la red.



En la EPS SURA seguimos enfocados en mejorar la calidad del servicio brindado a los afiliados, y pensando en el futuro, se está trabajando en estrategias que abarcan entre otros aspectos:

- Fortalecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con programas que buscan disminuir los riesgos para la salud, y que están dirigidos al afiliado, su familia y la sociedad en general.
- Implementar modelos de gestión del riesgo bajo la estrategia “ Cuídate que yo te Cuidare “ las cuales buscan trabajar por el bienestar del afiliado y de su entorno familiar; mediante el establecimiento de una relación duradera, y de mutua confianza y responsabilidad; entre el afiliado y el equipo de atención en salud de las IPS.
- Mejorar los sistemas de información, y de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades.
- Continuar el reto de adaptarse a los cambios que presenta el entorno, viéndolos como oportunidades de mejoramiento.

EPS | **sura** 

