

**IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN
LA SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE UN RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN,
ENTRE LOS AÑOS 2001 A 2010**

NIYETH ALEXY OTALVARO ROJAS
MARCIAL ENRIQUE GARZÓN GUZMÁN
ANDRÉS LEONARDO VIRACACHÁ BLANCO

GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
COHORTE XXIV



UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA

FEBRERO DE 2012

IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE UN RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN, ENTRE LOS AÑOS 2001 A 2010

Resumen

El presente estudio muestra los cambios en el estado de salud de la población beneficiaria de un régimen de excepción del Sistema General de Salud en Colombia a lo largo de una década y su eventual relación con la aplicación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A través de un estudio retrospectivo de la información epidemiológica de la población se pretendió demostrar que las enfermedades prevalentes y el comportamiento demográfico y epidemiológico de la población han tenido cambios sustanciales en función de las acciones de promoción y prevención en salud implementadas.

Palabras claves

Atención primaria en Salud. Promoción y Prevención. Mejoramiento de la Salud.

Abstract

This study shows changes in the health status of the beneficiaries of an exceptional regime of the General Health System of Colombia over a decade and its relation to the implementation of actions to promote health and prevent diseases. Through a retrospective study of epidemiological information of the population is intended to demonstrate that the prevalent diseases and demographic and epidemiological behavior of the population have experienced substantial changes in terms of promotion and health prevention actions implemented.

Key Words

Primary Health Care. Promotion and Prevention. Health Improvement.

1. INTRODUCCIÓN

En septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en Alma-Ata, Kazajistán, URSS, en la cual se firmó la Declaración de Alma-Ata que, en consideración a que la salud es un derecho humano fundamental, a la desigualdad existente en el estado de salud de la población mundial, a que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr al grado máximo de salud de la población, a que el pueblo tiene el derecho y deber de participar en la planificación y aplicación de su atención en salud y a que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, determinó que *“todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores¹”* y que *“Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países”* fijando entonces la meta para que en el año 2000 todos los pueblos del mundo alcanzaran, a través de la Atención Primaria en Salud, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Desde entonces, el Gobierno Nacional y algunos entes territoriales, han impulsado la adopción de la estrategia a través de diferentes disposiciones legales contenidas en la ley 9ª de 1979 (*saneamiento ambiental y vigilancia epidemiológica*), ley 10 de 1990 (*garantiza la participación ciudadana y creación de Copacos*), la Constitución Política de 1991 (*garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*), ley 100 de 1993 (*protección integral, participación social y concertación, con cobertura universal para el año 2000 con el POS y el PAB, gratuito y obligatorio*), Resolución 0412 de 2000 (*normas técnicas obligatorias de promoción y prevención y guías de atención de enfermedades prevalentes*), ley 1122 de 2007 (*ordena la definición de un Plan Nacional de Salud Pública*), Decreto 3039 de 2007 (*adopción del Plan Nacional de Salud Pública*), Resolución 0425 de 2008 (*ordenó los Planes de Salud Territoriales a través de Planes Operativos Anuales*), Sentencia T-760 de 2008 (resaltó las acciones que en materia de salud pública hacía el Gobierno a través de la ley 1122/07) y, finalmente, la ley 1438 de 2011, que dispone de forma explícita la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud como modelo de prestación del servicio público de salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y

¹ Pan American Health Organization, http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país, haciendo énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad².

Hace más de treinta años que se viene implementando o intentando plasmar el modelo de Atención Primaria en Salud en Colombia, tratando de ajustar lo estipulado en la Declaración de Alma – Ata; sin embargo, es evidente que los resultados no han sido los mejores o los esperados, demostrado por la prevalencia de la mortalidad y la morbilidad, las cuales no han cambiado mucho en los últimos años, a pesar de haber enfocado los esfuerzos hacia un modelo de Atención Primaria en Salud, como lo indica el Instituto Nacional de Salud: “En la actualidad, las ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) son la principal causa de morbi-mortalidad del país.³, no difiriendo con lo mencionado en el Plan de Salud Pública 2007-2010, presentado por el Ministerio de la Protección Social⁴

“Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población Colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59 al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3% (DANE)”.

Por otro lado, desde el análisis de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, se han venido diseñando y formulando lineamientos para la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes y de mayor impacto en la salud pública como las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades transmisibles y el trauma relacionado con los accidentes de tránsito y la violencia.

² Ley 1438 de 2011, artículo 13, numeral 13.2.

³ Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles – GVCET, Instituto Nacional de salud en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=1497> . consultado el 24 de septiembre de 2011.

⁴ Ministerio de la Protección Social, Decreto número 3039 de 2007(10 de agosto de 2007) Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En Colombia - Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. PDF. Consultado el 24 de septiembre Andrede 2011.

La Organización Mundial de la Salud refiere en uno de sus informes mundiales: *“Existen pruebas patentes de que es posible evitar las defunciones prematuras por enfermedades crónicas y se dispone de intervenciones eficaces en función de los costos para evitarlas...”*⁵.

En los Estados Unidos de Norteamérica se ha podido demostrar que aproximadamente la mitad de la disminución de las muertes por enfermedad coronaria, a partir de 1980 hasta el año 2000, pueden ser atribuidas a la reducción en los principales factores de riesgo y, aproximadamente la mitad, a los tratamientos médicos basados en evidencia.⁶ También se ha sugerido en la literatura que la atención integrada y coordinada del accidente cerebrovascular, que incluye la prevención, el tratamiento agudo, la rehabilitación, la recuperación y reintegración en la comunidad, contribuirá a salvar vidas.⁷

En el informe mundial sobre prevención de los traumatismos la Organización Mundial de la Salud indica que *“los traumatismos causados por el tránsito se pueden prevenir y predecir en gran medida; se trata de un problema causado por el ser humano que cabe someter a un análisis racional y a la aplicación de medidas correctivas”*.⁸

En referencia a nuestro actual Sistema General de Seguridad en Salud, se debe recordar que en Colombia, la Ley 100 de 1993 estipuló que lo consagrado en ésta no aplicaba para los regímenes de excepción como lo son las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, los trabajadores y pensionados de Ecopetrol y a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, caracterizándose estos regímenes por brindar universalidad, igualdad, equidad, calidad y participación social a sus beneficiarios y porque enfocan sus acciones en la prevención. La accesibilidad y oportunidad son óptimas y se garantiza un suministro de medicamentos, tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad sin ninguna restricción, copagos ni cuotas moderadoras.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: Una inversión vital. Ginebra. OMS; 2005.

⁶ *Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000*. Ford, Earl S y et.al. 23, Junio de 2007, The New England Journal of Medicine, Vol. 356, págs. 2388-98.

⁷ *Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care*. Schwamm, Lee H. y et.al. Greenville : American Stroke Association. A Division of American Heart Association, February de 2005, Stroke, Vol. 36, págs. 690-703. 1524-4628.

⁸ Informe Mundial Sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito – Resumen. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004. ISBN 92 4 359131 2

Por consiguiente, al no tener restricciones ni barreras, como sí las hay en el sistema general, se puede apreciar que el régimen de excepción objeto del presente estudio, atendiendo las diversas orientaciones por parte del ente regulador, ha venido realizando desde hace años actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en su población de beneficiarios, enmarcadas en la filosofía de la atención primaria y con la guía de planes y programas definidos, que han debido generar cambios en el estado de salud de la población pero que no han sido estudiados ni analizados suficientemente en términos del impacto que hayan provocado en las características de la morbi-mortalidad de la población, que permita asegurar que dichas acciones han sido efectivas.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el impacto que ha tenido la implementación de las actividades de promoción y prevención en la salud de los beneficiarios de un régimen de excepción, entre los años 2001 a 2010?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Medir el impacto que las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han generado en el estado de salud de la población beneficiaria de un régimen de excepción, entre los años 2001 y 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Conocer las características demográficas y epidemiológicas de la población del régimen de excepción entre los años 2001 – 2010.

2.2.2 Conocer las patologías prioritarias o prevalentes en el periodo de estudio para identificar las variaciones comparativas que se hayan producido.

2.2.3. Analizar e identificar los factores que incidieron en la prevalencia de las enfermedades que ocupan la primera causa en la morbi-mortalidad poblacional.

2.2.4 Conocer la expectativa de vida de la población y los cambios que haya tenido y los promedios de años de vida en el periodo estudiado.

2.2.5 Conocer la inversión de recursos económicos vertidos para la implementación de las acciones de promoción y prevención en la población sujeto del presente estudio.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO

3.1.1 La presente investigación se realizó a través de un estudio de cohorte retrospectivo en el que se pretende comprobar la hipótesis que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad implementados por un Régimen de Excepción entre los años 2001 – 2010, han impactado de manera positiva sobre la morbi-mortalidad prevalente en su población beneficiaria. Para ello, se recopiló la siguiente información:

3.1.2 Datos demográficos de la población objeto: edad y género; no se pudo obtener información sobre raza, nivel educativo, estrato socio-económico, actividad principal, actividades secundarias, condiciones de la vivienda ni del lugar de trabajo.

3.1.3 10 primeras causas de morbilidad por consulta externa entre el año 2001 y el 2010.

3.1.4 10 primeras causas de morbilidad por hospitalización entre el año 2001 y el 2010.

3.1.5 10 primeras causas de mortalidad general entre el año 2001 y el 2010.

3.1.6 Programas de promoción de la salud implementados en el período 2001 – 2010 relacionados con las 10 primeras causas de morbi-mortalidad.

3.1.7 Programas de prevención de la enfermedad implementados en el período 2001 – 2010 relacionados con las 10 primeras causas de morbi-mortalidad.

3.1.8 Relación de costos en salud del Régimen de Excepción.

3.2 POBLACIÓN

3.2.1 El estudio se realizó sobre una población de alrededor de 62.000 beneficiarios de una entidad perteneciente a los Regímenes de Excepción y Especiales, que está conformada por los trabajadores y pensionados de dicha entidad, y los familiares de unos y otros (padres, cónyuges, hijos), distribuida en más de 60 municipios del

territorio nacional. El 30,3% de la población es mayor de 60 años frente a un 9,8% en la población colombiana, razón por la que la pirámide poblacional tiende a ser regresiva (ver Gráfica 1), propia de un modelo de transición demográfico decreciente, como la de los países desarrollados, lo cual condiciona que las enfermedades prevalentes sean las del adulto mayor. Casi el 100% de la población cuenta con agua potable y saneamiento básico, tienen acceso a una nutrición adecuada y tienen representantes ante la administración de los Servicios de Salud de la entidad del Régimen de Excepción, participando en el funcionamiento y control de la atención en salud. En el desarrollo del presente estudio a la población del régimen de excepción se le llamará de ésta manera ó, también, población del RE. Así mismo, si bien no fue objeto de análisis y conclusiones particulares, se tuvo en cuenta el comportamiento de la salud de la población colombiana, comparando, sin efectuar ajustes epidemiológicos, los diversos índices demográficos y epidemiológicos que permitieran tener un referente contra el cual comparar lo que en la población del RE sucediera.

3.3 ENTORNO

3.3.1 El estudio se llevó a cabo en un grupo poblacional de la República de Colombia que no es subsidiario de la cobertura y los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que deriva su seguridad social de la responsabilidad social y económica que el régimen de excepción asume en virtud de lo consagrado en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. La población tiene una distribución difusa en el territorio nacional considerando que la gran mayoría de los beneficiarios del régimen de excepción establecen su vivienda en los municipios donde la entidad del régimen de excepción tiene establecidos sus centros de operaciones comerciales, habitando todas las diversas regiones geográficas del territorio nacional como son las áreas de la costa norte, andina central y nororiental, el valle del Magdalena medio y llanos orientales, principalmente.

3.4 INTERVENCIONES

3.4.1 Recopilación de la información: se efectuó búsqueda de información en base de datos del servicio de salud del régimen de excepción, cedida bajo especiales condiciones de confidencialidad de la información por parte de las directivas de la entidad. Búsqueda en bibliotecas y páginas Web y biblioteca de la Universidad Sergio Arboleda de Bogotá, D.C., de información de indicadores básicos de Colombia, conceptos, metodología e indicadores demográficos.

3.4.2 Tabulación de la información: se llevó a cabo de acuerdo con las variables definidas, utilizando las tasas, proporciones, indicadores, índices utilizados por la

OPS y el Ministerio de Salud y Protección Social, que fueron consolidadas y analizadas a través de la tecnología de información disponible en el país.

3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

3.5.1 Se aplicó el modelo de Bradford – Hill^{9,10} con el propósito de determinar la relación causa – efecto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad implementados por la entidad del Régimen de Excepción y el impacto sobre el estado de salud de la población objeto de estudio, a través de las estadísticas de 10 años de morbi-mortalidad prevalente e indicadores demográficos en su población beneficiaria y de la población no expuesta, es decir, la población colombiana, ajena a los programas del RE. La limitante de costos impidió que se efectuaran, por parte de expertos, ajustes de los fenómenos epidemiológicos de los índices demográficos y epidemiológicos de una población de alrededor de 62000 beneficiarios frente al comportamiento de los mismos índices de la población colombiana, que rodea los 46 millones de habitantes.

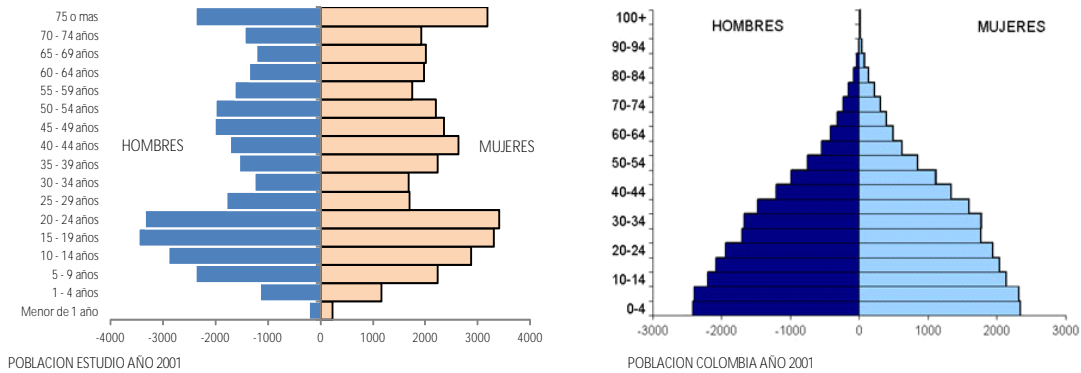
4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

4.1.1 Pirámide de la población estudiada, año 2001. Se observa que la población del régimen de excepción tiene una pirámide poblacional de base muy estrecha (Gráfica 1), representativa de una natalidad muy baja, una franja ancha en los grupos de edades entre los 10 y 24 años, con un nuevo estrechamiento en los grupos de edades entre los 25 a 69 años para mostrar un nuevo ensanchamiento en los grupos de edades mayores de 70 años, indicativo de índices de mortalidad bajos. En comparación con la pirámide poblacional de Colombia, hay un evidente exceso proporcional de población a partir de los 45 años en la población del régimen de excepción con una disminución acentuada en los grupos de 0 a 10 años.

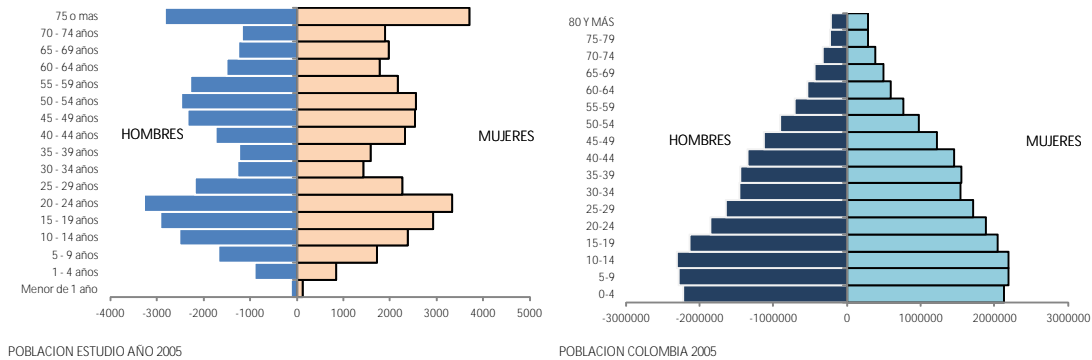
⁹ Reynales L., Jairo. 2011. Material de Estudio Cátedra de Epidemiología. Universidad Sergio Arboleda.

¹⁰ De Irala, J.; Martínez-Gonzalez, M.A.; Seguí-Gómez, María. 2008. Epidemiología aplicada, 2ª Ed. Editorial Ariel S.A.



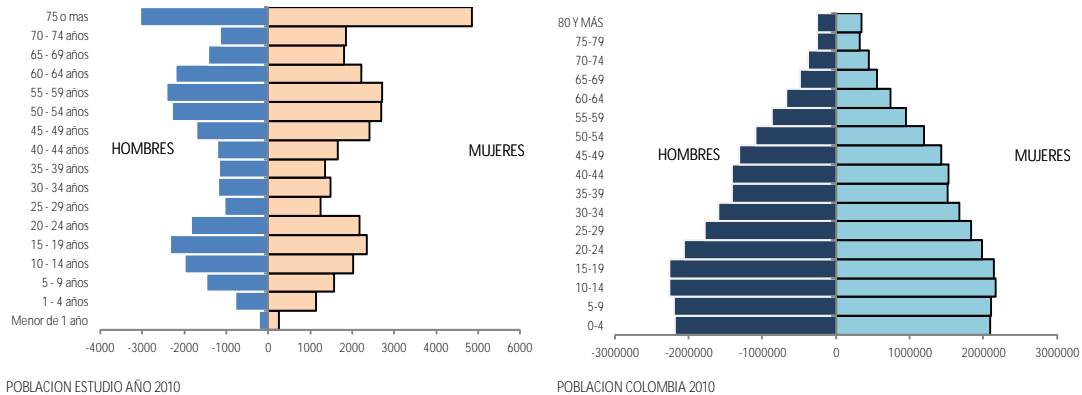
Gráfica 1. Comparativo entre la población RE y la población colombiana en el año 2001

4.1.2 Pirámide de la población estudiada, año 2005. Para este año (Gráfica 2), se aprecia la misma diferencia entre la población objeto de estudio y la población colombiana; sin embargo, ya existe una disminución de los grupos etarios menores de 25 años y aumento de aquellos mayores de 45 años.



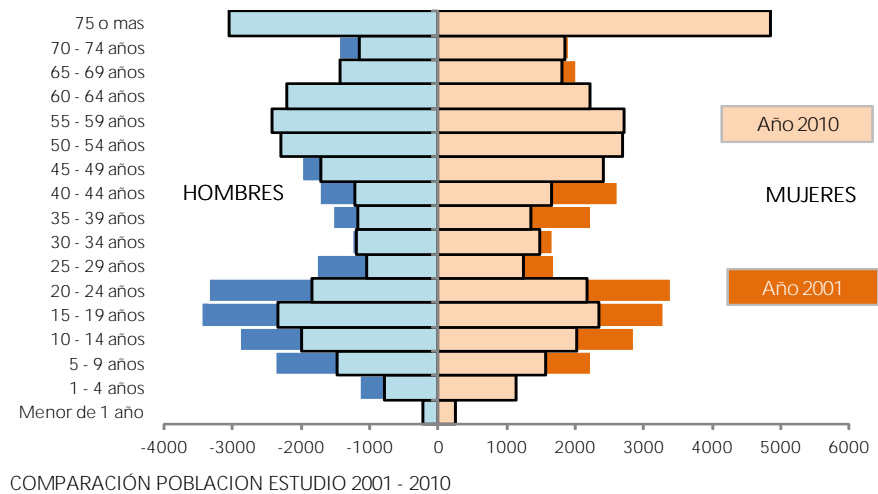
Gráfica 2. Comparativo entre la población estudiada y la población colombiana en el año 2005

4.1.3 Pirámide de la población estudiada, año 2010. Para este año (Gráfica 3), el estrechamiento de los grupos etarios de menores de 25 años es ostensible, como también lo es el ensanchamiento de los grupos mayores de 45 años, marcándose aun más la diferencia con la pirámide poblacional de Colombia.



Gráfica 3. Comparativo entre la población estudiada y la población colombiana en el año 2010

4.1.4 Pirámide de la población estudiada, año 2001 vs año 2010. Se observa (Gráfica 4) claramente como la población menor de 40 años disminuye marcadamente a lo largo del periodo analizado, de forma más acentuada en menores de 20 años y, opuestamente, hay un aumento de los grupos de 45 y más años.



Gráfica 4. Comparativo entre la población estudiada y la población colombiana en los años 2001 y 2010

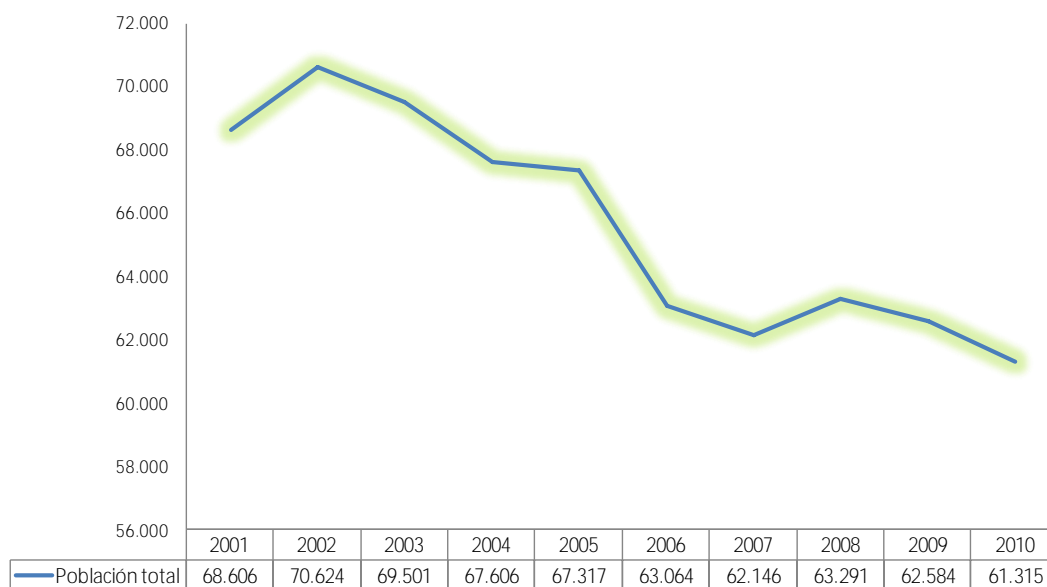
4.1.5 Estructura de la Población

4.1.5.1 Distribución de la Población por Sexo. Se aprecia una predominancia del sexo femenino, en promedio del 53% contra el 47% del sexo masculino durante todo el periodo de estudio (Gráfica 5), con una disminución lenta y continua de la población de ambos sexos, pasando de 68.606 a 61.315 en 10 años.



Gráfica 5. Distribución de la población RE por Sexo entre los años 2001 a 2010

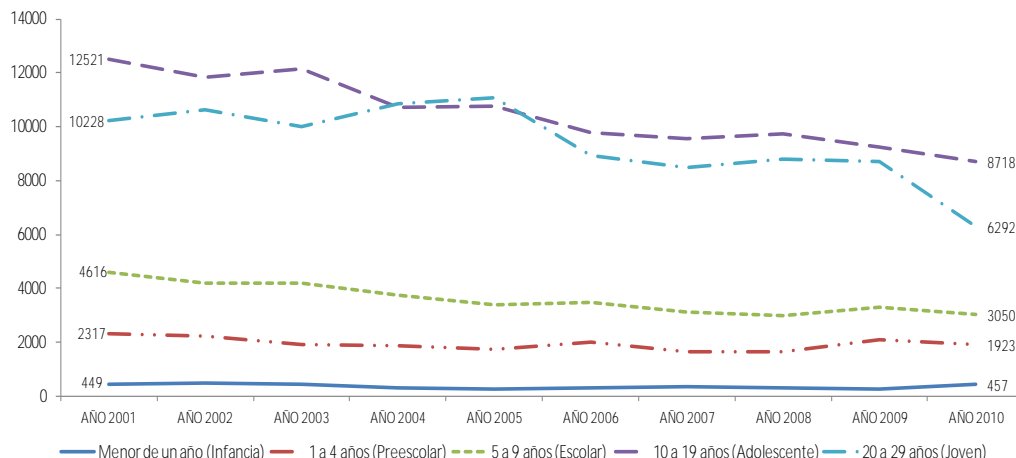
4.1.5.2. Población total y crecimiento. A lo largo de los 10 años observados, la población del régimen de excepción a mostrado una tendencia al descenso (Gráfica 6), pasando de 68.606 beneficiarios en el año 2001 a 61.315 beneficiarios en el año 2010, lo cual representa un descenso del 10,6% de la población.



Gráfica 6. Distribución de la población RE por Sexo entre los años 2001 a 2010

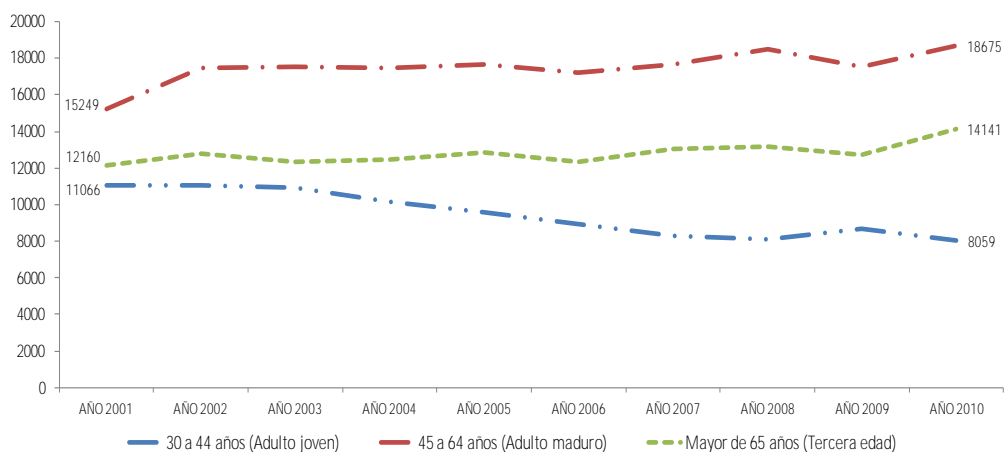
4.1.5.3 Distribución de la Población por Grupos Etarios menores de 30 años de edad. Se evidenció un decremento sostenido de la población preescolar (1-4 años), escolar (5-9 años), adolescente (10-19 años) y joven (20 a 29 años) a lo largo de los 10 años

de observación (Gráfica 7). Por otro lado, los menores de un año tuvieron una tendencia descendente desde el año 2001 (449 individuos) hasta el año 2009 (280 individuos), mostrando un incremento en el año 2010 (457 individuos).



Gráfica 7. Comparación del Comportamiento de la población RE y colombiana menor de 30 años, entre los años 2001 a 2010

4.1.5.4 Distribución de la Población por Grupos Etarios mayores de 30 años de edad. Si bien el grupo de los adultos jóvenes disminuyó a lo largo del periodo estudiado (11.066 a 8.059), es evidente el aumento de la población de los ciclos vitales constituidos por los adultos maduros y adultos mayores (Gráfica 8).

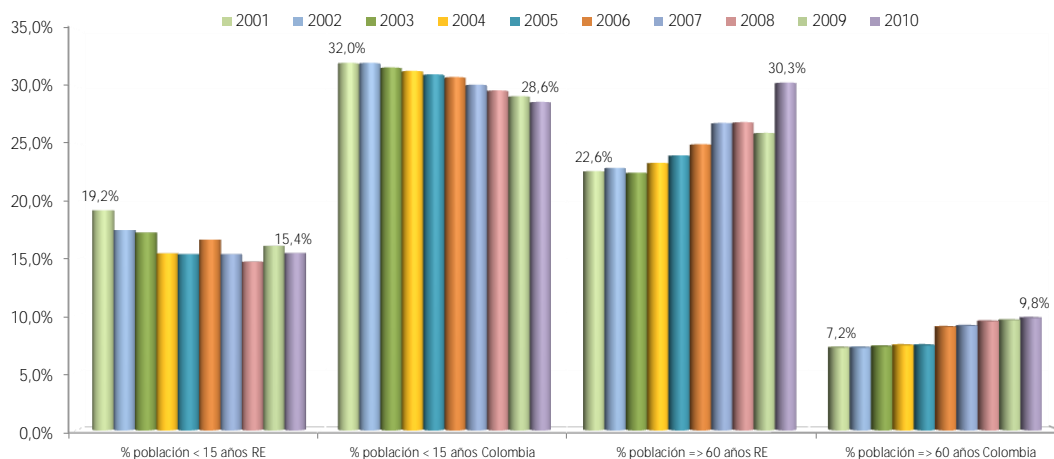


Gráfica 8. Comparación del Comportamiento de la población RE y colombiana mayor de 30 años, entre los años 2001 a 2010

4.1.5.5 Proporción de la población menor de 15 años. Se aprecia en la Gráfica que tanto en la población RE como en la población colombiana, el porcentaje de la población menor de 15 años ha disminuido, si bien la proporción de este grupo es

mucho menor en el régimen de excepción (19,2% en 2001 y 15,4% en 2010) que en la del país (32% en 2001 y 28,6% en 2010).

4.1.5.6 Proporción de la población de 60 y más años. Contrario al grupo anterior, en la población del régimen de excepción la proporción de mayores de 60 años es mucho mayor que en la población general; en el 2001 el 22,6% de la población del régimen de excepción era mayor de 60 años, contra un 7,2% de la población colombiana, aumentando hasta el año 2010 a un 30,3% en el régimen de excepción contra un 9,8% en la población colombiana.

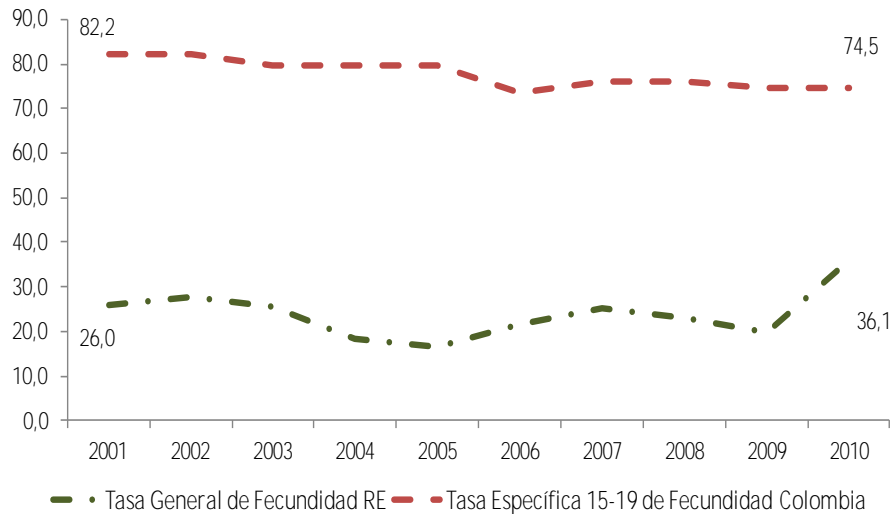


Gráfica 9. Comportamiento de la población <15 años y 60 > años entre los años 2001 a 2010 del RE y Colombia

4.1.6 Dinámica de la Población

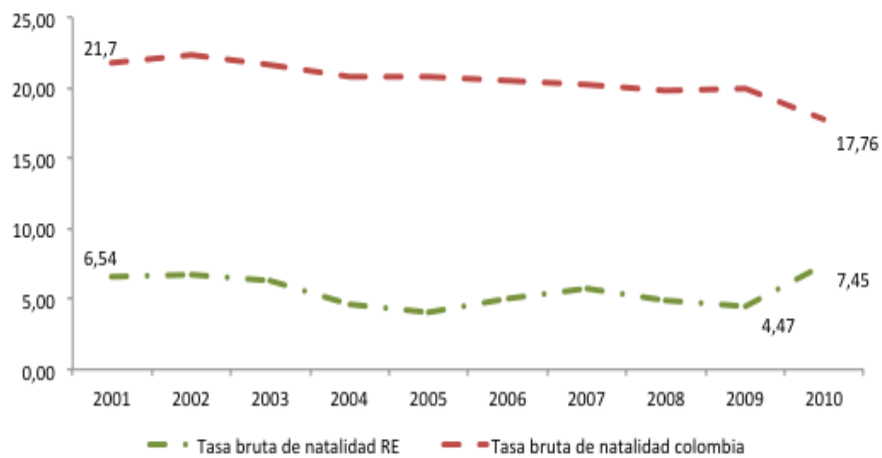
4.1.6.1 Tasa general de fecundidad. El Ministerio de Salud y la OPS miden la Tasa Específica de Fecundidad entre los 15-19 años (número de hijos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años) y para la población objeto de estudio se pudo estimar la Tasa General de Fecundidad (número de hijos nacidos por cada 1000 mujeres en edad fértil, de 15-49 años); si bien no son epidemiológicamente comparables, referenciarlas da una idea de la diferencia de la fecundidad entre la población objeto de estudio y la población colombiana de 15-19 años, notándose que la Tasa General de Fecundidad de la población del régimen de excepción descendió entre 2001 y 2005 (Gráfica 10), desde cuando viene en aumento, pasando de 26 nacidos por 1000 mujeres fértiles en el año 2001 a 36 nacidos por 1000 mujeres fértiles en el año 2010. Por otro lado, la Tasa Específica de Fecundidad entre los 15-19 años de Colombia ha mostrado un descenso continuo en los últimos 10 años, pasando de 82,2 nacidos por 1000 mujeres entre 15-19 años en el año 2001 a 36 nacidos por 1000 mujeres entre 15-19 años en el año 2010. A pesar de ello, la fecundidad de colombianas entre 15-19

años es el doble de las de mujeres en edad fértil de la población del régimen de excepción en el último año analizado.



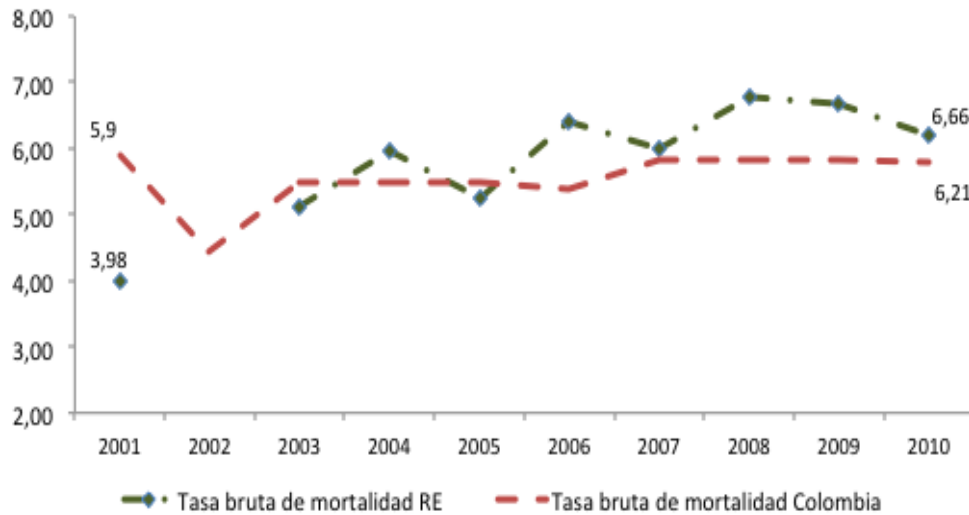
Gráfica 10. Comparación de la TGF de la población del RE y la TEF de 15 a 19 años de Colombia

4.1.6.2 Tasa bruta de natalidad. Se observa en la población en estudio un comportamiento ondulante de la tasa bruta de natalidad pasando de 6,54 nacidos por 1,000 habitantes en el año 2001 a 4,47 en 2009 y un ascenso marcado hasta 7,45 nacidos por 1,000 habitantes en 2010; en contraste, la tasa bruta de natalidad de la población colombiana ha descendido de manera progresiva y consistente, pasando de 21,7 nacidos por 1,000 habitantes en 2001 a 17,76 en el año 2010 (Gráfica 11). Se resalta la diferencia mucho menor de la natalidad en la población del régimen de excepción.



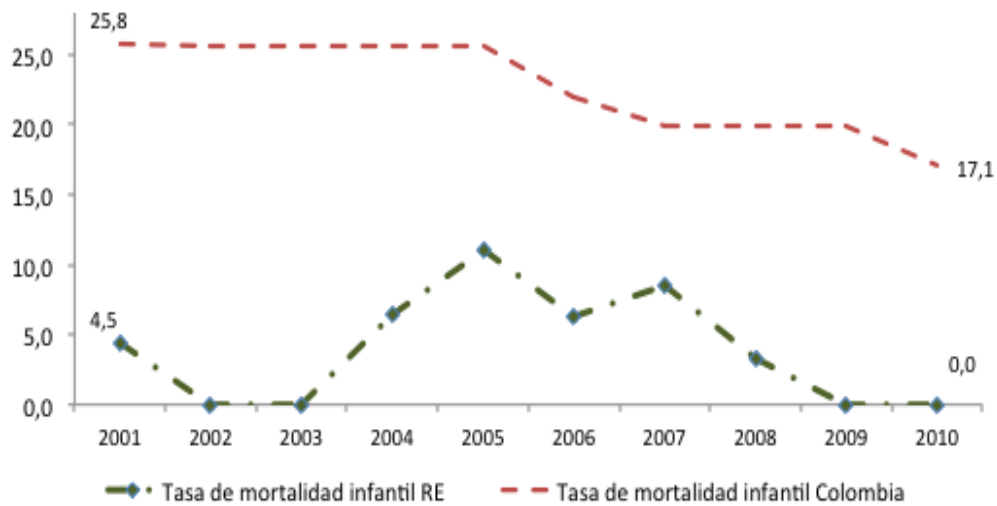
Gráfica 11. Comparación de la Tasa Bruta de Natalidad de la Población del RE con la de Colombia

4.1.6.3 Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes. Aunque en la población colombiana la TBM se ha mantenido casi estable (pasó de 5,9 en el año 2001 a 6,21 en el 2010), en la población objeto de estudio la tasa bruta de mortalidad ha ido en incremento sostenido, pasando de 3,98 fallecimientos por 1,000 habitantes en 2001 a 6,66 en el año 2010 (Gráfica 12). Al final del periodo analizado, las tasas de mortalidad de ambas poblaciones son muy similares.



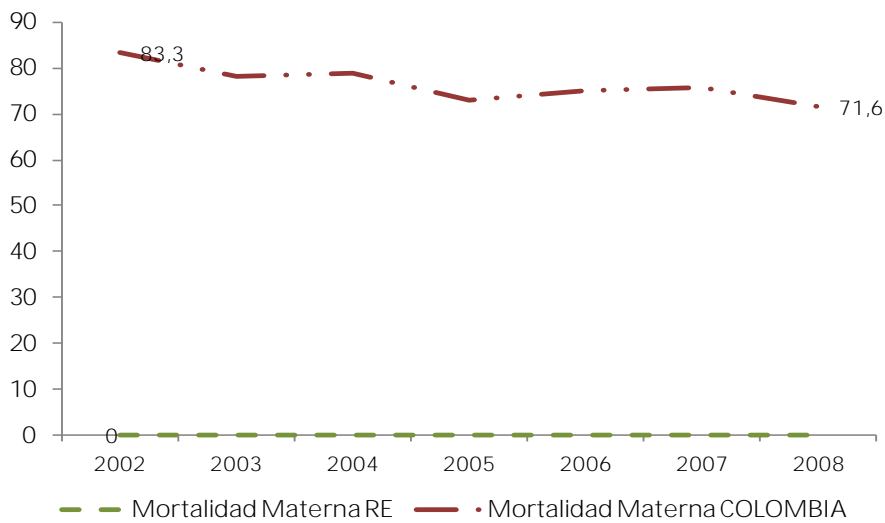
Gráfica 12. Comparación de la Tasa Bruta de Mortalidad de la Población del RE con la de Colombia

4.1.6.4 Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos. De los 10 años estudiados, en 4 de ellos no hubo mortalidad infantil en la población del régimen de excepción; cuando ocurrieron muertes infantiles la tasa de mortalidad estuvo hasta en 11 fallecimientos por 1000 nacidos vivos (Gráfica 13). Aunque la población colombiana ha mostrado un descenso de la mortalidad infantil, aún la tasa de mortalidad se ubica en 17,1 fallecimientos por 1000 nacidos vivos.



Gráfica 13. Comparación de la Tasa de Mortalidad Infantil de la Población del RE con la de Colombia

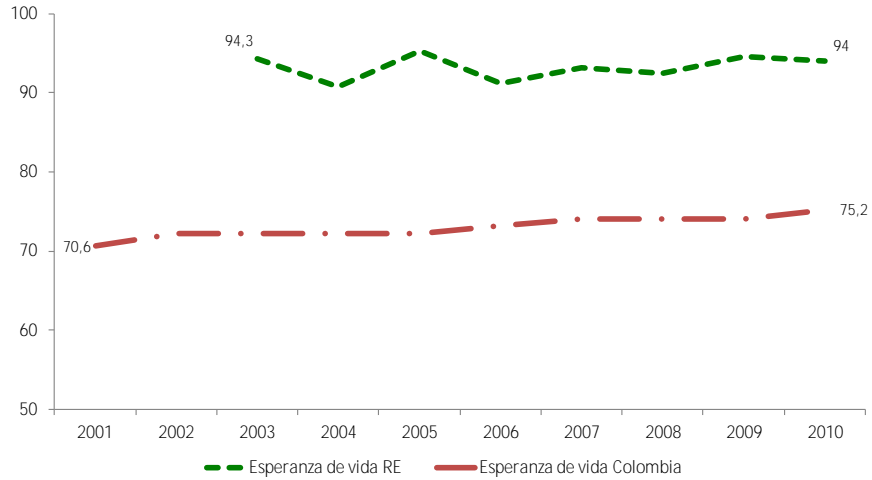
4.1.6.5 Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. En el régimen de excepción objeto de estudio no se observó ningún caso de mortalidad materna en el periodo de estudio, contrario a lo observado en la población colombiana (Gráfica 14) que mostró una mortalidad en descenso desde el año 2002 (83,3 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos) al 2008 (71,6).



Gráfica 14. Comparación de la Tasa de Mortalidad Materna de la Población del RE con la de Colombia

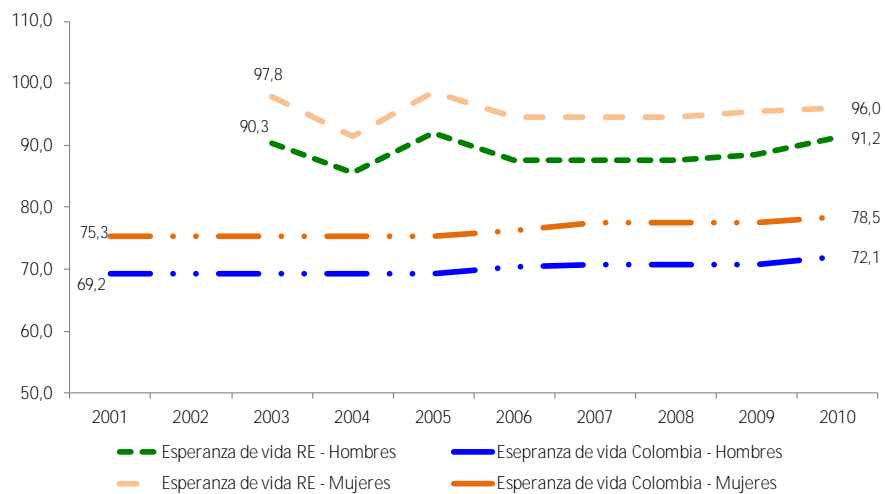
4.1.6.6 Esperanza de vida al nacer. En la población del régimen de excepción ha permanecido prácticamente estable, pasando de 94,3 años en el año 2003 a 94 años en 2010; no se obtuvo información de la esperanza de vida de años anteriores. En la

población colombiana ha ido en aumento, pasando de 72,2 años en el año 2003 a 75,2 en el año 2010 (Gráfica 15). Hay una diferencia de casi 19 años entre las dos poblaciones.



Gráfica 15. Comparación de la Esperanza de Vida al Nacer de la Población del RE con la de Colombia

4.1.6.7 Esperanza de vida por sexo. Se observan las mismas características que en la esperanza de vida general (Gráfica 16), siendo mayor la esperanza de vida en la población del régimen de excepción en ambos sexos y siendo más longevo el sexo femenino en ambas poblaciones. No se obtuvo información de los años 2001 y 2002 de la población RE.



Gráfica 16. Comparación de la Esperanza de Vida por Sexo de la Población del RE con la de Colombia

4.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

4.2.1 Política institucional. Dentro de la política institucional de Atención Integral en Salud, el régimen de excepción cubre las necesidades del beneficiario en los ámbitos de la salud física, mental y emocional, desde la atención primaria (promoción), hasta la atención terciaria (rehabilitación) con las distintas especialidades de las ciencias de la salud, complementación diagnóstica y terapéutica, en las modalidades ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, según la condición del usuario. Dentro de ésta política, la implementación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contó desde sus inicios, hacia mediados de los años noventas, con un vigoroso respaldo de la alta administración, hasta tal punto que se convirtió en uno de los pilares de su Política de Servicios de Salud, contando con el apoyo económico suficiente para dar cumplimiento año tras año a los programas de promoción y prevención, en pro del mejoramiento continuo de la salud de su población beneficiaria.

4.2.2 Adopción de las políticas nacionales de salud pública. A pesar de no ser de obligatorio cumplimiento por parte de los regímenes de excepción y especiales pues solo aplica a EPS, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado¹¹, haber tomado la decisión de adoptar la Resolución 412 de 2000 le permitió a la Entidad del Régimen de Excepción implementar las normas técnicas, guías de atención y programas para garantizar la ejecución de las acciones de demanda inducida, protección específica y detección temprana. Por otro lado, en cumplimiento del Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 0425 de 2008 relacionados con el Plan Nacional de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud, el régimen de excepción ha implementado progresivamente las Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento en nuestro país.

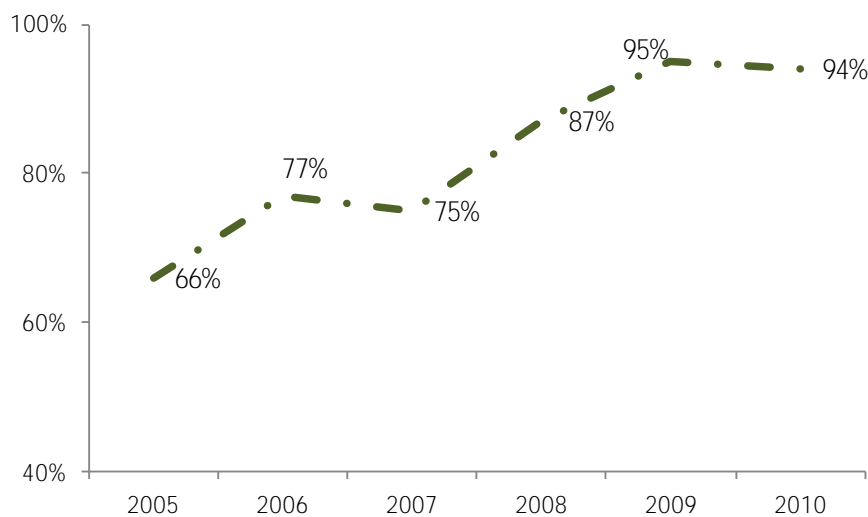
4.2.3 Modelo de implementación de actividades de promoción y prevención. En la medida que la amplitud y cobertura de las acciones de promoción y prevención demandaban más personal para garantizar su ejecución, se implementó un modelo en el que se designó un líder nacional de promoción y prevención y varios líderes regionales del Programa de Promoción y Prevención, encargados de coordinar y apoyar los programas en cada nivel, que los ejecutan con personal externo especializado que se encarga de constituir la red de IPS de Promoción y Prevención,

¹¹ Resolución 412 de 2000, art. 2 “Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado”.

inducir la demanda, promover la activa participación de los beneficiarios y ejecutar permanentemente las actividades definidas en los programas.

4.2.4 Programas de Promoción y Prevención.

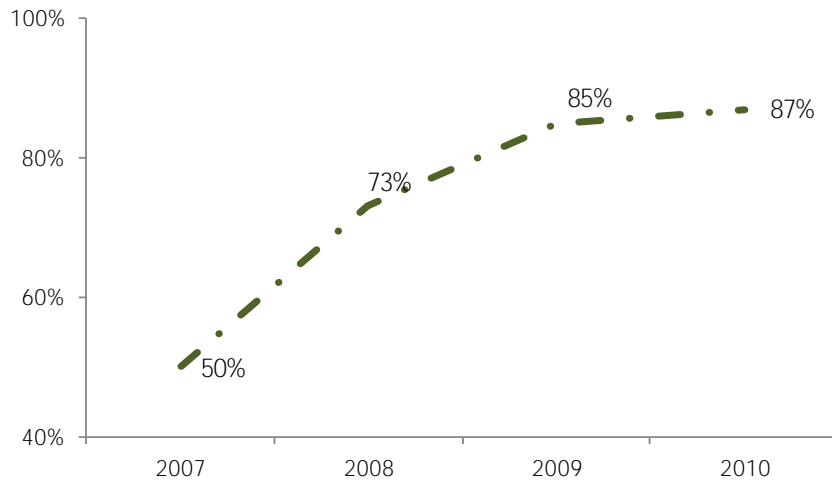
4.2.4.1 Aplicación de Guías para el Mejoramiento de la Salud por Ciclos Vitales. Equivalen a las normas técnicas definidas en la Resolución 412/2000 y las actividades definidas en el Acuerdo 117 del CNSSS. Comprenden las Guías de Atención al menor de edad, al adolescente, al adulto joven, al adulto maduro, a la tercera edad y la atención integral de la mujer gestante. Contienen actividades de vacunación, capacitación a padres del menor, prevención de accidentes, promoción del buen trato, valoración periódica del estado Tanner, exámenes de laboratorio, citología vaginal, glicemia y perfil lipídico cada 5 años, examen de agudeza visual, mamografía, antígeno prostático, sangre oculta en heces y planes de autocuidado. Entre 2007 y 2010 se ha incrementado significativamente la cobertura de la población beneficiaria de estos programas (Gráfica 17).



Gráfica 17. Cobertura de la Población del Régimen de Excepción en la aplicación de Guías para el Mejoramiento de la Salud

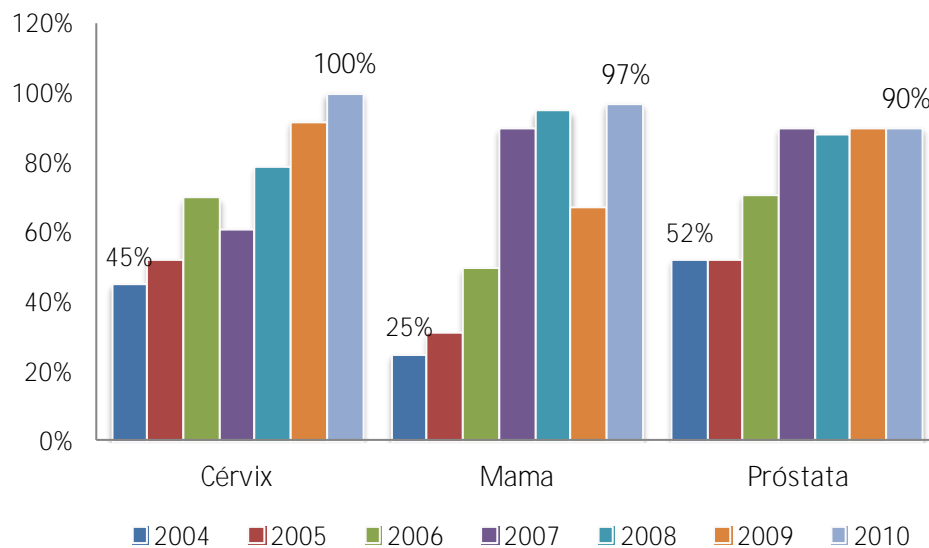
4.2.4.2 Factores de Riesgo Cardiovascular. Considerando el perfil de la población y la incidencia y prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad, existe un programa encargado de hacer intervenciones de salud a los pacientes con estas patologías, recibiendo mínimo cuatro valoraciones médicas anuales, valoraciones nutricionales y un plan de autocuidado que se revisa dos veces al año, así como el tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito, que se suministra a todos los pacientes íntegramente y sin dilación en la entrega de medicamentos. Año tras año el

programa ha logrado la cobertura y adherencia de más beneficiarios, tal como se muestra en la Gráfica 18.



Gráfica 18. Cobertura de la Población del Régimen de Excepción en el Programa de Factores de Riesgo Cardiovascular

4.2.4.3 Detección Precoz del Cáncer. Se tienen implementadas actividades de educación y acciones de detección precoz para, entre otros, los tumores de cérvix (cobertura del 100% de la población), mama (97%) y próstata (90%), pudiéndose detectar precozmente la mayoría de estas enfermedades malignas. (Gráfica 19)



Gráfica 19. Cobertura de la Población RE en Programas de Detección Precoz del Cáncer, años 2004 a 2010

4.2.4.4 Otros Programas. Adicionalmente, la entidad del régimen de excepción cuenta con programas de vacunación, de salud oral, de prevención de enfermedades de

transmisión sexual, control de crecimiento y desarrollo del niño sano, prevención de alcoholismo y farmacodependencia, planificación familiar para hombres y mujeres.

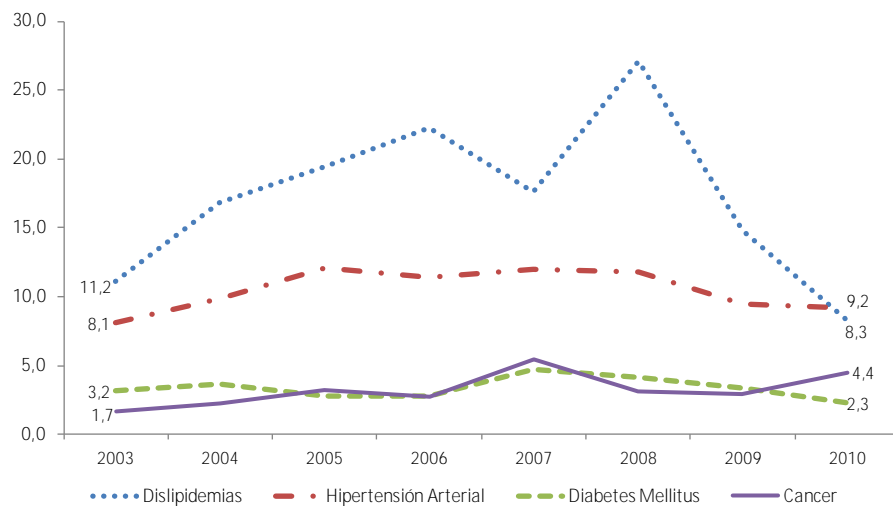
4.3. MORBI – MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

4.3.1 Primeras causas de morbilidad en consulta externa. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus y obesidad y osteoartritis estuvieron presentes durante los 10 años de estudio entre las primeras causas de enfermedad, siendo la hipertensión arterial la enfermedad más atendida en consulta externa, seguida de las dislipidemias, en tercer lugar la diabetes mellitus, luego la obesidad, las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo y la gastritis y duodenitis. Terminan la lista de enfermedades más atendidas en consulta externa la dorsalgia, osteoartritis, la infección respiratoria alta y trastornos de refracción visual. (Tabla 1)

Patología	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	No. Veces
Hipertensión esencial (primaria)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Dislipidemias	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	10
Diabetes mellitus	4	3	4	4	4	5	6	6	5	4	10
Obesidad y Sobrepeso	5	5	5		3	4	7	7	6	3	9
Enfermedades de la piel y TCS	10	7	6		5	3	3	3	4		8
Gastritis y Duodenitis	8		7		7		10			6	5
Dorsalgia		9	10		6				8	7	5
Osteoartritis	6		8		8			10	10		5
Infección Respiratoria Alta	2	4	2							9	4
Trastornos de la Refracción	7	6				9				8	4

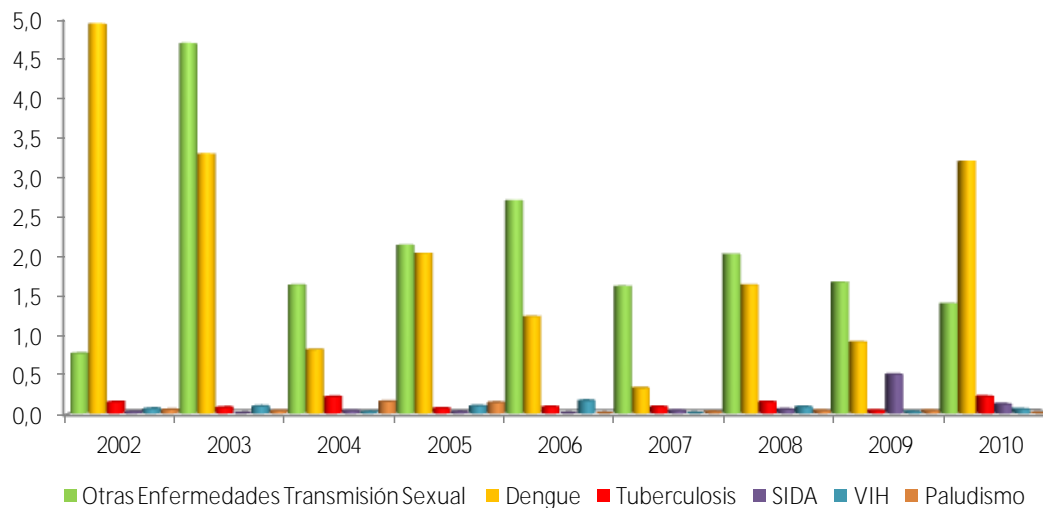
Tabla 1. Enfermedades más frecuentes en consulta externa y el puesto que ocuparon cada año, entre 2001 y 2010.

4.3.2 Incidencia de las enfermedades trazadoras atendidas por consulta externa. Se obtuvieron datos confiables a partir del año 2003. La hipertensión arterial ha mostrado un leve ascenso de la incidencia entre el 2003 (8,1 casos nuevos por 1000 habitantes) y el 2010 (9,2 casos nuevos por 1000 habitantes). Las dislipidemias han tenido cambios bruscos durante el periodo evaluado pero en el 2010 mostró un descenso de la incidencia (8,3) frente al año 2003 (11,2). La diabetes mellitus ha mostrado un lento descenso en su incidencia, pasando de 3,2 en el 2003 a 2,3 en el 2010. Y las enfermedades malignas en general han mostrado una elevación en su incidencia pasando de 1,7 a 4,4 casos nuevos por 1000 habitantes entre los años 2003 y 2010. (Gráfica 20).



Gráfica 20. Cambios en la incidencia de ECNT en la población RE entre 2003 y 2010

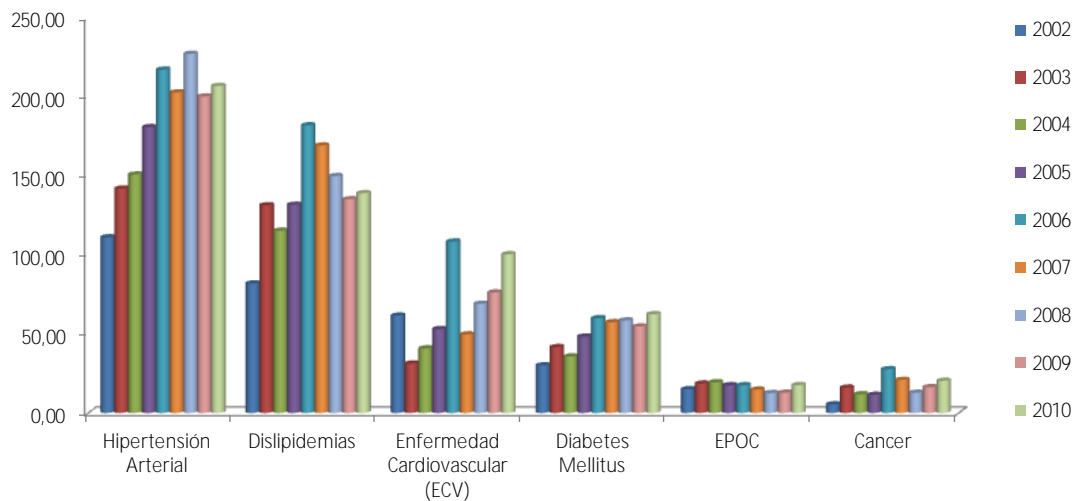
Por otro lado, en lo relacionado con las enfermedades infecciosas, que se analizan desde el año 2002, se evidencia que las enfermedades de transmisión sexual distintas del VIH han bajado su incidencia desde 4,7 a 1,4 casos x 1000 entre los años 2003 y 2010, en tanto que la tuberculosis, el VIH y el paludismo se han mantenido con una incidencia cercana a cero. El Dengue ha mostrado unas incidencias ondulantes entre 5,0 en el 2002 y 3,2 en el 2010. (Gráfica 21)



Gráfica 21. Cambios en la incidencia de Enfermedades Infecciosas en la población RE entre 2002 y 2010

4.3.3 Prevalencia de las enfermedades trazadoras atendidas por consulta externa. No se obtuvieron datos del año 2001, por lo cual se analiza la prevalencia entre los años 2002 y 2010. Hipertensión arterial: hay un sostenido incremento de la

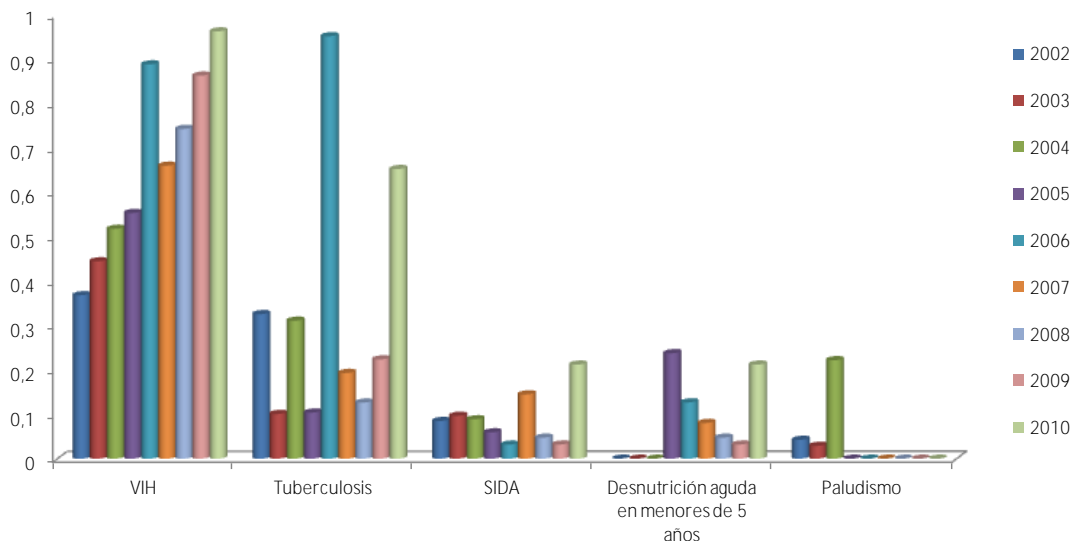
prevalencia en el periodo observado, pasando de 111,08 x 1000 habitantes en el año 2002 a 206,85 en el año 2010, es decir, en 8 años casi se duplicó la prevalencia de hipertensión. Dislipidemias: entre el 2002 y el 2006 mostró una elevación de la prevalencia pasando de 81,94 a 181,96 pero desde entonces ha ido descendiendo hasta llegar en el 2010 a 138,99; en general, han aumentado en el periodo estudiado. Enfermedad cardiovascular: muestra dos picos de aumento de prevalencia, en los años 2006 (108,41) y en el 2010 (100,33) con un aumento final de la prevalencia pasando de 61,2 en el año 2002 hasta 110,33 casos totales x 1000 habitantes, en el año 2010. Diabetes Mellitus: tiene una prevalencia ascendente sostenida pasando de 30,05 en el año 2002 a 62,43 en el año 2010. EPOC: tuvo una prevalencia ascendente entre los años 2002 y 2004 (14,95 a 19,33), luego fue descendente hasta el año 2008 (12,5) para luego subir nuevamente hasta el año 2010 (17,57). Cáncer: ha mostrado una prevalencia con tendencia ascendente, pasando de 5,37 en el año 2002 hasta 20,29 casos totales x 1000 habitantes en el año 2010, mostrando un pico en el año 2006 de 27,62. (Gráfica 22)



Gráfica 22. Cambios en la prevalencia de ECNT en la población RE entre 2002 y 2010

Por otro lado, dentro de las enfermedades infecciosas se han presentado las siguientes prevalencias: la infección por VIH tiene una prevalencia *in crescendo* entre 2002 y 2010, pasando de 0,37 a 0,96 casos por 1000 habitantes. En cuanto a la tuberculosis, ha mostrado una prevalencia muy cambiante a través de los 9 años de observación, pasando de 0,33 a 0,65 casos totales por 1000 habitantes, con una prevalencia pico de 0,95 en el año 2006. El SIDA si bien tuvo una prevalencia con tendencia descendente entre los años 2002 a 2009, pasando de 0,08 casos por 1000 habitantes a 0,03, en el año 2010 la prevalencia aumentó a 0,21 casos por 1000 habitantes, aumentando 7

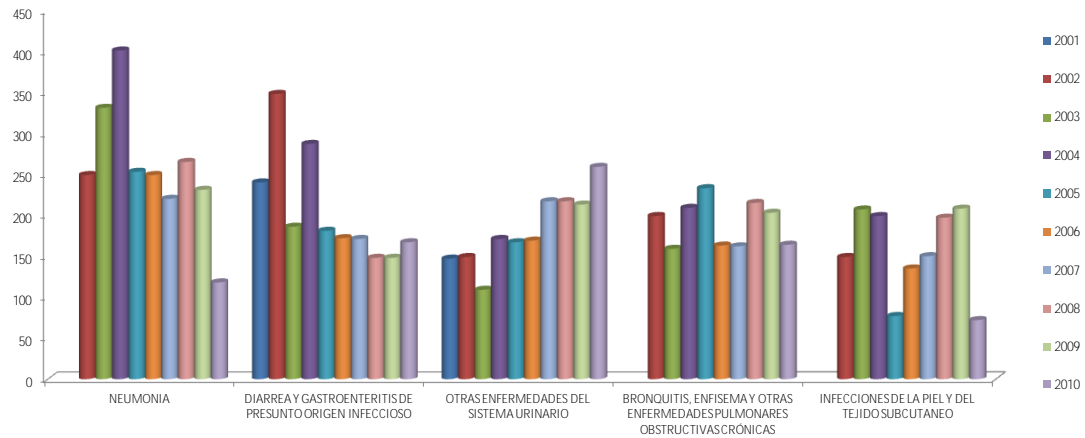
veces la prevalencia en éste último año. El paludismo estuvo entre las enfermedades prevalentes entre 2002 y 2004, no apareciendo desde entonces dentro de las primeras 10 causas de enfermedades trazadoras. En este grupo, no siendo enfermedad infecciosa, aparece la desnutrición aguda en menores de 5 años de edad, que a pesar de haber estado en franca disminución desde 2005 (0,23 casos por 1000 habitantes) hasta el año 2009 (0,03 casos por 1000 habitantes), en el 2010 hubo un incremento de la prevalencia, llegando a 0,21 casos por 1000 habitantes, que si bien está por debajo de las cifras del año 2005, se hace notorio el incremento después de 4 años de haber estado descendiendo la prevalencia de esta condición de salud infantil. (Gráfica 23)



Gráfica 23. Cambios en la prevalencia de Enfermedades Infecciosas en la población RE entre 2002 y 2010

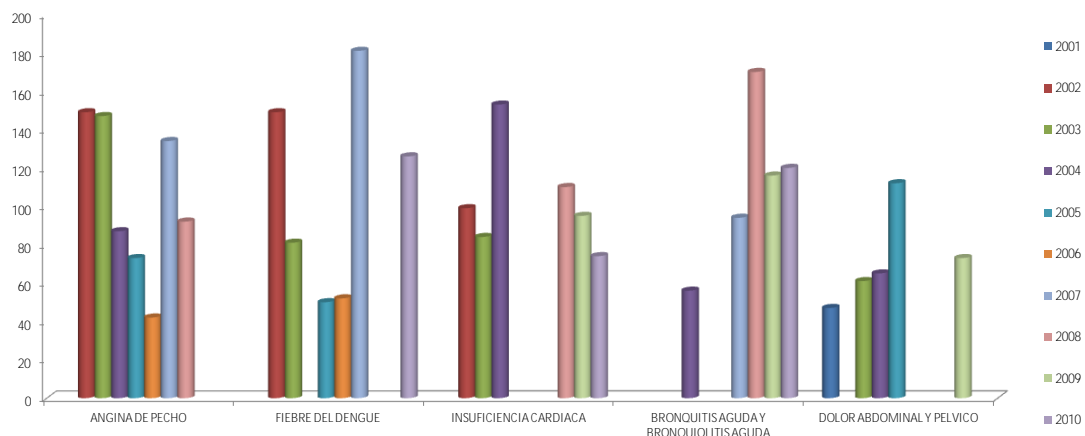
4.3.4 Primeras causas de hospitalización. En la Gráfica 24 se muestran las cinco primeras causas de hospitalización en la población del régimen de excepción a lo largo de los 10 años de observación. Las primeras 5 causas de hospitalización son infecciosas, estando en primer lugar la neumonía, que tuvo una frecuencia creciente entre 2002 y 2004, desde cuando ha mostrado una frecuencia decreciente (401 casos en 2004 y 108 casos en 2010). En segundo lugar está la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, que igualmente ha mostrado un descenso en la frecuencia, pasando de 348 casos en el año 2002 hasta 167 casos en el año 2010. En tercer lugar, está la Infección Urinaria que ha estado en franco ascenso, pasando de 147 hospitalizaciones en el año 2001 a 259 casos en el 2010. En cuarto lugar están las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, que muestra dos curvas con picos en los años 2005 (233 casos) y 2008 (215), con tendencia al descenso pues en 2010 hubo solo 164 egresos por esta causa. En quinto lugar están las infecciones de la piel, que

también mostró dos curvas con picos en los años 2003 (207 casos) y 2009 (208 casos) con una disminución en el año 2010, con 72 egresos.



Gráfica 24. Causas de Hospitalización (primeras 5) en la población RE entre 2001 y 2010

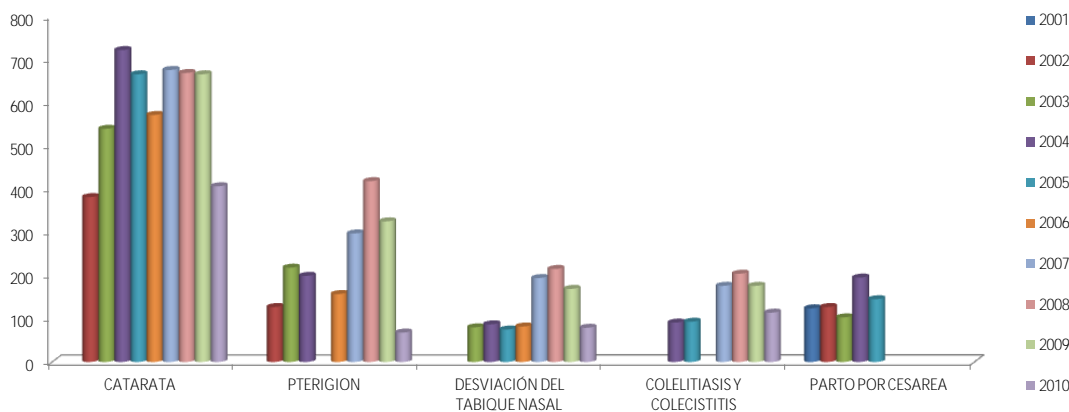
En la Gráfica 25 se aprecia que la sexta causa de hospitalización es la angina de pecho, la cual mostró una frecuencia descendente entre los años 2002 (149 casos) y 2006 (42 casos), presentando un pico en el año 2007 (134 casos) y descenso en 2008 (92 casos), no presentándose casos en los años 2009 y 2010 dentro de las 10 primeras causas.



Gráfica 25. Causas de Hospitalización (6ª a 10ª causas) en la población RE entre 2001 y 2010

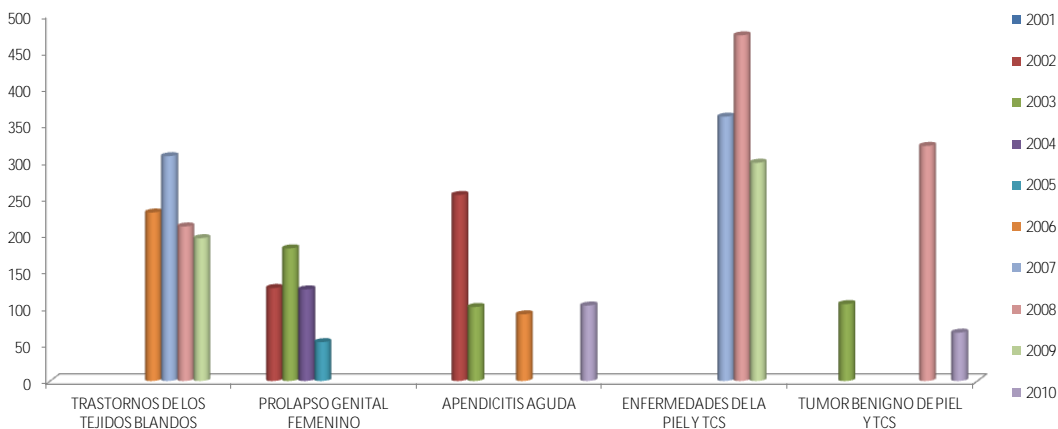
4.3.5 Egresos Quirúrgicos. En la Gráfica 26 se pueden observar las primeras cinco causas de egresos hospitalarios; las dos primeras causas están relacionadas con afecciones del aparato ocular, las cataratas y pterigion, ambas con frecuencias crecientes de 2002 a 2009 con descenso en el año 2010. Son seguidas de la desviación del tabique nasal e hipertrofia de cornetes y en cuarto lugar está la coleditiasis y colecistitis, que también han bajado su frecuencia en los últimos 3 años;

en quinto lugar está el parto por cesárea, que desde 2006 desapareció de los primeras 10 causas de egresos quirúrgicos.



Gráfica 26. Causas de egresos quirúrgicos (primeras 5) en la población RE entre 2001 y 2010

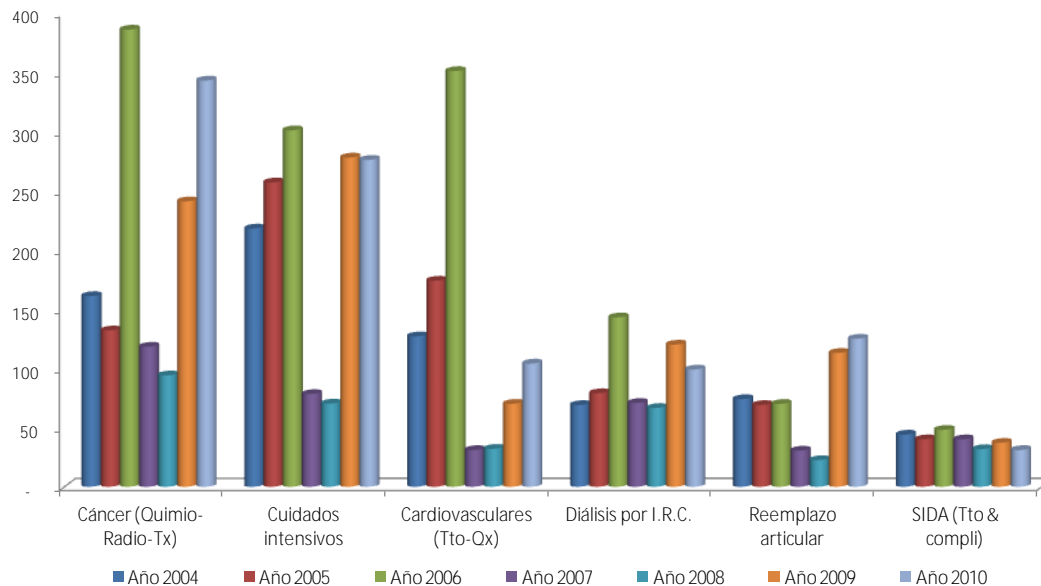
Así mismo, en la Gráfica 27 se muestran las otras causas de egresos quirúrgicos, estando en el sexto lugar los trastornos de tejidos blandos, luego el prolapso genital femenino, la apendicitis aguda y las enfermedades y tumores de la piel y tejido celular subcutáneo.



Gráfica 27. Causas de egresos quirúrgicos (6ª a 10ª causas) en la población RE entre 2001 y 2010

4.3.6. Enfermedades catastróficas. Se observa en la Gráfica 28 que para un período de siete años, comprendido entre los años 2004 al 2010 (no se obtuvo información de años anteriores) las siguientes enfermedades o procedimientos son los más frecuentes, considerando el promedio anual de pacientes atendidos durante el periodo mencionado: i) Quimioterapia y/o radioterapia de cáncer: se atendieron en el periodo un total de 1475 pacientes, con un promedio anual de 211 pacientes sometidos a estos procedimientos, mostrando una frecuencia de dos picos, uno en el año 2006 con 386 pacientes y otro en el año 2010, con 343 pacientes, con una tendencia ascendente en los últimos dos años; ii) Cuidados intensivos, con un total de pacientes en el periodo de 1479 y un promedio anual de 211 pacientes, con frecuencia máxima de 301

pacientes en el año 2006 y de 278 y 276 pacientes en los años 2009 y 2010, mostrando una tendencia estable; iii) tratamiento quirúrgico de enfermedades cardiovasculares, generó 889 pacientes en el periodo, con un pico en el año 2006 con 351 pacientes y un descenso, con tendencia ascendente, en los años 2009 y 2010, cuando se presentaron 70 y 104 pacientes respectivamente; iv) Diálisis renal, con un promedio anual de 92 pacientes, mostró una tendencia relativamente estable con un pico en el año 2006 con 143 pacientes y un descenso en 2009 con 120 pacientes y el año 2010 con 99 pacientes; v) el reemplazo articular ha mostrado una tendencia ascendente, con un promedio anual de 72 pacientes y una mayor cantidad de pacientes en los años 2009 con 113 pacientes y 2010 con 125 pacientes; y vi) tratamiento y complicaciones del SIDA, con un promedio anual de 39 pacientes y una tendencia estable en los últimos tres años, presentándose 37 pacientes en el 2009 y 31 pacientes en el 2010.



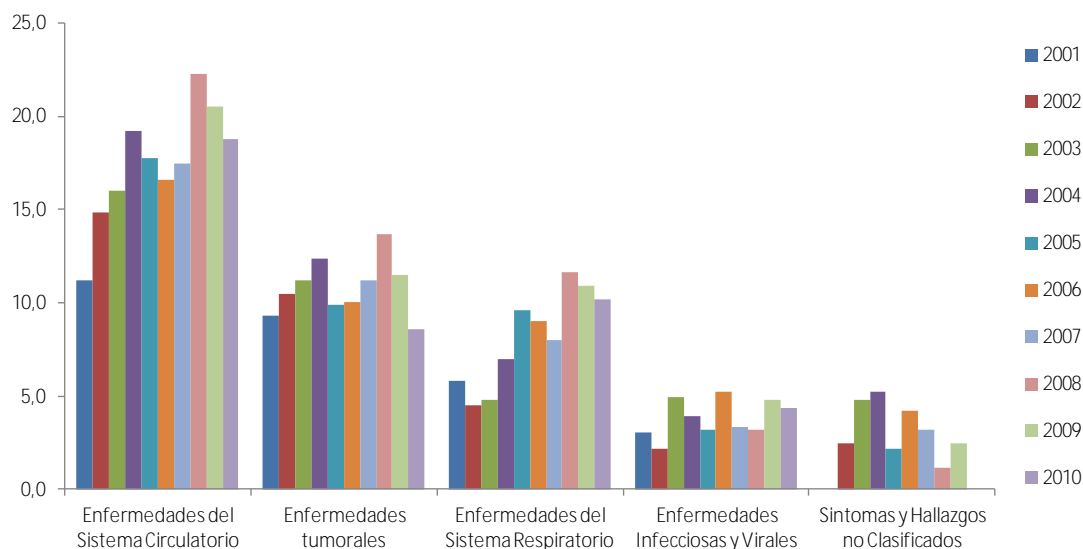
Gráfica 28. Enfermedades catastróficas en la población RE entre 2004 y 2010

4.3.7 Primeras causas de mortalidad. Las causas de mortalidad de la población del régimen de excepción que han estado presente más veces en las diez primeras causas de mortalidad en los diez años de estudio, son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades tumorales, las enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades infecciosas y las enfermedades del sistema genitourinario. En la Tabla 2 se observa la frecuencia de aparición de las causas de mortalidad, de acuerdo con el puesto en que aparecieron dentro de las 10 primeras causas durante el periodo de observación. Llama la atención la aparición entre las primeras 10 causas de mortalidad el diagnóstico “Síntomas y Hallazgos no Clasificados”.

Enfermedades	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Veces
Enfermedades del Sistema Circulatorio	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Enfermedades tumorales	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	10
Enfermedades del Sistema Respiratorio	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	10
Enfermedades Infecciosas y Virales	6	6	3	5	5	4	5	4	4	4	10
Enfermedades del Sistema Genitourinario	8	8	9	8	4	8	8	5	5	6	10
Traumatismos y Quemaduras	10	7	10	6	8	9	10	6	9		9
Enfermedades del aparato digestivo	9		6	10		6	4	8	6	5	8
Sintomas y Hallazgos no Clasificados		5	5	4	6	5	6	10	7		8
Diabetes Mellitus y otras endocrinas			7	7	7	7	7	7	8		7
Enfermedades del sistema nervioso	4	9				10	9	9	10	8	7

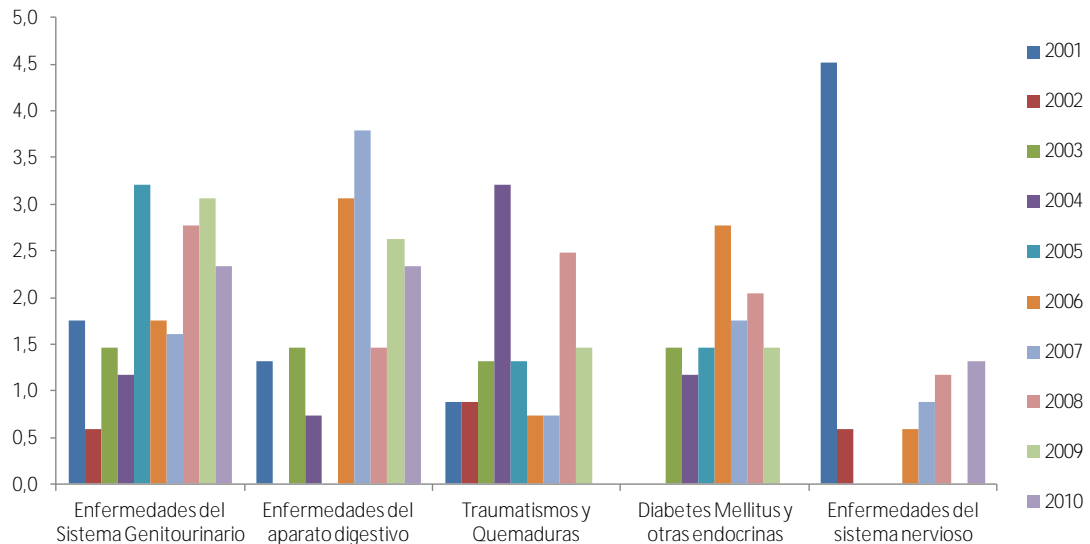
Tabla 2. Causas de mortalidad más frecuente y el puesto que ocuparon cada año, entre 2001 y 2010.

4.3.8 Tasa de Mortalidad por Diagnósticos Agrupados según CIE-10. Es evidente la presencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles entre las que tienen más altas tasas de mortalidad en la población del régimen de excepción. El grupo de enfermedades con mayor tasa de mortalidad es el de las enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares, las cuales han aumentado de manera sostenida a lo largo de los 10 años de observación, pasando de una tasa de 11,2 por 10,000 habitantes en el año 2001 a una tasa de 18,8 en el año 2010, mostrando un pico máximo en el año 2008 de 22,3 por 10,000; similar comportamiento ascendente han mostrado las enfermedades tumorales, aunque en el año 2010 la tasa disminuye en relación con el año 2009 (8,6 vs 11,5 muertes por 10,000 habitantes) y las enfermedades infecciosas, que tiene las 3ª tasa de mortalidad más elevada, pasando de 3,1 a 4,4 óbitos por 10,000 habitantes. Sobresale como la 5ª tasa más elevada el diagnóstico “Síntomas y Hallazgos no clasificados”. (Gráfica 29)



Gráfica 29. Enfermedades con mayores tasas de mortalidad en la población RE entre 2001 y 2010

En la Gráfica 30 se observan las enfermedades con tasas de mortalidad que ocupan del 6° al 10° lugar, resaltando como causa de mortalidad la Diabetes Mellitus que ha mostrado un comportamiento relativamente estable, de 1,7 muertes por 10,000 habitantes, con un pico en el año 2006 en que alcanzó una tasa de 2,8 por 10,000.



Gráfica 30. Enfermedades con mayores tasas de mortalidad (6ª a 10ª) en la población RE entre 2001 y 2010

4.3.9 Mortalidad en Colombia. Las primeras causas de mortalidad de la población colombiana en el período 2001 – 2009, por diagnósticos agrupados 6/67 CIE -10 de OPS, se pueden observar en la Tabla 3; estas 10 primeras causas fueron consistentes en todo el período analizado, aunque algunas de ellas variaron de posición dentro de este rango. El primer lugar lo ocupan las enfermedades isquémicas del corazón con 230.870 casos y dentro de las primeras 10 causas encontramos otras enfermedades del sistema circulatorio: en el tercer puesto las enfermedades cerebro-vasculares con 125.407 y en el noveno puesto las enfermedades hipertensivas con 49.566. Los homicidios, inclusive secuelas, ocupan el segundo lugar con 201.238 casos, aunque en los años 2001-2003 ocupó el primer lugar en la lista. También encontramos dos patologías del sistema respiratorio entre las 10 primeras causas: en el cuarto puesto las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con 90.035 casos y en el séptimo puesto las infecciones respiratorias agudas con 54.007 casos. En la lista también encontramos la diabetes mellitus en el quinto puesto; los accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas; otras enfermedades del sistema digestivo y residuo de tumores malignos en el puesto diez.

PATOLOGÍA (LISTA 6/67 CIE-10 DE OPS)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	2	2	2	1	1	1	1	1	1
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	1	1	1	2	2	2	2	2	2
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3	3	3	3	3	3	3	3	3
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	4	4	4	4	4	4	4	4	4
601 DIABETES MELLITUS	6	5	5	5	5	5	5	5	7
501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	5	6	6	6	7	7	6	6	5
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	7	9	7	7	6	6	7	8	8
611 OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO	9	8	9	8	8	8	8	7	6
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	8	7	8	9	9	9	9	9	9
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Fuente: DANE - Estadísticas Vitales

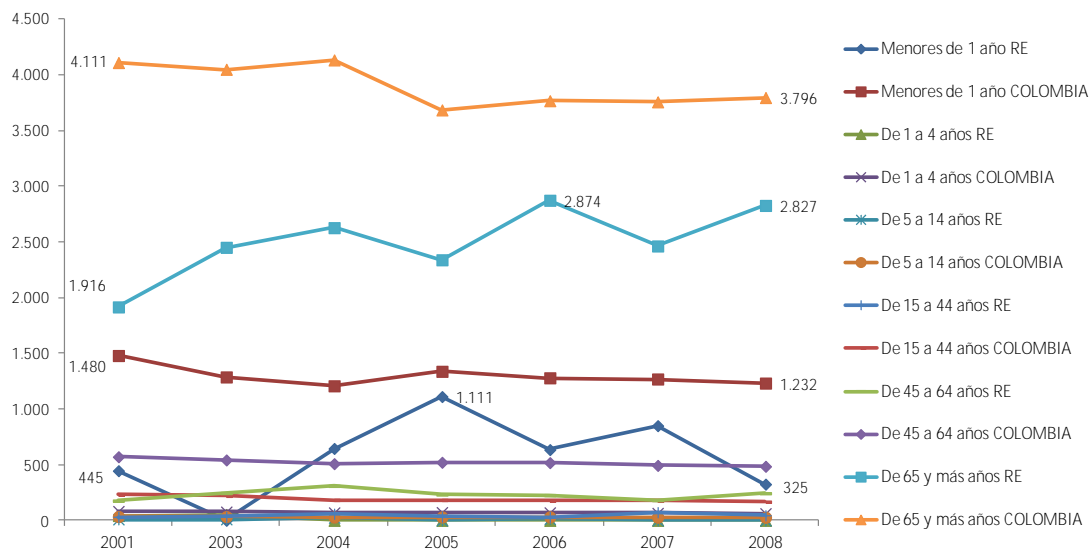
Tabla 3. Primeras causas de mortalidad en Colombia por año, entre 2001 y 2009.

En la Gráfica 31 se muestran las enfermedades con las tasas de mortalidad más altas que afectaron a la población colombiana entre el año 2001 y 2009, expresadas en eventos por 100,000 habitantes. La tasa más alta la ocupan las enfermedades isquémicas del corazón, que ha mostrado una tendencia ascendente, pasando de 56,7 en el año 2001 a 61,4 eventos por 100,000 habitantes en el año 2009, con el año 2008 de 64,7. En segundo lugar y con tendencia descendente se encuentran las muertes violentas, que han pasado de 77 en 2002 (pico) a 43,8 en el año 2009. Luego aparece la enfermedad cerebrovascular que también muestra una tendencia con leve descenso, pasando de 33,2 en 2001 a 30,9 en 2009. En cuarto lugar están las enfermedades pulmonares crónicas, en leve ascenso desde el 2001 con una tasa de 21,9 hasta el 2009 con una tasa de 23,6. En quinto lugar se encuentra la diabetes mellitus, con tendencia a la baja muy leve, pasando de 17,2 en 2001 a 14,4 en 2009. Luego aparecen los accidentes de tránsito con una tasa de 17,5 en 2001 y 14,7 en 2009, las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 13,7 2001 y 14,4 en 2009, enfermedades del sistema digestivo con una tasa de 11,8 en 2001 y 14,5 en 2009, la hipertensión arterial que ha permanecido estable en el periodo con una tasa de 13,3 en 2001 y 12,6 en 2009 y los tumores malignos en el último lugar, con tendencia estable y una tasa de 10,9 en 2001 y 11,6 en 2009.

80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00

Gráfica 31. Enfermedades con mayores tasas de mortalidad en la población colombiana entre 2001 y 2010

4.3.10 Tasa de Mortalidad por Grupos Etarios (x 100.000 habitantes). En la Gráfica 32 se compara la tasa de mortalidad de los distintos grupos etarios con la tasa de mortalidad de los mismos grupos de Colombia, por lo cual se expresa en 100,000 habitantes. Los 3 grupos etarios con mayor tasa de mortalidad en la población del régimen de excepción son: i) Grupo de mayores de 65 años, con una tasa específica de mortalidad que ha ido en ascenso desde el año 2001 (1.916) hasta el año 2008 (2.827) frente a una tasa de mortalidad específica para el grupo etario de la población colombiana que, si bien está mucho más alta, ha mostrado un comportamiento en descenso, pasando de 4111 en el año 2001 a una tasa de 3.796 en el año 2008; ii) Menores de un año de edad, con una tasa específica de mortalidad que tuvo un pico de 1,111 en el año 2005, pasando de una tasa de 445 en el año 2001 a una tasa de 325 en el año 2008, contrastando con una tasa de mortalidad específica para el mismo grupo etario de la población colombiana mucho más alta, que pasó de 1480 en el año 2001 a 1232 en el año 2010; iii) Grupo comprendido entre los 45 y 54 años, con una tasa de mortalidad con variaciones poco representativas y que ha oscilado entre 177 en el año 2001 y 243 en el año 2008, inferior a la tasa de mortalidad del mismo grupo de la población colombiana que partió de 571 en el año 2001 hasta 485 en el año 2008.

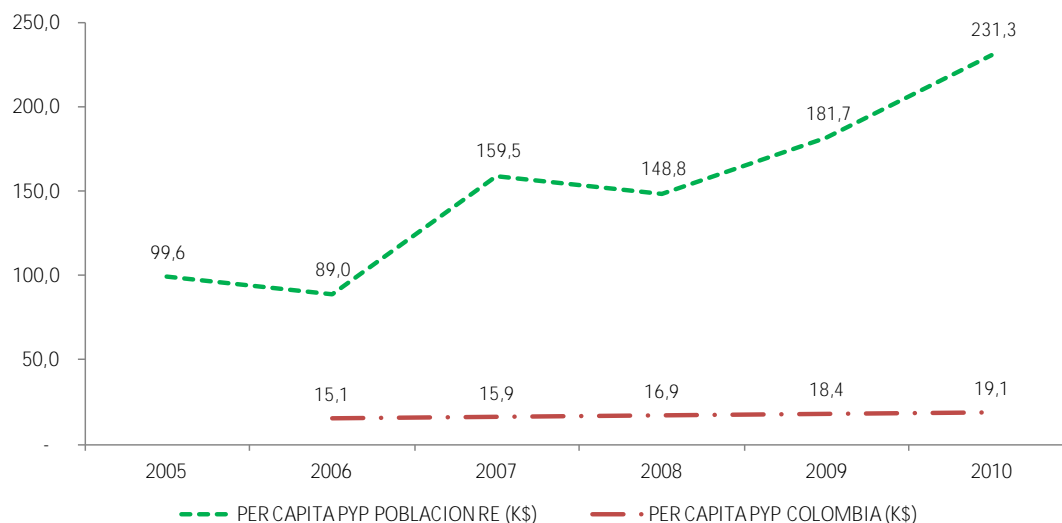


Gráfica 32. Comparativo de tasas de mortalidad por grupos etarios de las poblaciones RE y colombiana, entre 2001 y 2010

4.4. INVERSIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

4.4.1. Inversión en promoción y prevención en el Sistema General. El régimen contributivo destina una inversión en Promoción y Prevención de aproximadamente el 3,9% de la Unidad de Pago por Capitación, la cual ha oscilado de K\$15,1 en el año 2005 a K\$19,1 en el año 2010, con incrementos anuales entre el 4% y el 9%.

4.4.2 Inversión en promoción y prevención en el régimen de excepción. Para garantizar la ejecución de las acciones individuales y colectivas de Promoción y Prevención la entidad del régimen de excepción invierte, en promedio, el 5% del presupuesto anual en salud. Cubre los costos de todos los programas de promoción y prevención, los honorarios de profesionales e IPS contratadas en todo el país, así como los costos de todas las actividades de tamizaje (valoraciones especializadas, citologías vaginales, mamografías, PSA, vacunación, exámenes de laboratorio, odontología preventiva, planificación familiar, entre otros). En 2010 alcanzó la suma de M\$14,4, con un incremento del 27% con respecto del año 2009, que corresponde al 5% del gasto total de salud, con una inversión *per cápita* de K\$99 en al año 2005 y de K\$231 en al año 2010. El comportamiento de la inversión per cápita entre 2005 y 2010 en ambas poblaciones se aprecia en la Gráfica 33.



Gráfica 33. Comparación de la inversión per cápita en Promoción y Prevención entre las poblaciones RE y colombiana, entre 2005 y 2010

5. DISCUSIÓN

La población del régimen de excepción objeto de la presente investigación tiene como característica principal que progresivamente ha ido envejeciendo, configurando una pirámide con tendencia regresiva como la de los países desarrollados, pasando el grupo poblacional de mayores de 45 años de un 40% de la población, en el año 2001, a un 53,5% de la población en el año 2010; adicionalmente, los mayores de 65 años pasaron del 17,7% en el año 2001 al 23,1% en el 2010. Así mismo, los menores de 30 años de edad han disminuido progresivamente, pasando de 43,9% de la población a un 33,3% en los 10 años de estudio. Lo anterior supone que las enfermedades prevalentes sean las propias de los adultos maduros y adultos mayores.

La población objeto de estudio en su totalidad está vinculada, ya sea como trabajador o pensionado, a fuentes de ingreso estables y a una cobertura en salud íntegra y sin barreras de acceso, que le permite tener unas excelentes condiciones de vida, razón por la cual existen diferencias con la población colombiana que debieran ajustarse.

La tasa global de fecundidad y la tasa bruta de natalidad de la población estudiada son mucho menores que las de Colombia, lo cual explica en parte el comportamiento de la pirámide poblacional y que no existan las tasas de morbimortalidad en menores de 5 años que caracterizan a la población colombiana (enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, desnutrición).

La tasa de mortalidad general en la población del régimen de excepción es algo más alta que la de la población general, fenómeno que se podría explicar por el progresivo envejecimiento de la población.

La tasa de mortalidad infantil en el RE es sensiblemente menor que la de la población colombiana, incluso durante cuatro años del período estudiado no hubo casos de mortalidad infantil; sus causas no pudieron determinarse claramente por falta de información.

La razón de mortalidad materna en la población del RE fue de cero en los diez años de estudio, que podría ser indicativo de la eficacia del programa de atención prenatal implementado y de las mismas condiciones de vida de la población

La esperanza de vida es mucho mayor en la población del régimen de excepción que en la población general, con una diferencia de casi 19 años entre las dos poblaciones, atribuible entre otras cosas, a las intervenciones de salud en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, la buena calidad de atención en salud, al nivel de vida, las condiciones socioculturales.

El régimen de excepción invierte el 5% del gasto de salud en promoción y prevención, con una amplia cobertura de los programas de promoción y prevención y garantía de la íntegra y oportuna prestación del servicio y suministro de medicamentos. Tiene fortalecidos los programas que apuntan a las entidades que causan mayor morbi-mortalidad (enfermedad cardiovascular y cáncer). Aunque son los mismos programas que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la gran inversión en los programas del régimen de excepción estaría relacionada con los resultados de salud de la población. Es de resaltar la alta cobertura que tiene el régimen de excepción en las Guías para el Mejoramiento de la Salud por Ciclos Vitales, escenario que permite la detección temprana de muchas enfermedades, facilitando una intervención precoz.

Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan los primeros lugares en la demanda de consulta externa, observándose una ligera disminución de la incidencia de las dislipidemias y la diabetes, pero con aumento discreto de la hipertensión arterial y las enfermedades malignas. Las enfermedades infecciosas han mostrado una incidencia muy baja y estable, salvo las enfermedades de transmisión sexual que han disminuido notablemente su incidencia.

Dentro de los factores que incidieron en la prevalencia de las enfermedades que ocupan las primeras causas en la morbi-mortalidad poblacional, podemos concluir que la edad es uno de los más determinantes, además de la alta prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad.

El presente estudio permitió identificar además que la población del régimen de excepción tiene una esperanza de vida mucho mayor que la de la población colombiana, que se traduce en mayor población en grupos etarios mayores de 60 años y mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, atribuible a los efectos de la prevención primaria, secundaria y terciaria y la atención integral que ofrece.

La aplicación principal de los hallazgos será la de generar planes de mejoramiento en los programas de promoción y prevención del régimen de excepción.

Con lo anterior, se puede recomendar que se revise la efectividad del programa de prevención de factores de riesgo cardiovascular, considerando que hay un incremento de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en los últimos tres años. Además, enfocar esfuerzos en patologías que muestran incidencias crecientes, como el VIH.

Existieron limitaciones relacionadas con la completitud y confiabilidad de la información de régimen de excepción, debido a la carencia de un habilitador tecnológico que estandarice y asegure los procesos de información.

En general, se pudieron cumplir los objetivos planteados al inicio del presente trabajo.

7. REFERENCIAS Y CITAS

Declaración Alma Ata – Organización Mundial de la Salud

Ley 100 de 1993 del Congreso de la República de Colombia

Resolución 0412 de 2000

Ley 1438 de 2011 del Congreso de la República de Colombia

Información epidemiológica del Régimen de Excepción

Maldonado Cruz, Pedro. 2005. Demografía Conceptos y técnicas fundamentales. Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Reynales L., Jairo. 2011. Material de Estudio Cátedra de Epidemiología. Universidad Sergio Arboleda.

De Irala, J.; Martínez-Gonzalez, M.A.; Seguí-Gómez, María. 2008. Epidemiología aplicada, 2ª Ed. Editorial Ariel S.A.

Páginas Web

Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles – GVCET, Instituto Nacional de salud en: <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=1497> . consultado el 24 de septiembre de 2011.

Biblioteca Virtual en Salud Pública de Colombia de la Organización Panamericana de la Salud (Indicadores Básicos de Salud). <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=22&item=132>

Ministerio de Salud y Protección Social. Salud Pública. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

8. AUTORES

Garzón Guzmán, Marcial Enrique. Médico Cirujano de la Universidad de Cartagena, promoción 1985. En sus primeros 6 años de práctica profesional se desempeñó en la ciudad de Sincelejo como Médico Adscrito de una Caja de Previsión, Médico de Consulta Externa y Ayudante Quirúrgico de una Clínica de 2º Nivel, Médico Adscrito de un Fondo de Previsión Social y en Consultorio Particular. Desde hace 21 años se ha desempeñado como Médico de Consulta Externa, de Urgencias y de Hospital, Jefe del Servicio de Urgencias, Jefe de Consulta Externa, Jefe de un Hospital de Primer Nivel, Jefe de un Hospital de Segundo Nivel y actualmente Profesional del Staff de una EAPB. Diplomado en Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, 2007.

Otálvaro Rojas, Niyeth Alexy. Psicóloga de la Universidad Surcolombiana de Neiva, promoción 2009. Laboró con la Secretaría de Educación del Huila en el año

2009 Psicóloga de la Comisaria de Familia de Planadas, Tolima, durante el 2010.
Directora Local de Salud de Planadas, Tolima, 2012.

Viracachá Blanco, Andrés Leonardo. Viracachá Blanco, Andrés Leonardo. Médico Cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, promoción 2002. Se ha desempeñado como médico en atención prehospitalaria, urgencias, consulta externa y prioritaria, médico hospitalario, ayudante quirúrgico y Auditor Médico de Alto Costo, en diferentes EPS e IPS de Bogotá. Además, trabajó como Profesional Especializado del Grupo Atención de Emergencias y Desastres del ahora Ministerio de Salud y Protección, donde labora actualmente como Consultor de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.