Cifras e indicadores del Sistema de Salud

publicación
2013

acemi
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

Cifras e indicadores del Sistema de Salud

Cifras 2008-2011

publicación
2013

acemi
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

2013
Cifras e indicadores del Sistema de Salud EPS asociadas a Acemi

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi)

Calle 104 A N.º 21 – 47
Teléfono: 6205108 – Fax: 6198412
info@acemi.org.co
Bogotá, D. C., Colombia

Visite nuestro portal virtual: www.acemi.org.co

© Todos los derechos reservados.
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

Junta Directiva

Presidente
Gabriel Mesa Nicholls

Vicepresidente
Luis Guillermo Vélez

Santiago Salazar Sierra
Juan Alberto Benavides
Herman Redondo
Javier Correa
Felice Grimoldi
Martha Giraldo de Trujillo
Luis Fernando Caicedo
Henry Grandas Olarte
Carolina Buendía
Jose Fernando Cardona
Octavio Ayala

Presidente ejecutivo
Jaime Arias

Vicepresidente operativa y financiera
Nelcy Paredes Cubillos

Consolidación de información, documento y análisis
Jorge Duarte Rueda, director de Epidemiología y Salud Pública.
Andrés Mauricio Álvarez Peña, director de Gestión en Servicios de Salud.
Sandra Liliana Rodríguez, ingeniera de sistemas, analista de sistemas de información.
Ana María Ríos Montañez, economista, analista económica.
Jairo Andrés Barrera, economista, analista económico.
Adriana Cuéllar, ingeniera de sistemas, analista de sistemas de información.

Coordinadora editorial
Edna Rocío Rivera Penagos
Diseñador gráfico
Jairo Iván Orozco Arias
Corrector de estilo
Juan Manuel Serrano Pérez

La información que se presenta en este documento no es información comercial sensible, tiene únicamente fines estadísticos, ha sido elaborada con información histórica y se presenta de forma agregada o consolidada. Además, la misma se construyó con base en información que las EPS han suministrado previamente a las diferentes autoridades del sector salud. Este documento no constituye una instrucción, recomendación o lineamiento a seguir por quienes lo reciben, razón por la cual quien acceda a él está en plena libertad de tomar cualquier decisión.

Contenido

Introducción 5

Capítulo 1. Metodología 7

1.1 Fuentes de información sobre población 8
1.2 Fuente de información de servicios de salud 8
1.3 Fuentes de información sobre actividades preventivas 14
1.4 Fuentes de información sobre indicadores de calidad y salud 14

Capítulo 2. Información poblacional 15

2.1 Población año 2011 16
2.2 Distribución por género y edad 18

Capítulo 3. Servicios y diagnósticos 33

3.1 Atención ambulatoria 34
3.2 Atención de urgencias 43
3.3 Atención hospitalaria 52
3.4 Servicios quirúrgicos 60
3.5 Servicios de alto costo 64
3.6 Atención domiciliaria 76

Capítulo 4. Actividades de detección temprana y protección específica 85

4.1 Actividades preventivas realizadas 86
4.2 Detección de alteraciones del embarazo 89
4.3 Vacunación 92
4.4 Detección de cáncer de cuello uterino y de seno 94
4.5 Detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años 95
4.6 Actividades de planificación familiar 96
4.7 Atención del recién nacido 99

Capítulo 5. Indicadores del Sistema de Información para la Calidad 101

5.1 Oportunidad 102
5.2 Satisfacción de los usuarios de las EPS del Régimen Contributivo afiliadas a Acemi 124

Capítulo 6. Indicadores de salud en los afiliados 127

6.1 Neumonía en menores de 5 años 128
6.2 Razón de mortalidad materna 129
6.3. Detección oportuna del cáncer de cuello uterino 130
6.4. Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años 131
6.5 Resultados en VIH/SIDA 132

Capítulo 7.Información financiera 137

Capítulo 8. Anexos 141

Anexo 1. Metodología de medición de indicadores de calidad 142
Anexo 2. EPS asociadas en Acemi en el año 2011 144
Anexo 3. Actividades preventivas 146
Anexo 4. Número de servicios prestados por las EPS asociadas a Acemi del Régimen Contributivo por departamento y ámbito (2011) 152
Anexo 5. Balance general de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos) 154
Anexo 6. Estado de Resultados de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos) 156
Anexo 7. Márgenes financieros y razones de rentabilidad EPS-C. Variación absoluta en puntos porcentuales 162
Anexo 8.Población afiliada al Régimen Contributivo. Diciembre de 2010 y 2011 166

Observaciones, glosario y referencias 167

Observaciones 168
Glosario 169
Referencias 170

INTRODUCCIÓN

Cifras e indicadores del Sistema de Salud es una publicación anual de Acemi fruto de la recopilación de información que las EPS afiliadas envían a los organismos oficiales y del análisis que permanentemente adelanta el área de salud del gremio.

La publicación ha venido enriqueciéndose con nuevos capítulos, como sucede en la publicación de este año, con la inclusión de estadísticas sobre servicios de prevención realizados por las aseguradoras, los resultados financieros de estas empresas y la exploración inicial en los indicadores de resultados en salud, en preparación para responder a las políticas del Ministerio de Salud y Protección Social, cada vez más orientadas a la medición de resultados y no simplemente del esfuerzo.

En presentaciones anteriores se incluían las cifras del Régimen Subsidiado, pero debido a las dificultades para el acceso a los datos oficiales se optó por excluirlas en el presente informe; esperamos que en los próximos años volvamos a tener las estadísticas de este régimen con el objeto de presentar un cuadro completo de los servicios de salud de Colombia. Igualmente se continuará incluyendo las cifras y los indicadores de salud, cuya fuente principal es el reporte al Sistema de Información para la Calidad (Resolución 1446 de 2006). Lo ideal sería poder acceder de manera directa a los RIPS, que por ley deben ser generados por los organismos prestadores, responsables de generar una información completa y confiable; lamentablemente en este aspecto hay todavía muchas deficiencias, por lo cual se ha debido utilizar la información que reportan las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social.

Gracias al esfuerzo del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), cuyo gasto anual es cercano a los 25 billones de pesos, al despliegue de cuantiosos recursos humanos, de infraestructura y administrativos de los diferentes actores en todo el territorio de la nación y a la experiencia de casi 20 años de la institucionalidad del sector, Colombia puede mostrar estadísticas satisfactorias que dan cuenta de un enorme esfuerzo del país en la provisión de servicios de salud para toda la población. Estas estadísticas constituyen una herramienta importante para investigadores que deseen profundizar en los estudios sobre el Sistema, una ayuda indispensable para los planificadores de servicios, tanto de las EPS como de las IPS y demás prestadores, una orientación

para los educadores de las diferentes profesiones de la salud y un marco básico para el desarrollo de la política pública sobre los servicios.

El Sistema de Salud de Colombia ha logrado avances cuantitativos significativos, pero necesita evolucionar hacia objetivos más amplios, como son el mejoramiento de las acciones individuales y colectivas de la salud pública y la calidad de servicios, tanto en el aspecto clínico como en el administrativo, lo cual implica un esfuerzo adicional en la gestión de la información por parte de todos los actores. Confiamos en que esto se logrará en los próximos años.

Nos complace entregar este documento de referencia a los profesionales de la salud y a las instituciones que integran el Sistema, con la esperanza de que el contenido les sea de utilidad. Agradezco al equipo de la Vicepresidencia Financiera y Operativa y al Área de Salud de Acemi su trabajo consagrado durante varios meses para producir el conjunto de cifras aquí presentadas y adelantar el análisis sobre las mismas. ▣

Jaime Arias
Presidente ejecutivo de Acemi

Capítulo

1

Metodología

Nelcy Paredes
Sandra Rodríguez

La información que soporta todos los indicadores presentados proviene de datos estadísticos que las EPS enviaron a la autoridad pertinente para efecto del análisis de suficiencia de la UPC, la vigilancia del cumplimiento de metas de las acciones de salud pública y demanda inducida y para el sistema de seguimiento de la calidad. Las fuentes de dicha información se detallan enseguida.

1.1 Fuentes de información sobre población

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE): para la población nacional.
- Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): para el total de afiliados al Régimen Contributivo, corte IV trimestre 2010 y 2011. Tomado de: www.fosyga.gov.co
- Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM): para las EPS del Régimen Contributivo incluidas en el informe que participan en este sistema. Específicamente se tomaron los afiliados a 31 de diciembre de cada año en los estados de afiliación de activos, con pagos al día y mora menor de 30 días.
- Población expuesta: Datos suministrados a Acemi por las EPS, agregados por grupo de edad y género. Estos datos se emplean para los cálculos de las frecuencias de uso de los servicios de salud.

1.2 Fuente de información de servicios de salud

La información sobre servicios proviene de los datos enviados por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de Protección Social), de acuerdo con la estructura y contenido que este define cada año en el documento *Solicitud información a entidades promotoras de salud para el "Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación"*. La información de servicios de salud se presenta discriminada por actividad y por usuario para los años 2008 a 2011. En promedio las bases de datos tienen cerca de 200 millones de registros.

Los datos se consolidan y se les hace el siguiente tratamiento:

a. Verificación de calidad

Se siguen los mismos criterios utilizados por el Ministerio de Salud en sus informes. Solo se eliminan registros cuando estos tienen problemas en los códigos de procedimientos.

b. Unificación de unidades

Dado que en la remisión de información al Ministerio se permiten diferentes niveles de agregación, una vez se ha realizado la depuración de calidad se unifican unidades para poder realizar los cálculos de frecuencias. Este proceso aplica para los servicios hospitalarios, de alto costo, las cirugías ambulatorias, las urgencias, las terapias y los medicamentos o insumos ambulatorios.

La unificación toma como base la fecha, la persona y el procedimiento para marcar el evento. Se marcan con el mismo número todos los servicios asociados a la misma persona en la fecha o en el intervalo de tiempo que se determina con la fecha de inicio de la atención, más la suma de los días de estancia y un rango de 3 días. Se asigna el código principal del evento con base en el código CUPS de acuerdo con unas prioridades predefinidas.

Algunas atenciones se reagrupan a una unidad paciente/mes. Con este fin, y a partir de la agrupación inicial, se procede a agrupar las atenciones del paciente que tengan el mismo código de procedimiento en un mes. Estas atenciones son:

- Diálisis paciente/mes
- Radio y quimioterapia paciente/mes
- Atención obstétrica paciente/mes
- Oxígeno paciente/mes
- Terapias paciente/mes

c. Clasificación por ámbito

La información de los eventos se clasifica según ámbitos. Estos son definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (2012, p. 13) así: "Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta". A los ámbitos definidos por el Ministerio se le agregan dos, el de alto costo y el de atención domiciliaria, por considerarse que tienen características especiales que los diferencian de los planteados inicialmente.

Los ámbitos son:

- **Alto costo:** incluye las prestaciones de salud definidas como enfermedades ruinosas o catastróficas, ya sea por su diagnóstico o procedimiento, según se define para cada régimen en la Resolución 5261 de 1994 y los acuerdos que la modifican o adicionan.

- **Hospitalario:** incluye las prestaciones de salud que se entregan a los afiliados que no se ajustan al ámbito de alto costo e implican la internación del paciente, ya sea para atención obstétrica, realización de procedimientos quirúrgicos o para tratamiento médico. No es posible desagregar dentro de las atenciones hospitalarias los medicamentos, servicios de laboratorio e imágenes suministrados al paciente durante la estancia hospitalaria.

- **Urgencias:** incluye las prestaciones de salud que no generan una estancia hospitalaria, que no fueron incluidas en las prestaciones del ámbito hospitalario o de alto costo por efectos de la agrupación. Los servicios de urgencias pueden incluir o no sala de observación y procedimientos que no requieran de sala de cirugía.

- **Atención domiciliaria:** incluye las prestaciones de salud suministradas al paciente en su domicilio y que no han sido incluidas en los ámbitos de alto costo, hospitalario ni de urgencias.

- **Ambulatorio:** incluye las prestaciones de salud, trasporte o alojamiento no incluidas en otros ámbitos y que se prestan en escenarios que no implican internación.

Tabla 1. Ámbitos de prestación de servicios de salud

ÁMBITO ALTO COSTO	ÁMBITO AMBULATORIO
Cirugía Congénitas	Consulta
Diálisis y Hemodiálisis	Imágenes Complejidad 1
Gran Quemado	Imágenes Complejidad 2
Otros Trasplantes	Imágenes Complejidad 3
Procedimiento Cardiovascular	Laboratorio Clínico Complejidad 1
Procedimiento del SNC	Laboratorio Clínico Complejidad 2
Radio y Quimioterapia	Laboratorio Clínico Complejidad 3
Reemplazo Articular	Otras Atenciones Profesionales
Trasplantes	Otras Servicios Ambulatorios
UCI	Endoscopias
	Otros Procedimientos Diagnósticos
	Servicios odontológicos
	Servicios farmacéuticos
ÁMBITO HOSPITALARIO	**ÁMBITO ATENCIÓN DOMICILIARIA**
Atención Obstetricia Parto	Hospitalización en casa
Atención Obstetricia Cesárea	Oxígeno
Cirugías no Clasificadas	
Cirugías Complejidad 1	
Cirugías Complejidad 2	
Cirugías Complejidad 3	**ÁMBITO URGENCIAS**
Hospitalización Médica	Consulta médica
Otros Servicios e Insumos	Procedimientos y actividades de urgencias

Fuente: Elaboración de los autores

d. Selección de EPS

Una vez se han realizado los procesos anteriores, se hace un conteo del número de atenciones promedio por EPS medido en número de registros por afiliado. De acuerdo al análisis de la información y el comportamiento de los datos en los últimos seis años, se muestra una tendencia del promedio de atenciones por afiliado entre 8 y 14, lo cual se evidencia también en los cálculos obtenidos del estudio de costos desarrollado por el Ministerio de Salud (1997). Por lo tanto, las EPS que se incluyen en los análisis de indicadores de frecuencia e intensidad de uso y de perfil de causas de consulta y hospitalización son aquellas que presentan un número promedio de atenciones por afiliado dentro del rango mencionado.

De acuerdo con lo anterior, se tomó la información reportada de los años 2008 a 2011, tomando en cada año las siguientes EPS:

Tabla 2. Selección EPS

EPS	2008	2009	2010	2011
Aliansalud	x	x	x	x
Salud Total	x	x	x	x
Cafesalud	x	x	x	x
Sanitas	x	x	x	x
Compensar	x	x	x	x
Comfenalco Antioquia	x	x		
SURA	x	x	x	x
Comfenalco Valle	x	x	x	x
SaludCoop	x	x		
Coomeva			x	x
Famisanar	x	x	x	x
SOS	x	x	x	x
Cruz Blanca		x	x	x

Fuente: Elaboración de los autores

e. Construcción de indicadores

Cálculo de frecuencias

La frecuencia de uso examina las atenciones promedio por cada afiliado en un periodo (equivalente a un año consecutivo de afiliación).

Para efectos de todos los cálculos de las frecuencias de uso, se toma la población compensada equivalente, es decir, aquella por la cual se perciben ingresos por UPC, ajustada de acuerdo al número de días efectivos de afiliación en el Sistema en el año de estudio. Este indicador se calcula con base en los datos de días compensados, los cuáles se suman y se dividen en 360, que es el máximo de días al año que puede ser compensado un afiliado. El resultado es la población-tiempo-expuesta.

Las frecuencias se calculan a partir del número de eventos reportados dividido entre población expuesta (afiliados equivalentes a un año).

Cálculo de la intensidad de uso

La intensidad de uso nos indica el número de atenciones de cada tipo de servicio que recibe cada persona atendida.

El cálculo de la intensidad de uso se realiza tomando solo la información de aquellos pacientes que tuvieron alguna utilización en el año de estudio. La intensidad se calcula dividiendo el número de servicios de cada clase (consultas, hospitalizaciones y demás) entre el número de personas que efectivamente usaron alguno de estos servicios. Con esta información se estima el número de atenciones de cada clase que recibe en promedio un paciente.

Perfil de causas por ámbito

La información suministrada por las EPS incluye datos de diagnóstico principal o diagnóstico de entrada al servicio, reportados por las IPS para cada paciente utilizando los códigos CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Para la presentación de los resultados se agruparon los diagnósticos detallados en los 1.591 subgrupos que define el CIE-10 y luego se ordenaron según el número de registros en cada uno de los subgrupos. De este ordenamiento se toman los primeros 25 códigos.

1.3 Fuentes de información sobre actividades preventivas

Las actividades preventivas estudiadas son las definidas por el Gobierno mediante Resolución 412 del 2000 como Actividades de detección temprana y protección específica. Los datos provienen de la información que las EPS enviaron al Ministerio de Salud para el seguimiento de estas actividades correspondiente a los años 2008 a 2011.

La población objeto está basada en la población equivalente reportada por las EPS en los años 2008 a 2010 y en la población proyectada para el 2011 con base en la población SIAM.

Los datos se consolidan y se realiza el cálculo de la población objeto como lo determina la Resolución 3384 de 2000 para cada actividad preventiva. Se establecen los porcentajes de cobertura dividiendo las ejecuciones entre la población objeto, con el fin de determinar el cumplimiento de metas establecidas en la misma Resolución.

1.4 Fuentes de información sobre indicadores de calidad y salud

La información proviene de los indicadores de calidad reportados a la Superintendencia Nacional de Salud mediante las circulares únicas 049 y 056, y del Observatorio Nacional de la Gestión de VIH/ SIDA, según lo reportado al MSPS de los años 2009 a 2011. La población que se utiliza es la compensada equivalente mayor a 15 años.

Para los indicadores de calidad, se consolidan los datos por indicador y EPS, se toma el numerador reportado y se divide por el denominador.

La información del Observatorio Nacional de VIH se consolida y se calculan los indicadores para los años 2009 a 2011. ▣

Capítulo

2

Información poblacional

Jorge Duarte Rueda

En este capítulo se analiza la distribución poblacional de Colombia por género y grupo etario en relación con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). También se presenta la distribución poblacional por género y grupo etario de las EPS afiliadas a Acemi en el año 2011 (anexo 1).

La importancia de examinar el número y distribución de los individuos que componen una población y sus grupos etarios radica en el papel que esta información juega para calcular indicadores demográficos, determinar la frecuencia e intensidad de los servicios prestados, establecer los principales diagnósticos por los cuales consultan los usuarios de cada segmento poblacional, evaluar el comportamiento de los ámbitos de servicio (atención ambulatoria, urgencias, hospitalario y domiciliario), establecer el cubrimiento de las actividades de detección temprana y protección específica y, adicionalmente, evaluar los indicadores de resultados en salud y calidad de los servicios prestados.

2.1 Población año 2011

Según proyecciones del DANE, en el año 2011 Colombia contaba con 46.044.601 habitantes, de los cuales el 92% (42.425.437) se encontraba cubierto por el Sistema de Salud, 2% más con respecto al año anterior. Del total de la población colombiana, el 1% pertenecía al Régimen de Excepción, el 43% al Régimen Contributivo y el 48% al Régimen Subsidiado, lográndose respecto del año anterior una disminución de 2% en la población no cubierta. Es notorio que la afiliación al Régimen Contributivo aumentó un 2% con respecto al año 2010 y que la población del Régimen Subsidiado no aumentó entre estos dos años, persistiendo una mayor proporción de colombianos vinculados al Sistema a través de este último y un leve incremento de afiliados al Régimen Contributivo.

La población de las EPS agremiadas en Acemi, para el año 2011, concentró el 62% de la población colombiana afiliada al Régimen Contributivo, el 29% de la población colombiana cubierta por el SGSSS y el 27% del total de la población nacional (tabla 3).

Tabla 3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Régimen de afiliación	N.º Personas nacional		% Población afiliada nacional °		N.º Personas afiliadas a EPS asociadas a Acemi *		% Población afiliada a EPS asociadas a Acemi	
	2010∫	2011∫	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Contributivo	18.726.444	19.759.003	41	43	11.859.024	12.336.784	63	62
Subsidiado	21.665.210	22.295.165	48	48				
Excepción	366.955	371.269	1	1				
Población cubierta	40.758.609	42.425.437	90	92	11.859.024	12.336.784	29	29
Población no cubierta	4.750.975	3.619.164	10	8				
Población nacional	45.509.584	46.044.601	100	100				

Fuentes:

* Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM). Reporte de las EPS asociadas a Acemi. Corte diciembre 2010 y 2011. Cálculos Acemi.

° Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Reporte de las EPS asociadas a Acemi. Corte IV trimestre 2010 y 2011. Cálculos Acemi.

∫ DANE: *Proyecciones de población 2005-2020.* (Disponible en: www.dane.gov.co).

Nota: se realizó aproximación de decimales en los datos porcentuales.

2.2 Distribución por género y edad

Del total de la población colombiana en el año 2011, el 51% eran mujeres y, de estas, el 52% se encontraba en edad fértil (entre los 15 y los 49 años de edad). El 9% de la población colombiana era menor de 5 años, el 19% se encontraba entre los 5 y los 14 años, 10% eran adolescentes entre los 15 y los 19 años, el 9% estaba entre los 60 y los 79 años y el 1% era mayor de 80 años (tabla 4).

La población afiliada de las EPS de Acemi presentó una distribución similar: del total de sus afiliados el 52% eran mujeres y de estas el 58% (30% del total de afiliados) estaba en el rango de edad fértil, el 7% de la población era menor de 5 años, 17% se encontraba entre los 5 y los 14 años, los adolescentes entre 15 y 19 años representaban el 8% del total, el 7% estaba entre los 60 y los 79 años y el 1% era mayor de 80 años (tabla 4).

La pirámide poblacional (figura 1) contiene la información de la población nacional, del Régimen Subsidiado, del Régimen Contributivo y de Acemi. Para las 4 poblaciones es notorio un adelgazamiento en los menores de 5 años y en el quinquenio de 5 a 9 años, lo cual puede ser explicado en parte por el mayor acceso a programas de formación académica posteriores al bachillerato, el aumento de los programas de educación en planificación familiar y los servicios prestados dentro del plan de beneficios.

Tabla 4. Estructura poblacional

Tipo de población	Nacional (A) ~				EPS Régimen Contributivo afiliadas a Acemi (B) *		B/A	EPS Régimen Contributivo afiliadas a Acemi (C) *		C/A
	2010		2011		2010			2011		
	Número	%	Número	%	Número	%	%	Número	%	%
Total	45.509.584	100	46.044.601	100	11.859.024	100	26	12.336.784	100	27
Femenina	23.042.924	51	23.313.302	51	6.200.202	52	27	6.441.474	52	28
Masculina	22.466.660	49	22.731.299	49	5.658.822	48	25	5.895.310	48	26
Menor de 5 años	4.279.721	9	4.284.237	9	913.737	8	21	906.640	7	21
5 a 14 años	8.732.871	19	8.679.535	19	2.057.440	17	24	2.087.530	17	24
Adolescente entre 15 y 19 años	4.392.416	10	4.403.814	10	931.333	8	21	984.721	8	22
Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años	12.109.332	27	12.227.598	27	3.571.626	30	29	3.710.930	30	30
Entre 60 y 79 años	3.879.018	9	4.016.139	9	882.434	7	23	947.517	8	24
80 y más años	593.662	1	612.255	1	127.605	1	21	141.396	1	23

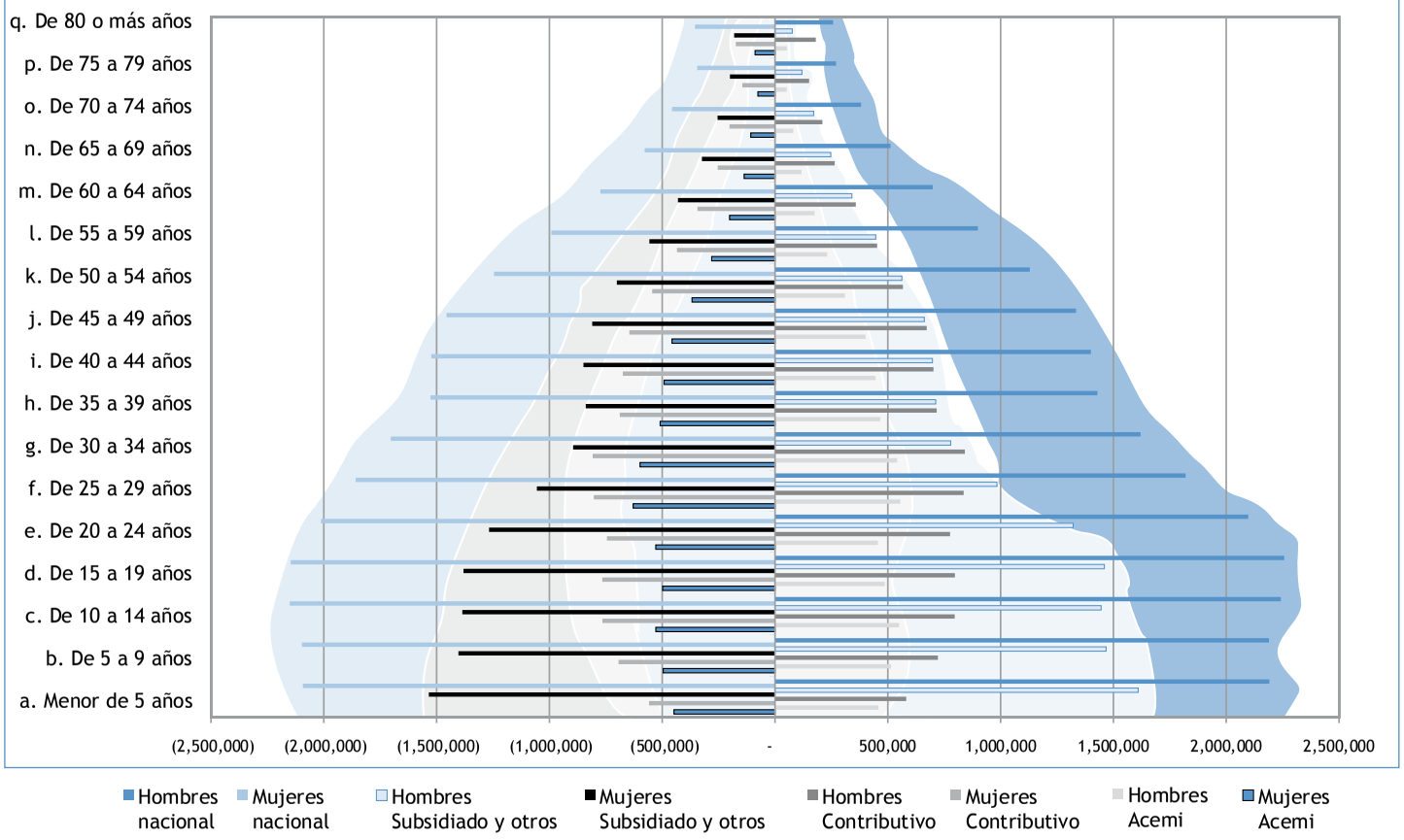
Fuentes:

~ DANE: *Proyecciones de población 2005-2020.* (Disponible en: www.dane.gov.co).

* Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM), solo se toma la información de las EPS asociadas a Acemi. Corte diciembre 2010 y 2011. Cálculos Acemi.

Nota: se realizó aproximación de decimales en los datos porcentuales.

Figura 1. Pirámide poblacional nacional, afiliados al Régimen Subsidiado y afiliados al Régimen Contributivo (BDUA), 2011.



Fuentes:
Nacional: DANE: *Proyecciones de población 2005-2020.* (Disponible en: www.dane.gov.co).
Regímenes Subsidiado, de Excepción y vinculados: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte IV trimestre 2010 y 2011. Cálculos Acemi.
Contributivo: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Corte IV trimestre 2010 y 2011. Cálculos Acemi.
Acemi: datos proyectados a 2011 con base en el crecimiento anual del Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM). Solo se toma la información de las EPS asociadas a Acemi, corte diciembre 2011.

Para el caso de la población afiliada al Régimen Contributivo —y de la población de las EPS en general— se observa disminución porcentual de la población entre 15 y 24 años, lo cual puede ser un reflejo de la estructura de la "familia de la seguridad social": los mayores de 18 años que no estén estudiando no pueden ser beneficiarios, y este grupo coincide con la edad en la que los hombres prestan el año de servicio militar. Para estas dos poblaciones también existe un porcentaje mayor de población adulta entre 25 y 54 años, con una forma menos piramidal en la figura, lo cual puede explicarse por la mayor concentración de población económicamente activa.

En las cuatro poblaciones analizadas se presentó un ensanchamiento de la pirámide en los quinquenios por encima de los 64 años de edad, lo cual corresponde al fenómeno de inversión de las pirámides por aumento de la población de mayor edad y por el aumento en la expectativa de vida al nacer, que en Colombia es de 74 años según estimaciones del DANE. Es importante resaltar que la población del Régimen Contributivo y de las EPS de Acemi presentó una disminución en la proporción de personas de más de 55 años, que podría explicarse porque no todas las personas de estos grupos de edades estuvieron aportando a pensión y, por lo tanto, no están afiliadas al Régimen Contributivo.

También es importante señalar la dinámica poblacional del país y de las EPS de Acemi (tabla 5). Al realizar el cálculo de las tasas general de fecundidad y bruta de natalidad, se aprecia una disminución de estos indicadores con respecto a los años anteriores, lo cual explica los cambios de la pirámide poblacional y refleja el impacto de las estrategias dirigidas a la planificación familiar.

Tabla 5. Dinámica poblacional

Dinámica poblacional	Nacional ~	EPS asociadas a Acemi 2011*
Tasa general de fecundidad	53,6	37,3
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes)	14,2	11,2

Fuente:
~DANE: Proyección período 2005 - 2020. www.dane.gov.co.
* Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM), solo se toma la información de las EPS asociadas a Acemi. Corte diciembre 2011. Cálculos Acemi.

Los fenómenos expuestos en el comportamiento poblacional pueden impactar en la transición en salud, la cual se define como el cambio en los patrones de enfermar y morir de una población y también puede ser modificada por cambios en los estilos de vida, el ambiente laboral, las condiciones sociales, entre otros. Cuando un país está constituido por una alta proporción de población vieja, con tasas de natalidad bajas, expectativa de vida al nacer alta y las enfermedades crónicas no transmisibles son de alta prevalencia, se considera en una fase avanzada de la transición en salud, como se menciona en el estudio de Rodríguez (2010).

A medida que se presentan los cambios expuestos, puede ocurrir el fenómeno de "morbilidad extendida", donde al reducirse la mortalidad y aumentar la esperanza de vida se incrementa la morbilidad y la discapacidad en la población de adultos mayores. Por ende, siempre los sistemas de salud deben buscar la "compresión de la morbilidad", con el objetivo de que la población mayor de 65 años cumpla su ciclo de vida en relativa buena salud y con el menor impacto de carga en la sociedad y en los servicios prestados.

Colombia no es ajeno al fenómeno de la transición epidemiológica y presenta un cambio en el comportamiento de la carga de enfermedad, tal como lo muestra el estudio antes citado, donde se concluye que el país presenta una tendencia, como otros países de América Latina, de disminución de la mortalidad e incremento de la esperanza de vida al nacer, con la transición gradual desde las enfermedades infecciosas hacia las crónicas en la carga global, con el aumento de la morbilidad en los pacientes de mayor edad. Dados estos cambios, la población del país ha venido envejeciendo al aumentar los grupos poblacionales de 65 o más años de edad, triplicándose de 2.2% en 1964 a 6.8% en el 2011, con importantes implicaciones para la planificación y la organización de los servicios médicos.▣

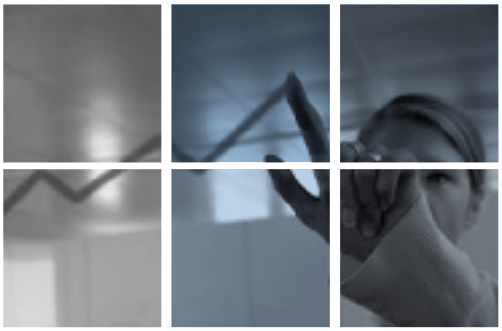
Capítulo

3

Servicios y diagnósticos*

Andrés Mauricio Álvarez P.

* Servicios prestados por las EPS del Régimen Contributivo asociadas a Acemi.



Con frecuencia los medios de comunicación informan sobre las largas filas en los servicios ambulatorios y la congestión de urgencias, lo cual puede ser causado por un aumento en la frecuencia de uso, por una organización insuficiente de los servicios o por limitación en la oferta de estos. Corresponde examinar aquí el peso de la frecuencia de uso.

El aumento considerable de la demanda en servicios de salud en los últimos años hace necesario que se cuantifiquen y analicen sus resultados, su frecuencia y su intensidad de uso, para realizar una adecuada planeación de la atención.

Identificar claramente la morbilidad en los diferentes ámbitos de atención permite enfocar los esfuerzos de prevención, control y tratamiento de ciertas patologías, al igual que orientar los espacios de capacitación y educación continua del recurso humano. Además, identificar el comportamiento, las tendencias e incidencias de las patologías permite una adecuada planeación de servicios en ciertos periodos y promueve la implementación de estrategias en un marco de control del riesgo en salud, con el fin de neutralizar, mitigar y reducir el impacto que pueden sufrir la sociedad y el individuo cuando se enfrentan a diversas condiciones que pueden afectar su bienestar, como son la enfermedad, la vejez, la invalidez y el desempleo.

La frecuencia de uso se refiere a las atenciones promedio por cada afiliado en un período (equivalente a un año consecutivo de afiliación). Se calcula dividiendo el número total de atenciones a la población afiliada entre la población compensada durante un año (personas tiempo exposición).

La intensidad de uso nos indica el número promedio de servicios recibidos por cada persona atendida. Su cálculo se realiza dividiendo el

número total de actividades realizadas entre el número de personas atendidas en un periodo.

En las siguientes tablas se presentan el total de servicios prestados por las EPS afiliadas a Acemi entre los años 2008 y 2011, sus comportamientos, tendencias, frecuencias e intensidades de uso, para cada uno de los ámbitos de la prestación: ambulatorio, urgencias, hospitalario, alto costo y atención domiciliaria. Igualmente se registran los primeros 25 grupos de diagnósticos CIE-10 por servicio, edad y género anotados por los médicos en la historia clínica. Los datos se presentan en proporción del total de los diagnósticos registrados y no por número de personas que consultaron. Lamentablemente, el registro y la clasificación inadecuados del diagnóstico final en algunas historias clínicas agrupan un importante porcentaje de diagnósticos inespecíficos que limitan la adecuada identificación de morbilidad.

Durante el año 2011 las EPS agremiadas en Acemi prestaron cerca de 136 millones de servicios de salud (excluye servicios No POS), para una población de 12.336.784 personas, presentando un incremento de 16 millones de servicios con respecto al año anterior. Si se tiene en cuenta la frecuencia de uso global (11 servicios por persona) y la población nacional del Régimen Contributivo (19.759.003 personas), podríamos proyectar para el 2011 un total de 218 millones de actividades en el Régimen Contributivo.

Según el estudio *Estimación valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para la unificación de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado para diferentes grupos de población* realizado por la CRES en el 2011, la relación de la frecuencia de uso entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo puede llegar a ser del 68%. Según lo anterior, para la población nacional del Régimen Subsidiado del año 2011 (22.295.165 personas) se puede proyectar un valor cercano a 148 millones de servicios, y un total de 366 millones de actividades para toda la población afiliada a los regímenes Contributivo y Subsidiado.

Del total de servicios prestados en el año 2011 por las EPS de Acemi, 41 millones son actividades de detección temprana y protección específica, lo que corresponde al 30% del total de actividades realizadas por las EPS (ver capítulo 4).

Tabla 6 Número de servicios prestados por las EPS asociadas a ACEMI del régimen contributivo

Servicio	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
Laboratorio clínico	21.485.378	15,9%	24.930.680	16,2%	25.131.659	20,9%	28.417.307	20,9%
Atención farmaceutica ambulatoria	25.707.328	19,1%	34.285.138	22,3%	22.299.248	18,5%	24.202.519	17,8%
Consulta medicina general	29.153.228	21,6%	27.434.431	17,8%	19.472.694	16,2%	23.614.767	17,4%
Consulta medicina especializada	12.821.914	9,5%	14.120.769	9,2%	11.775.319	9,8%	11.849.930	8,7%
Procedimientos e imágenes diagnósticas	10.396.298	7,7%	12.847.440	8,3%	10.065.717	8,4%	11.036.875	8,1%
Servicios odontológicos	10.706.400	7,9%	10.182.219	6,6%	8.003.324	6,7%	10.648.867	7,8%
Otras actividades PYP	6.192.196	4,6%	9.391.782	6,1%	8.039.910	6,7%	10.219.849	7,5%
Urgencias	10.174.135	7,5%	10.578.233	6,9%	7.219.416	6,0%	6.817.378	5,0%
Actividades paramedicas	4.725.798	3,5%	5.732.703	3,7%	4.534.765	3,8%	5.263.158	3,9%
Hospitalario	2.463.035	1,8%	3.235.442	2,1%	1.918.503	1,6%	2.247.869	1,7%
Domiciliario	386.968	0,3%	600.591	0,4%	1.352.104	1,1%	973.736	0,7%
Alto Costo	253.090	0,2%	259.442	0,2%	221.517	0,2%	271.553	0,2%
Otros Ambulatorios	95.880	0,1%	193.070	0,1%	139.695	0,1%	154.138	0,1%
Partos y cesáreas	217.080	0,2%	285.038	0,2%	152.073	0,1%	152.325	0,1%
Total	**134.778.727**		**154.076.977**		**120.325.944**		**135.870.271**	
Población ACEMI	**13.594.131**		**14.471.240**		**10.795.847**		**12.336.784**	

Fuente: Información reportada por EPS al MPS en los años 2008 a 2010. Cálculos Acemi.

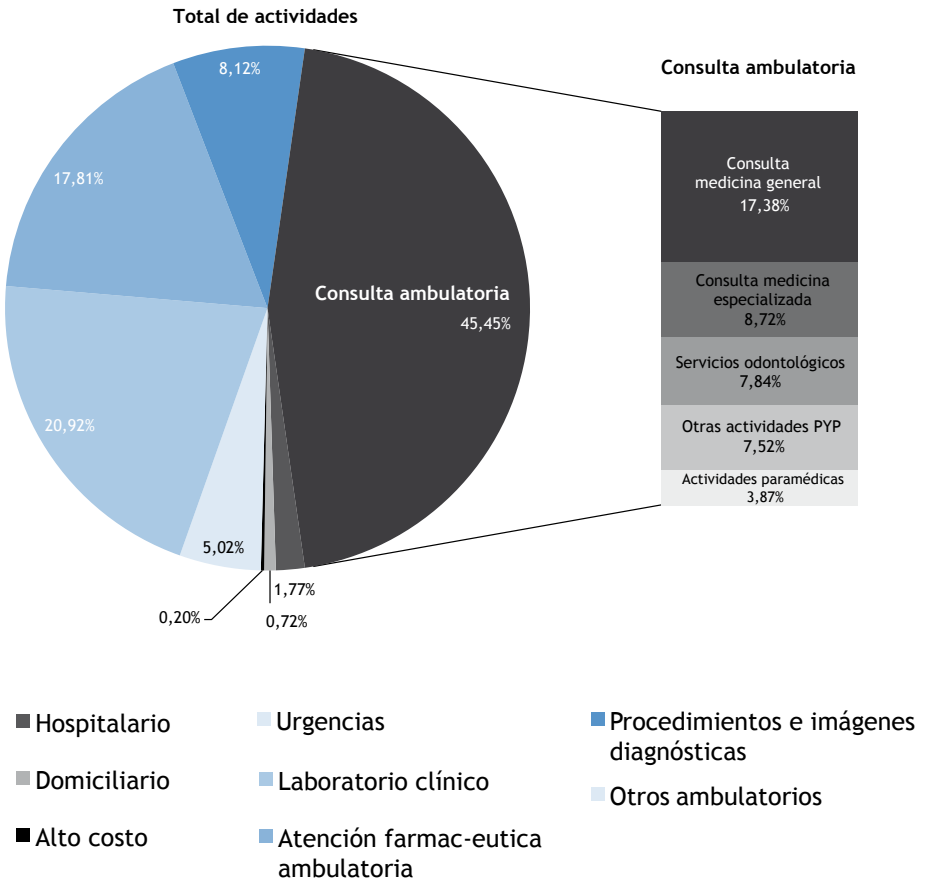
Población RC proyectada al 100% Acemi.

Se cambió la forma de agrupación de los servicios con el fin de obtener mayor homogeneidad entre los diferentes años analizados y por esta razón no coinciden con los resultados presentados anteriormente.

Del total de actividades realizadas en el año 2011, el 45% corresponde a actividades de consulta ambulatoria (consulta médica general, consulta médica especializada, consulta paramédica, servicios odontológicos, otras actividades ambulatorias y otras actividades de promoción y prevención).

Los servicios de consulta médica especializada y odontología general tienen una participación de 9% y 8% respectivamente, mientras que la consulta de medicina general duplica esta participación con un 17%, convirtiéndose en la consulta electiva de mayor demanda.

Figura 2. Distribución de servicios prestados por las EPS en el año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

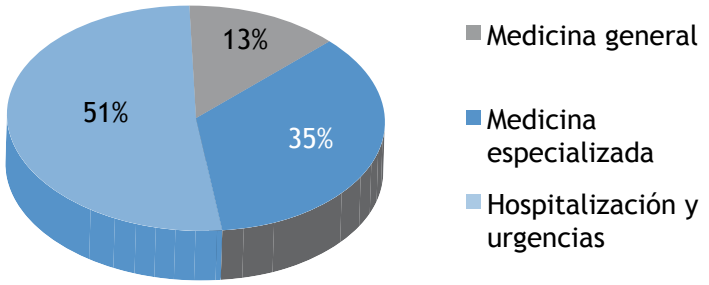
El servicio de laboratorio clínico cubre el 21% del total de los servicios prestados por las EPS en el año 2011. Se evidencia una tendencia a aumentar el uso del laboratorio clínico a través de los años, pues entre 2008 y 2011 ha aumentado su demanda en 7 millones de actividades, lo cual puede corresponder a grandes esfuerzos en el diagnóstico oportuno de patologías de interés o por la no estandarización de guías de manejo.

24 millones de servicios corresponden a actividades farmacéuticas ambulatorias, representando el 18% del total de actividades realizadas en el año 2011. Estas actividades hacen referencia a entrega ambulatoria de fórmulas médicas.

Los servicios de urgencias y hospitalización, en el año 2011, representan el 5% y el 2% respectivamente de todos los servicios prestados; sin embargo, es importante resaltar que cada evento de hospitalización o de urgencias agrupa una cantidad enorme de actividades asociadas a la atención.

Los servicios de atención domiciliaria y alto costo mantienen su porcentaje de participación en el total de servicios con un 0,7% y 0,2% respectivamente.

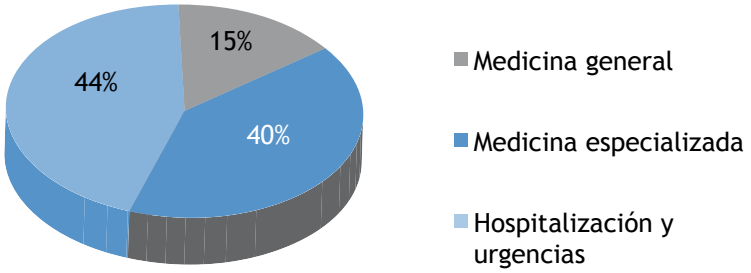
Figura 3. Origen de órdenes de laboratorio clínico, año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

Los médicos especialistas generan una mayor cantidad de órdenes de laboratorio clínico, procedimientos e imágenes diagnósticas en comparación con los médicos generales, mientras que estos últimos demandan en mayor cantidad servicios de rehabilitación (terapias). Teniendo en cuenta que la cantidad y la complejidad de los exámenes de laboratorio, procedimientos e imágenes diagnósticas ordenados por especialistas es mayor, se puede concluir que gran parte del costo médico es derivado de la consulta médica especializada.

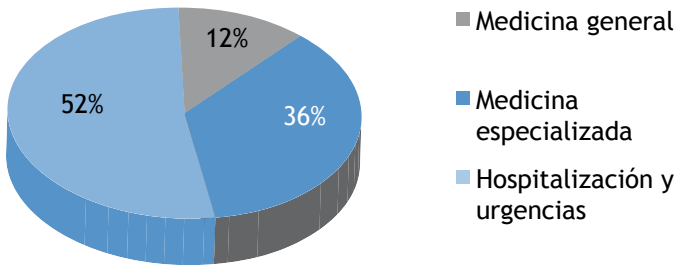
Figura 4. Origen de órdenes de imágenes diagnósticas, año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

En el año 2011 se ordenaron un poco más de 5 millones de imágenes diagnósticas. De ellas, el 40% fue ordenado por médicos especialistas, el 15% por médicos generales y el 44% restante, al egresar de los servicios de urgencias y hospitalización.

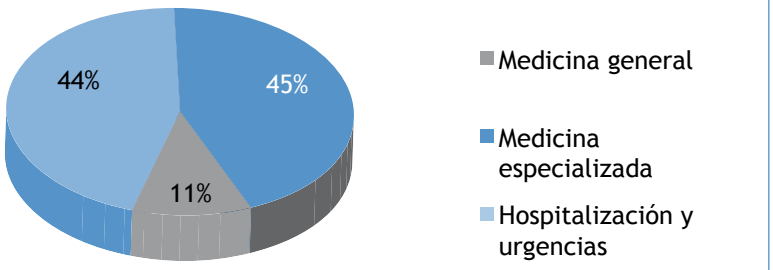
Figura 5. Origen de órdenes de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

Del total de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados en el año 2011, el 52% se derivó al egresar de servicios de urgencias y hospitalización, el porcentaje restante fue ordenado por médicos especialistas (36%) y médicos generales (12%).

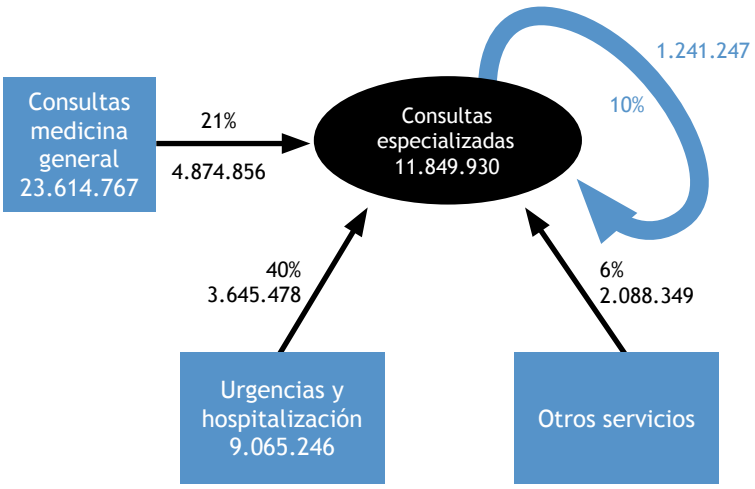
Figura 6. Origen de órdenes de terapia, año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

Los servicios de rehabilitación (terapia física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria) son derivados en un 45% por medicina general, mientras que la derivación a estos servicios desde medicina especializada corresponde al 11%. Los servicios de hospitalización y urgencias ordenan el 44% de terapias al egreso del paciente.

Figura 7. Diagrama de remisión a consulta médica especializada ambulatoria, año 2011

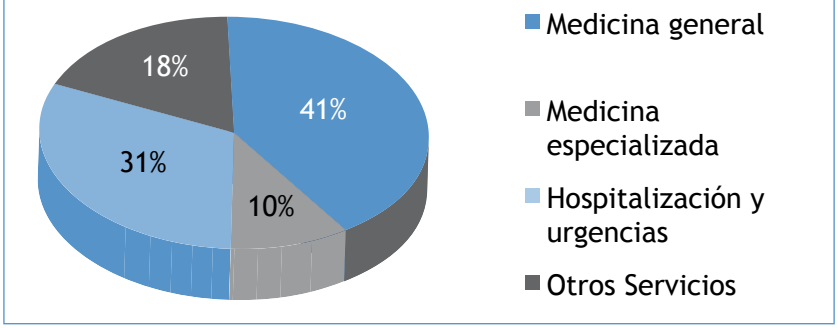


Fuente: Elaboración de los autores.

En el año 2011 se realizaron 11.849.930 consultas de medicina especializada. El 10% de estas consultas (1.241.247) fueron auto demandadas, mientras que el 31% (3.645.478 consultas) corresponden a órdenes de control médico solicitadas al egreso de los servicios de urgencias y hospitalización (figura 8).

Del total de consultas de medicina general realizadas en el año 2011 (23.614.767), solo el 21% dio origen a remisión a consulta especializada (4.874.856), y estas remisiones corresponden al 41% del total de la consulta especializada.

Figura 8. Origen de órdenes de consulta especializada, año 2011



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

La mayor concentración de servicios del país se encuentra en Bogotá y en el departamento de Antioquia, con 45 y 27 millones de servicios respectivamente, seguidos de los departamentos del Valle (18 millones) y Atlántico (8 millones).

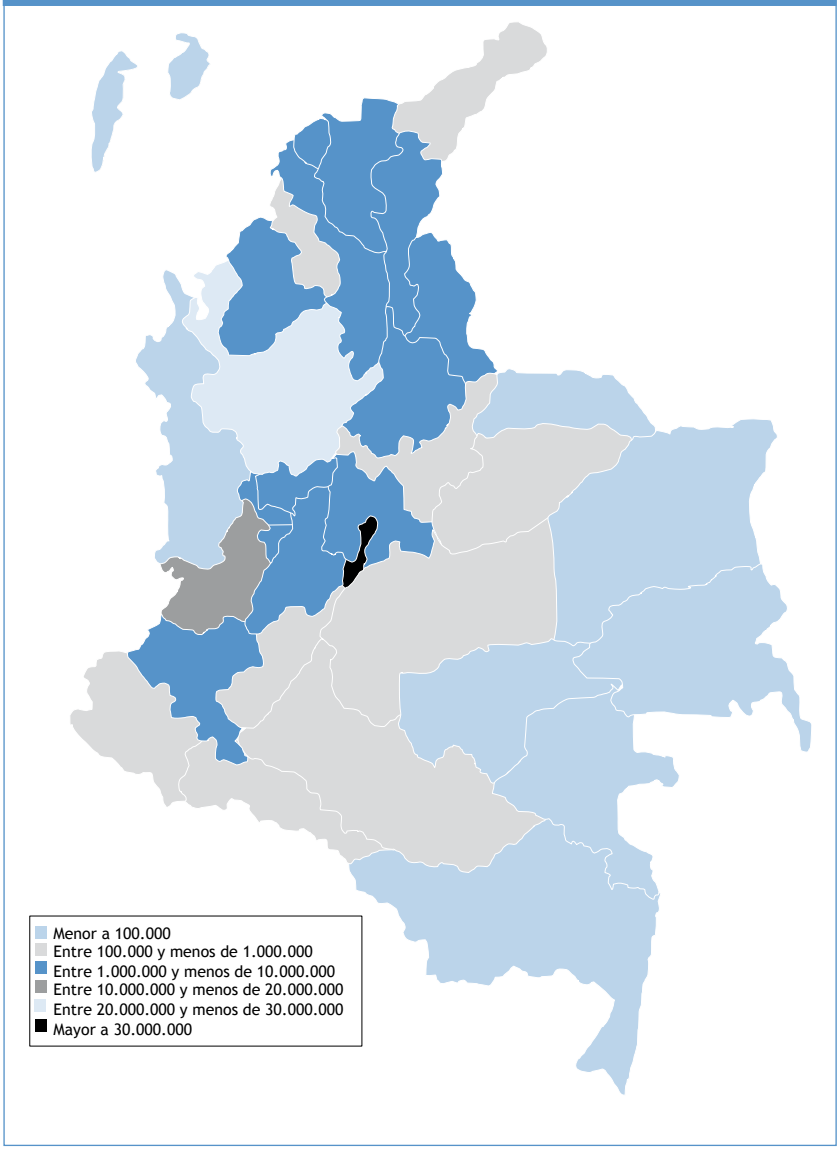
Existe una tendencia nacional a prestar la mayoría de los servicios en el ámbito ambulatorio, concentrando sus actividades en atención farmacéutica ambulatoria y laboratorio clínico; sin embargo, se evidencia que departamentos como Guainía, Amazonas y Caquetá tienen una participación importante de servicios de urgencias del total de sus actividades, que corresponde a 33%, 11% y 11% respectivamente.

Tabla 7. Número de servicios prestados por las EPS asociadas a Acemi del Régimen Contributivo por departamento y ámbito. Año 2011

Departamento	Urgencias	%	Hospitalario	%	Alto costo	%	Ambulatorio				%	Domiciliario	%	Total
							Atención farmacéutica ambulatoria	Consulta externa	Otros servicios ambulatorios	Total				
Bogotá	2.398.329	5,38	830.889	1,87	86.005	0,19	7.931.980	17.705.561	15.172.068	40.809.609	91,61	420.577	0,94	44.545.409
Antioquia	730.318	2,74	362.842	1,36	52.952	0,20	5.245.422	8.780.096	11.371.045	25.396.563	95,23	125.204	0,47	26.667.879
Valle	860.571	4,82	394.703	2,21	40.547	0,23	3.158.679	6.581.634	6.640.166	16.380.479	91,69	189.604	1,06	17.865.904
Atlántico	450.755	5,80	107.462	1,38	11.657	0,15	1.541.591	2.784.776	2.821.693	7.148.060	91,92	58.076	0,75	7.776.010
Cundinamarca	423.183	7,10	104.374	1,75	10.992	0,18	1.077.789	2.355.196	1.966.503	5.399.488	90,59	22.117	0,37	5.960.154
Santander	271.427	5,00	74.675	1,38	11.260	0,21	718.045	2.401.377	1.904.311	5.023.733	92,53	48.466	0,89	5.429.561
Bolívar	279.096	6,23	60.063	1,34	7.591	0,17	873.593	1.598.595	1.643.605	4.115.793	91,87	17.712	0,40	4.480.255
Risaralda	190.170	5,40	75.095	2,13	6.555	0,19	545.044	1.451.477	1.245.204	3.241.725	92,00	10.046	0,29	3.523.591
Caldas	148.353	5,56	58.241	2,18	7.977	0,30	509.120	1.069.915	866.235	2.445.270	91,70	6.815	0,26	2.666.656
Tolima	194.446	7,57	42.381	1,65	5.315	0,21	518.418	993.140	804.532	2.316.090	90,15	11.017	0,43	2.569.249

Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a ACEMI al MSPS.

Figura 9. Mapa de servicios del Régimen Contributivo, año 2011



Fuente: Elaboración de los autores.

Los departamentos de Vichada, Guainía y Vaupés tienen la menor concentración de servicios del país en el año 2011, con 81, 57 y 24 actividades respectivamente (ver anexo 3).

3.1 Atención ambulatoria

La atención ambulatoria y la atención de urgencias son sin duda las puertas de entrada principales a los servicios de salud y están relacionadas entre sí, pues los problemas de falta de oportunidad o de calidad en la atención ambulatoria pueden llegar a afectar directamente los servicios de urgencias, produciendo congestión en estos.

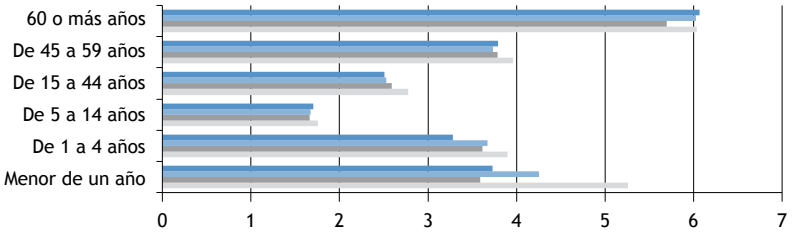
Es indispensable que la atención ambulatoria sea oportuna, efectiva y de calidad, para que el usuario encuentre en ella la posibilidad de diagnóstico y tratamiento y que, en caso de que sea necesario, se remita en su momento al especialista con el fin de que este indique, continúe y supervise el tratamiento correcto del paciente, con lo cual la salud del usuario pueda mantenerse estable el mayor tiempo posible o se minimicen sus complicaciones, de forma que la consulta de urgencias se demande únicamente cuando sea necesaria.

La atención ambulatoria es pues la principal puerta de entrada a los servicios.

3.1.1. Frecuencia e intensidad de uso de la consulta médica ambulatoria

Desde el año 2009 hasta el año 2011, el promedio de consulta médica ambulatoria (general y especializada) se ha mantenido constante en 3 consultas/año por afiliado. La población de 60 o más años presenta mayor frecuencia de uso (6,1 consultas/año), seguida de la población de 45 a 59 años (3,8 consultas/año) y de la de menores de un año (3,7 consultas/año), esto debido a mayores necesidades y a que la gran mayoría de individuos de estos grupos poblacionales pertenecen a programas de rehabilitación, promoción y prevención. Lo contrario sucede con el grupo etario de 5 a 14 años, quienes se mantienen con la menor frecuencia de uso, que para el año 2011 corresponde a 1,7 consultas/año.

Figura 10. Frecuencia de uso anual consulta médica ambulatoria (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2011	3,7	3,3	1,7	2,5	3,8	6,1
2010	4,3	3,7	1,7	2,5	3,7	6,0
2009	3,6	3,6	1,7	2,6	3,8	5,7
2008	5,3	3,9	1,8	2,8	4,0	6,0

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Las mujeres tienen una frecuencia de consulta médica ambulatoria al año 1,3 veces mayor que la de los hombres, siendo esta diferencia más relevante en el grupo de mujeres en edad fértil (15 a 44 años) y mujeres entre 45 a 59 años.

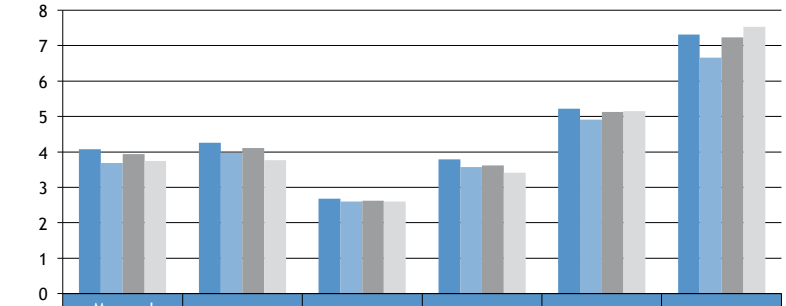
Tabla 8. Frecuencia de uso de la consulta médica ambulatoria por edad y por sexo. EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo 2008-2011

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	5,2	5,3	5,3	3,5	3,7	3,6	4,1	4,4	4,3	3,6	3,9	3,7
1 a 4 años	3,8	4,0	3,9	3,6	3,7	3,6	3,6	3,7	3,7	3,2	3,3	3,3
5 a 14 años	1,8	1,7	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7
15 a 44 años	3,8	1,7	2,8	3,5	1,6	2,6	3,3	1,6	2,5	3,3	1,7	2,5
45 a 59 años	5,0	2,8	4,0	4,7	2,7	3,8	4,6	2,7	3,7	4,7	2,8	3,8
60 o más años	6,7	5,2	6,0	6,3	5,0	5,7	6,6	5,3	6,0	6,6	5,3	6,1
Total	**3,9**	**2,3**	**3,1**	**3,6**	**2,2**	**3,0**	**3,6**	**2,3**	**3,0**	**3,6**	**2,3**	**3,0**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Se observa también que la población infantil ha disminuido la frecuencia de uso de la consulta médica ambulatoria desde el año 2008, pasando de un promedio de 6 a 4 consultas/año los menores de un año y de 4 a 3 consultas/año los niños entre 1 y 4 años de edad.

Figura 11. Intensidad de uso anual consulta médica ambulatoria (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2008	4,1	4,3	2,7	3,8	5,2	7,3
2009	3,7	4,0	2,6	3,6	4,9	6,7
2010	3,9	4,1	2,6	3,6	5,1	7,2
2011	3,7	3,8	2,6	3,4	5,2	7,5

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Los adultos mayores de 45 años que asistieron a consulta ambulatoria en el 2011 utilizaron este servicio 6,3 veces/año y los mayores de 60 años utilizaron 7,5 veces/año, mientras que la población menor de 4 años lo hizo 3,8 veces/ año.

La persona que utiliza el servicio de consulta ambulatoria lo hace en promedio 4 veces al año. La población mayor de 60 años ha aumentado su intensidad de uso, pasando de 7 consultas/año en el 2008 a 8 consultas/año en el 2011, convirtiéndose en el grupo poblacional de mayor intensidad de uso de la consulta ambulatoria. Si tenemos en cuenta que la población colombiana actualmente tiende a envejecer, y que este grupo de pacientes concentra la mayoría de patologías crónicas y de alto costo, es de esperarse que en los próximos años la frecuencia y la intensidad de uso de consulta médica sigan aumentando y que los costos de prestación sean mayores. Considerando este fenómeno, es importante fortalecer las campañas de promoción de la salud para que la población joven actual tenga una vejez más sana.

La mayor concentración de servicios se encuentra en mujeres a partir de los 45 años, especialmente en mayores de 60 años.

Tabla 9. Intensidad de uso de la consulta médica ambulatoria EPS asociadas a Acemi en el Régimen Contributivo 2008 - 2011

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	4,0	4,2	4,1	3,6	3,7	3,7	3,9	4,0	3,9	3,7	3,8	3,7
1 a 4 años	4,2	4,3	4,3	3,9	4,0	4,0	4,1	4,2	4,1	3,7	3,8	3,8
5 a 14 años	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
15 a 44 años	4,4	2,8	3,8	4,1	2,7	3,6	4,1	2,8	3,6	4,0	2,6	3,4
45 a 59 años	5,9	4,3	5,2	5,5	4,1	4,9	5,7	4,3	5,1	5,8	4,2	5,2
60 o más años	7,8	6,7	7,3	7,0	6,2	6,7	7,6	6,7	7,2	8,0	6,9	7,5
Total	**4,7**	**3,5**	**4,2**	**4,4**	**3,4**	**4,0**	**4,6**	**3,5**	**4,1**	**4,5**	**3,3**	**4,0**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

El uso de los servicios ambulatorios está relacionado directamente con la inclusión de los usuarios a programas especiales de detección temprana, rehabilitación, seguimiento y control. Por tal motivo, los ancianos y las mujeres presentan mayor frecuencia e intensidad en el uso de servicios pertenecientes a este ámbito.

3.1.2 Diagnósticos de los servicios ambulatorios

La adherencia de la población pediátrica al autocuidado y a los programas de detección temprana registra un aumento progresivo al transcurrir los años, pues se evidencia un aumento de consultas médicas y odontológicas de rutina que, para el año 2011, representó un 31,8% del total de consultas ambulatorias pediátricas (suma renglones 1, 2, 5, 6 y 20 de la tabla 10).

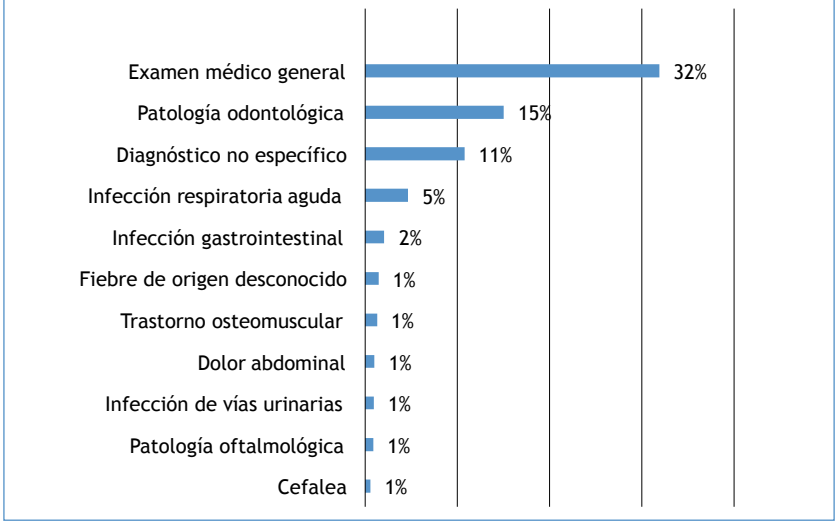
Tabla 10. Principales grupos diagósticos en el ámbito ambulatorio para población pediatrica (0-14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	3,8	3,5	3,6	4,8	4,4	4,6	6,1	5,6	5,9	10,3	9,7	10,0
2	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	10,2	10,1	10,1	10,9	10,7	10,8	10,5	10,3	10,4	9,6	9,4	9,5
3	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	4,3	4,3	4,3	6,1	6,0	6,1	7,2	7,1	7,2	9,5	9,5	9,5
4	Caries dental	5,2	5,6	5,4	5,5	5,8	5,6	5,3	5,7	5,5	7,3	7,8	7,5
5	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	17,4	16,2	16,8	9,0	8,4	8,7	8,1	8,1	8,1	6,3	6,2	6,2
6	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	5,5	5,6	5,6	7,5	7,6	7,5	5,6	5,7	5,6	5,3	5,3	5,3
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	2,8	2,8	2,8	3,3	3,3	3,3	3,0	2,9	2,9	3,8	3,8	3,8
8	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2,9	3,0	3,0	3,0	3,1	3,0	2,8	2,8	2,8	2,1	2,1	2,1
9	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	0,8	0,8	0,8	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
10	Fiebre de origen desconocido	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4
11	Otros síntomas y signos generales	1,7	1,7	1,7	1,2	1,2	1,2	1,5	1,5	1,5	1,3	1,3	1,3
12	Enfermedades infecciosas intestinales por virus	1,5	1,7	1,6	1,4	1,6	1,5	1,3	1,5	1,4	1,1	1,2	1,1
13	Rinitis alérgica y vasomotora	1,1	1,4	1,3	1,1	1,5	1,3	1,1	1,5	1,3	1,0	1,2	1,1
14	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	1,5	1,6	1,5	1,1	1,2	1,1	0,8	0,8	0,8	1,0	1,1	1,1
15	Dolor abdominal y pélvico	1,1	0,8	1,0	1,2	0,8	1,0	1,2	0,8	1,0	1,2	0,8	1,0
16	Otros trastornos del sistema urinario	1,5	0,6	1,1	1,6	0,6	1,1	1,6	0,6	1,1	1,4	0,5	0,9
17	Parasitosis intestinales, sin otra especificación	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,0	0,9	0,9
18	Asma	0,9	1,2	1,1	0,9	1,3	1,1	0,9	1,3	1,1	0,8	1,0	0,9
19	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1,6	1,4	1,5	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	0,9	0,8	0,9
20	Otra atención médica	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9	0,8	0,8
21	Deformidades congénitas de la cadera	0,9	0,4	0,6	0,9	0,4	0,7	1,0	0,5	0,7	0,9	0,4	0,7
22	Otros trastornos articulares (m20-m25)	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
23	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6
24	Amigdalitis aguda	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
25	Cefalea	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6
	Otras causas	29,9	31,9	30,9	32,8	34,9	33,9	33,3	35,0	34,2	28,7	30,2	29,5
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

El 11% de los diagnósticos de la consulta pediátrica ambulatoria están agrupados como signos, síntomas o diagnósticos inespecíficos, y el 15% de las principales consultas pediátricas están relacionadas con patologías odontológicas, siendo la primera causa de ellas la caries dental, seguida de gingivitis y enfermedades periodontales con 7,5% y 3,7% respectivamente.

Figura 12. Principales grupos diagnósticos consulta ambulatoria pediátrica (2011)

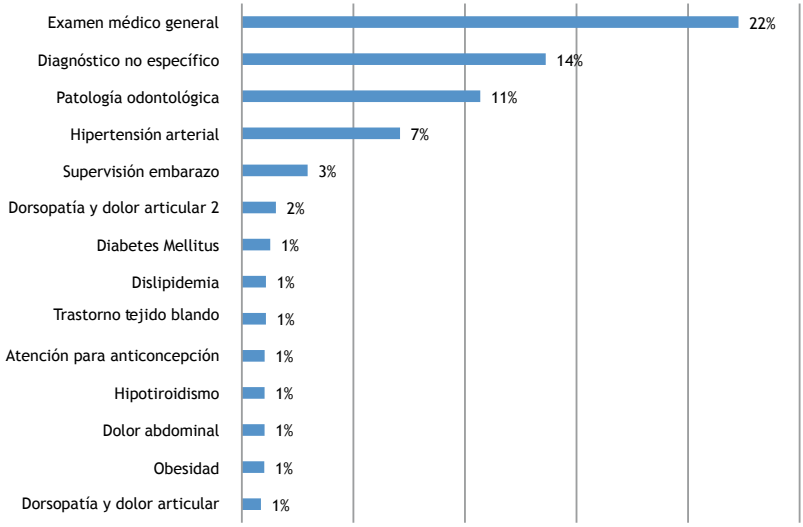


Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

La primera causa de consulta médica pediátrica corresponde a rinofaringitis viral, con un 2,09% del total de consultas ambulatorias, seguida de fiebre de origen desconocido, infecciones intestinales virales y rinitis alérgica, con 1,45%, 1,14% y 1,11% respectivamente. En total, la consulta por infección respiratoria aguda en pediatría corresponde al 4,6% de las consultas en el año 2011.

Las consultas relacionadas por luxación congénita de cadera presentan el 0,65% del total de consultas, con mayor porcentaje en las niñas en comparación con los niños (0,9% y 0,4% respectivamente). Las consultas relacionadas con infecciones respiratorias agudas y con trastornos de vías urinarias han disminuido progresivamente en el ámbito ambulatorio, pero a su vez se han hecho más frecuentes en los servicios de urgencias.

Figura 13. Principales grupos diagnósticos de consulta ambulatoria en adultos (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

Al igual que en la población pediátrica, se evidencia que la cultura de auto cuidado y de consulta para la detección temprana de patologías en la población adulta ha mostrado progreso, pues para el año 2011 el 22% de las principales causas de consulta ambulatoria fueron por control médico y odontológico de rutina, lo que puede estar asociado a las adecuadas campañas y estrategias de promoción, prevención y demanda inducida para la población de riesgo. Las actividades preventivas (incluidas las consultas de rutina) representan el 27% de las consultas en mujeres y el 19% en hombres, las primeras relacionadas principalmente con el embarazo o la planificación femenina.

Tabla 11. Principales grupos diagnósticos en el ámbito ambulatorio para población adulta (mayores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	5,34	5,41	5,36	9,43	9,60	9,48	10,46	10,86	10,59	12,36	12,78	12,50
2	Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	4,86	4,59	4,77	6,29	5,82	6,14	8,02	7,36	7,81	9,53	9,16	9,41
3	Hipertensión esencial (primaria)	6,95	8,42	7,42	7,16	8,83	7,71	7,15	8,89	7,72	6,58	8,09	7,09
4	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	4,31	3,73	4,12	7,08	7,06	7,07	4,85	4,47	4,72	6,00	5,72	5,91
5	Caries dental	3,20	4,78	3,71	3,23	4,76	3,73	2,90	4,16	3,32	4,49	6,17	5,06
6	Gingivitis y enfermedades periodontales	2,01	3,09	2,36	2,28	3,43	2,65	2,04	3,02	2,37	3,13	4,46	3,58
7	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	2,60	2,57	2,59	2,74	2,69	2,72	2,53	2,52	2,52	2,71	2,46	2,63
8	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	14,04	14,39	14,15	3,26	3,08	3,20	2,88	2,47	2,74	2,72	2,43	2,62
9	Otras dorsopatías (m50-m54)	1,62	2,44	1,88	1,68	2,40	1,91	1,55	2,15	1,75	1,36	1,85	1,53
10	Diabetes mellitus no insulinodependiente	0,98	1,73	1,22	0,96	1,70	1,20	1,08	1,90	1,35	1,03	1,76	1,27
11	Supervisión de embarazo de alto riesgo	1,81	0,00	1,23	2,04	0,00	1,37	2,16	0,00	1,45	1,85	0,00	1,23
12	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	0,83	1,25	0,96	0,75	1,05	0,85	0,86	1,28	1,00	1,04	1,47	1,18
13	Otros síntomas y signos generales	1,63	1,76	1,67	1,16	1,28	1,20	1,29	1,39	1,32	0,89	1,56	1,12
14	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	0,91	1,61	1,14	0,96	1,62	1,17	1,01	1,74	1,25	0,89	1,45	1,08
15	Otros trastornos de los tejidos blandos (m70-m79)	1,14	1,37	1,21	1,18	1,36	1,24	1,19	1,32	1,24	1,05	1,13	1,08
16	Atención para la anticoncepción	1,70	0,18	1,21	2,15	0,18	1,50	2,02	0,16	1,40	1,49	0,10	1,02
17	Otros hipotiroidismos	1,06	0,27	0,81	1,13	0,29	0,86	1,27	0,35	0,97	1,33	0,40	1,02
18	Dolor abdominal y pélvico	1,16	0,67	1,00	1,30	0,82	1,14	1,17	0,69	1,01	1,19	0,69	1,02
19	Obesidad	0,71	0,66	0,69	0,81	0,70	0,77	1,18	1,04	1,14	1,06	0,91	1,01
20	Supervisión de embarazo normal	2,64	0,00	1,80	2,29	0,00	1,54	1,99	0,00	1,33	1,49	0,00	0,99
21	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	0,69	1,11	0,82	0,67	1,08	0,81	0,57	0,90	0,68	0,74	1,11	0,87
22	Otros trastornos articulares (m20-m25)	0,92	1,14	0,99	0,98	1,18	1,04	0,94	1,08	0,99	0,83	0,91	0,86
23	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos	0,09	0,12	0,10	0,08	0,10	0,09	0,81	0,81	0,81	0,86	0,85	0,85
24	Otra atención médica	0,28	0,27	0,28	0,14	0,14	0,14	0,17	0,15	0,16	0,90	0,73	0,84
25	Examen y prueba del embarazo	0,90	0,00	0,61	0,95	0,00	0,64	1,14	0,00	0,77	1,10	0,00	0,73
	Otras causas	37,6	38,4	37,9	39,3	40,8	39,8	38,8	41,3	39,6	33,4	33,8	33,5
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

La hipertensión arterial sigue siendo el diagnóstico más frecuente en la consulta médica ambulatoria del adulto, el cual tiene como promedio el 7,4% del global de los diagnósticos en los últimos cuatro años.

Entre los años 2008 y 2011, los diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulinodependientes son más frecuentes en los hombres. En el año 2011, la hipertensión arterial representó el 8,09% de los diagnósticos del ámbito ambulatorio en hombres y 6,58% en mujeres, mientras que la diabetes mellitus no insulinodependiente tuvo 1,76% de los diagnósticos en hombres y 1,03% en mujeres en el ámbito en cuestión.

El 14% (suma renglones 1 y 13 de la tabla 9) de los principales diagnósticos de la población adulta fueron clasificados en la historia clínica como signos y síntomas generales o agrupados como diagnósticos inespecíficos.

Los principales diagnósticos están relacionados con patologías odontológicas (10,69%), siendo caries dental el diagnóstico más frecuente (5,06%), seguido de gingivitis y enfermedades periodontales (3,58%).

Las dorsopatias siguen siendo un motivo frecuente de consulta ambulatoria con el 2% del total de los diagnósticos, lo que puede estar relacionado con hábitos de vida o actividades laborales, lo que ameritaría campañas o estrategias especiales para su prevención; sin embargo, se evidencia una tendencia a disminuir este motivo de consulta ambulatoria entre los años 2008 y 2011 que contrasta con el aumento de consulta a urgencias por este motivo.

El sedentarismo y las fallas en los hábitos de vida saludable permiten que diagnósticos como dislipidemias, hipotiroidismo y obesidad evidencien una tendencia al aumento en la población adulta hasta el año 2011, en donde el 1,08%, el 1,02% y el 1,01% de los principales diagnósticos de consulta ambulatoria corresponden a estos tres diagnósticos respectivamente.

3.2. Atención de urgencias

Actualmente en los servicios de urgencias se observa sobredemanda, porque a ellos se dirige una gran cantidad de personas en busca de una atención ambulatoria, en algunas ocasiones porque su enfermedad lo amerita, en otras por desinformación o mal hábito de uso de la población o por no contar con acceso oportuno a consulta ambulatoria o prioritaria.

Como respuesta al aumento progresivo de consultas de urgencias en los últimos años, las IPS han desarrollado filtros de clasificación previos a la atención para las personas que se admiten en el servicio de urgencias, de esta manera diferencian a los usuarios que requieren una atención urgente de los que no. Revisiones como la realizada por Sánchez López & Bueno Cavanillas (2005) han permitido observar que, al realizar *triage* en las instituciones de salud, entre el 40 y el 49% de consultas de urgencias se deben a problemas de salud que podían resolverse en atención ambulatoria o prioritaria.

El estudio realizado en la Universidad Jorge Tadeo Lozano por Rodríguez y colaboradores (2013) concluye que los motivos que impulsan a un afiliado a utilizar los servicios de urgencias son:

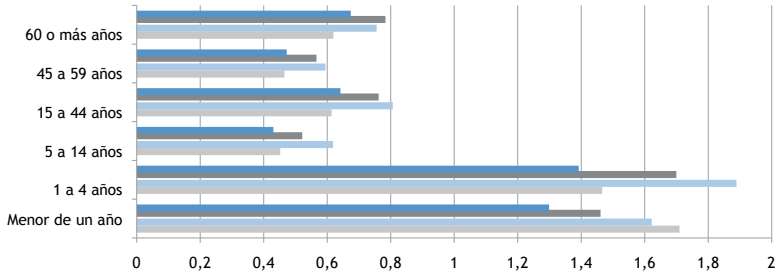
- Buscar solución a síntomas que no se pueden controlar con las prácticas regulares o caseras.
- Obtener una incapacidad para ausentarse de su labor; en algunas ocasiones por síntomas incapacitantes y en otras para obtener tiempo libre para actividades extralaborales.
- Evitar el pago de cuota moderadora de una cita prioritaria o una cita ambulatoria.
- Recibir atención médica en un tiempo menor al ofertado en consulta ambulatoria.
- Encontrar todo en un mismo lugar (atención, exámenes para clínicos, diagnóstico y tratamiento), en una sola visita y a un menor costo (copagos, cuotas moderadoras y transporte), teniendo en cuenta el estilo de vida apresurado de la sociedad.

Existen falencias en la comprensión conceptual del significado de "urgencia" por la sociedad, lo que lleva a la utilización no pertinente del servicio.

3.2.1 Frecuencia e intensidad de uso del servicio de urgencias

La frecuencia de uso de la consulta de urgencias disminuyó levemente en el 2011 con respecto a los años anteriores en todos los grupos poblacionales, llegando a un promedio de 0,6 consultas por usuario afiliado. El grupo poblacional de mayor frecuencia de consulta en urgencias sigue siendo el de 1 a 4 años (1,4), seguido de menores de un año (1,3) y mayores de 60 años (0,7).

Figura 14. Frecuencia de uso anual de la consulta médica de urgencias (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2011	1,3	1,4	0,4	0,6	0,5	0,7
2010	1,5	1,7	0,5	0,8	0,6	0,6
2009	1,6	1,9	0,6	0,8	0,6	0,8
2008	1,7	1,5	0,5	0,6	0,5	0,6

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Los adultos mayores de 45 años utilizan el servicio de consulta ambulatoria con mayor frecuencia que la población infantil y esta, a su vez, utiliza los servicios de consulta de urgencias con mayor frecuencia que la población mayor de 45 años.

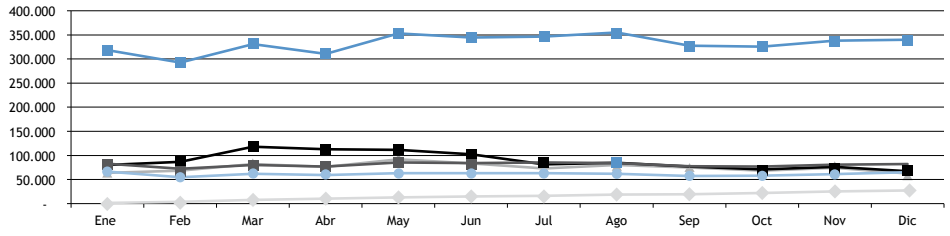
Tabla 12. Frecuencia de uso de la consulta médica de urgencias por edad y sexo. EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	1,6	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,4	1,6	1,5	1,2	1,4	1,3
1 a 4 años	1,4	1,5	1,5	1,8	2,0	1,9	1,6	1,8	1,7	1,3	1,5	1,4
5 a 14 años	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
15 a 44 años	0,7	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,9	0,6	0,8	0,8	0,5	0,6
45 a 59 años	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5
60 o más años	0,7	0,6	0,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7
Total	**0,7**	**0,6**	**0,6**	**0,9**	**0,7**	**0,8**	**0,8**	**0,7**	**0,8**	**0,7**	**0,6**	**0,6**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

En el año 2011 se presentaron cerca de 8 millones de consultas en los servicios de urgencias, siendo mayo el mes en que más consultas de urgencias hubo, con un total de 717.814. Se observa una tendencia de aumento global de consultas de urgencias entre los meses de marzo y agosto; y un aumento considerable de las consultas en los grupos poblacionales de 1 a 4 años y menores de 1 año, entre los meses marzo y junio, relacionado con picos epidemiológicos de infección respiratoria aguda.

Figura 15. Consultas en el servicio de urgencias (2011)

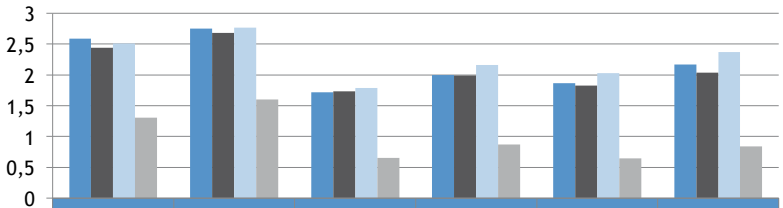


Mes / Grupo Etáreo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
a) Menor de un 1 año	1.422	4.087	7.554	10.052	12.966	14.555	16.113	19.028	19.386	21.991	25.366	27.052	179.572
b) De 1 a 4 años	80.193	86.965	117.869	112.882	111.734	102.392	81.553	84.543	76.893	71.269	76.130	67.198	1.069.621
c) De 5 a 14 años	63.537	68.415	82.095	76.269	92.159	83.476	73.017	80.115	75.047	68.183	73.980	62.396	898.689
d) De 15 a 44 años	318.359	292.566	330.541	310.453	352.990	344.365	346.211	355.018	327.312	325.749	338.014	339.931	3.981.509
e) 45 a 59 años	82.896	72.188	80.032	76.893	85.052	84.097	85.338	84.237	77.446	77.064	80.491	81.959	967.693
f) Mayores de 60 años	66.654	54.513	61.580	59.109	62.913	62.855	63.337	61.825	57.145	57.657	61.161	65.438	734.187
Total	**613.061**	**578.734**	**679.671**	**645.658**	**717.814**	**691.740**	**665.569**	**684.766**	**633.229**	**621.913**	**655.142**	**643.974**	**7.831.271**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MPS.

La mayor parte de los servicios prestados en urgencias se presentan en el grupo poblacional de 15 a 44 años, lo que es directamente proporcional a la cantidad de población afiliada ubicada en este rango de edad; sin embargo, la intensidad de uso es mayor en la población infantil, es decir, que mientras un adulto utiliza el servicio de urgencias 1 vez al año, un niño utiliza este mismo servicio cerca de 2 veces.

Figura 16. Intensidad de uso anual de consulta médica de urgencias (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2008	2,6	2,8	1,7	2,0	1,9	2,0
2009	2,4	2,7	1,7	2,0	1,8	2,0
2010	2,5	2,8	1,8	2,2	2,0	2,4
2011	1,3	1,6	0,7	0,9	0,6	0,8

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Se observa una disminución global de la intensidad de uso del servicio de urgencias en un 50%, es decir, en el 2008 la población que usaba el servicio lo hacía 2 veces al año y en el 2011 lo hizo solo una vez.

Tabla 13. Intensidad de uso de la consulta médica de urgencias. EPS asociadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	2,5	2,7	2,6	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	1,2	1,4	1,3
1 a 4 años	2,7	2,8	2,8	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	1,5	1,7	1,6
5 a 14 años	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	0,6	0,7	0,7
15 a 44 años	2,2	1,8	2,0	2,2	1,8	2,0	2,3	1,9	2,2	0,9	0,8	0,9
45 a 59 años	1,9	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	2,1	2,0	2,0	0,6	0,6	0,6
60 o más años	2,2	2,2	2,2	2,0	2,1	2,0	2,4	2,4	2,4	0,8	0,8	0,8
Total	**2,1**	**1,9**	**2,0**	**2,1**	**1,9**	**2,0**	**2,3**	**2,1**	**2,2**	**0,9**	**0,8**	**0,9**

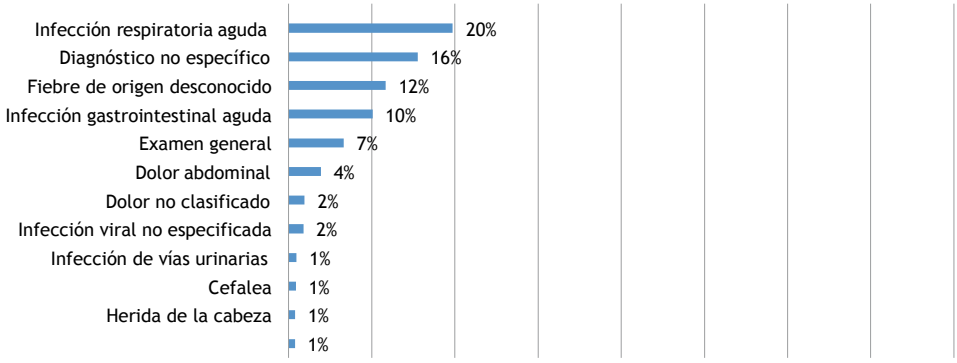
Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

La población menor de 4 años que uso el servicio de urgencias lo hizo 1,5 veces al año, mientras que la población mayor de 45 años que utilizó el servicio de urgencias lo hizo 0,7 veces al año.

3.2.2. Diagnósticos de los servicios de urgencias

Un porcentaje alto de consultas pediátricas en urgencias tienen diagnósticos relacionados con síntomas y signos inespecíficos (16%). Para 2011, la infección respiratoria aguda, la fiebre de origen desconocido y la infección gastrointestinal aguda presentan la mayor proporción de patologías con 20%, 12% y 10%, respectivamente.

Figura 17. Principales grupos diagnósticos en el servicio de urgencias pediátricas (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

El 19,71% del total de consultas de urgencias en la población infantil en el año 2011 corresponde a enfermedades respiratorias, entre ellas rinofaringitis viral, bronquiolitis, asma, bronquitis, neumonías, faringitis, amigdalitis, laringitis y otitis.

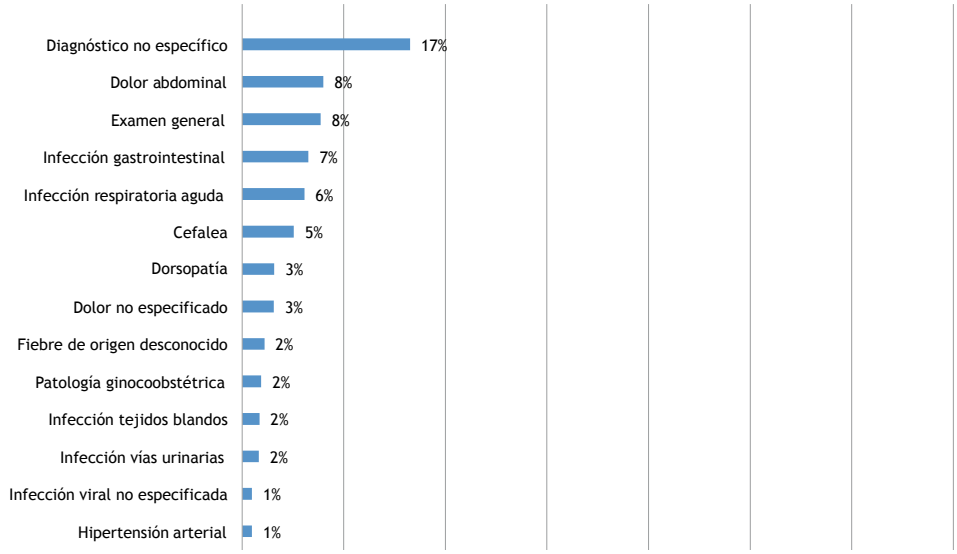
Tabla 14. Principales grupos diagósticos en el ámbito de urgencias para población pediátrica (menores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	1,75	1,89	1,83	6,64	6,59	6,61	12,19	12,36	12,28	12,03	12,04	12,03
2	Fiebre de origen desconocido	8,20	8,28	8,24	9,41	9,44	9,43	10,66	10,43	10,54	11,76	11,59	11,67
3	Enfermedades infecciosas intestinales por virus	7,17	7,68	7,44	7,66	8,03	7,86	5,87	6,04	5,96	6,43	6,65	6,54
4	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	3,87	3,94	3,91	2,72	2,82	2,77	6,71	6,86	6,79	5,70	5,82	5,76
5	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6,09	5,94	6,01	7,08	6,76	6,91	4,69	4,38	4,53	5,33	5,00	5,16
6	Dolor abdominal y pélvico	3,14	2,46	2,79	3,23	2,55	2,88	3,09	2,36	2,71	4,39	3,40	3,87
7	Otros síntomas y signos generales	1,67	1,70	1,68	2,40	2,35	2,37	2,82	2,84	2,83	3,52	3,51	3,52
8	Amigdalitis aguda	3,56	3,61	3,59	4,18	4,15	4,16	3,03	2,97	3,00	3,49	3,46	3,47
9	Náusea y vómito	2,54	2,33	2,43	2,69	2,45	2,57	2,39	2,16	2,27	2,94	2,68	2,80
10	Dolor, no clasificado en otra parte	1,19	1,29	1,24	1,02	1,08	1,05	1,98	2,08	2,03	1,90	1,98	1,94
11	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	1,93	1,95	1,94	2,28	2,30	2,29	1,62	1,62	1,62	1,86	1,85	1,85
12	Infección viral de sitio no especificado	2,96	3,00	2,98	3,12	3,17	3,14	2,14	2,12	2,13	1,80	1,78	1,79
13	Bronquiolitis aguda	1,33	1,55	1,44	1,26	1,42	1,34	1,07	1,21	1,14	1,56	1,76	1,67
14	Faringitis aguda	1,93	1,85	1,89	2,16	2,06	2,11	1,59	1,49	1,54	1,62	1,50	1,55
15	Otitis media no supurativa	1,90	1,98	1,94	2,00	2,08	2,04	1,34	1,34	1,34	1,53	1,56	1,55
16	Asma	1,58	2,03	1,82	1,42	1,83	1,63	1,36	1,69	1,53	1,37	1,68	1,53
17	Bronquitis aguda	1,11	1,21	1,16	1,19	1,26	1,23	0,94	1,01	0,98	1,02	1,09	1,06
18	Otitis media supurativa y la no especificada	1,05	1,10	1,08	1,09	1,11	1,10	0,84	0,85	0,84	0,97	1,02	0,99
19	Otros trastornos del sistema urinario	1,46	0,47	0,94	1,50	0,45	0,95	1,05	0,34	0,67	1,52	0,47	0,97
20	Otra atención médica	0,84	0,87	0,86	0,23	0,25	0,24	0,67	0,76	0,72	0,84	0,95	0,90
21	Neumonía, organismo no especificado	0,68	0,74	0,71	0,64	0,69	0,67	0,58	0,62	0,60	0,85	0,90	0,88
22	Cefalea	0,90	0,78	0,83	0,87	0,72	0,79	0,76	0,62	0,68	0,98	0,77	0,87
23	Herida de la cabeza	0,46	0,89	0,69	0,49	0,94	0,73	0,42	0,78	0,61	0,56	1,02	0,80
24	Urticaria	0,66	0,68	0,67	0,68	0,68	0,68	0,59	0,58	0,58	0,76	0,77	0,76
25	Otros trastornos funcionales del intestino	0,79	0,71	0,75	0,84	0,76	0,80	0,62	0,57	0,60	0,79	0,73	0,76
	Otras causas	41,2	41,1	41,1	33,2	34,1	33,6	31,0	31,9	31,5	24,5	26,0	25,3
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

Solo el 0,97% de las consultas pediátricas está relacionado con trastornos de vías urinarias, entre ellos las infecciones de vías urinarias, siendo de mayor frecuencia en el sexo femenino, que para el año 2011 registró un 1,52% de las consultas frente al sexo masculino, que mostró 0,47% de consultas por este motivo.

Figura 18. Principales grupos diagnósticos en el servicio de urgencias de adultos (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

Para la población adulta, la primera causa específica de consulta a urgencias en el año 2011 corresponde a dolor abdominal y pélvico (8%), seguido de infección intestinal aguda (7%), infección respiratoria aguda (6%), cefalea (5%) y dorsopatías (3%). El 17% de los diagnósticos de la población adulta que consulta en urgencias está clasificado en los grupos de diagnósticos no específicos.

Tabla 15. Principales grupos diagósticos en el ámbito de urgencias para población adulta (mayores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2,23	1,81	2,07	8,23	7,13	7,80	10,81	9,39	10,26	14,35	12,35	13,58
2	Dolor abdominal y pélvico	6,13	3,80	5,23	6,80	4,21	5,79	6,87	4,32	5,88	9,40	5,73	7,99
3	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	4,62	4,37	4,52	3,14	3,08	3,12	7,17	6,92	7,08	5,94	5,93	5,94
4	Enfermedades infecciosas intestinales por virus	3,57	4,86	4,07	4,51	6,07	5,12	4,01	5,55	4,61	3,78	5,64	4,50
5	Cefalea	3,10	2,03	2,69	3,38	2,16	2,90	3,21	2,13	2,79	4,04	2,65	3,50
6	Otras dorsopatías (m50-m54)	2,54	4,10	3,14	2,47	3,99	3,06	2,09	3,38	2,59	2,45	4,26	3,15
7	Dolor, no clasificado en otra parte	1,55	1,71	1,61	1,47	1,67	1,55	2,50	2,69	2,58	2,94	3,40	3,12
8	Otros síntomas y signos generales	1,65	1,79	1,70	2,78	2,75	2,77	3,42	3,39	3,40	2,88	3,01	2,93
9	Fiebre de origen desconocido	1,54	2,29	1,83	1,56	2,41	1,89	2,04	3,04	2,43	1,88	2,68	2,19
10	Dolor de garganta y en el pecho	1,26	1,81	1,47	1,25	1,81	1,47	1,30	1,88	1,53	1,54	2,31	1,84
11	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1,70	1,94	1,79	2,46	2,81	2,60	1,62	1,96	1,75	1,58	2,00	1,74
12	Otros trastornos del sistema urinario	2,65	0,80	1,93	2,60	0,74	1,88	1,87	0,61	1,38	2,22	0,75	1,66
13	Amigdalitis aguda	1,73	2,31	1,95	1,92	2,53	2,16	1,41	1,90	1,60	1,40	1,94	1,61
14	Migraña	2,17	0,89	1,68	2,21	0,85	1,68	1,81	0,72	1,39	2,05	0,84	1,58
15	Gastritis y duodenitis	2,05	1,64	1,89	1,97	1,49	1,78	1,29	1,01	1,18	1,41	1,15	1,31
16	Examen y prueba de embarazo	1,29	0,00	0,79	1,38	0,00	0,84	1,22	0,00	0,75	1,65	0,00	1,01
17	Otros trastornos de los tejidos blandos (m70-m79)	0,91	1,25	1,04	0,86	1,17	0,98	0,70	0,93	0,79	0,87	1,20	1,00
18	Infección viral de sitio no especificado	1,18	1,81	1,43	1,37	1,95	1,60	1,11	1,59	1,29	0,81	1,19	0,96
19	Hipertensión esencial (primaria)	1,31	1,29	1,30	0,97	0,97	0,97	0,75	0,74	0,74	0,95	0,95	0,95
20	Faringitis aguda	1,13	1,39	1,23	1,23	1,47	1,32	0,92	1,11	1,00	0,84	1,09	0,93
21	Otra atención médica	0,73	1,00	0,84	0,35	0,32	0,34	0,73	0,66	0,70	0,89	0,92	0,90
22	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	1,42	1,56	1,48	6,07	6,10	6,08	14,59	13,61	14,21	0,90	0,83	0,87
23	Hemorragia precoz del embarazo	1,40	0,00	0,86	1,31	0,00	0,80	1,07	0,00	0,66	1,40	0,00	0,86
24	Náusea y vómito	0,59	0,44	0,53	0,65	0,48	0,59	0,59	0,45	0,54	0,78	0,63	0,72
25	Celulitis	0,51	0,86	0,64	0,54	0,95	0,70	0,43	0,78	0,56	0,51	1,00	0,70
	Otras causas	51,05	54,24	52,29	38,51	42,89	40,22	26,46	31,23	28,32	32,55	37,54	34,47
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

Las primeras causas de consulta de urgencias en la mujer adulta son el dolor abdominal y pélvico y cefalea, mientras que las del hombre adulto son dolor abdominal, infección intestinal de tipo viral y las dorsopatías. La infección urinaria continúa asociándose en mayor proporción al sexo femenino debido a su condición fisiológica y anatómica, presentándose con mayor frecuencia en la mujer adulta, lo cual puede estar relacionado con estado de embarazo como condición predisponente; para el año 2011 la mujer adulta presentó 2,22% de consultas a urgencias con diagnóstico de trastorno en vías urinarias, y las niñas tuvieron 1,52% de las consultas con este mismo grupo diagnóstico.

En general, se evidencia que tanto la población pediátrica como la adulta consultan a urgencias en gran cantidad por motivos relacionados con dorsopatías, enfermedades virales respiratorias y gastrointestinales, las cuales en su gran mayoría pueden ser diagnosticadas y tratadas en un ámbito ambulatorio o de consulta prioritaria y, de esta manera, optimizar el uso de los servicios de urgencias.

3.3. Atención hospitalaria

En la mayoría de los países existe una tendencia a tratar de disminuir las estancias hospitalarias en duración y en frecuencia, debido a los altos costos de la internación. Los hospitales tienden a ser cada vez más sofisticados en la tecnología que aplican y, en consecuencia, sus costos se han elevado. También existe un comportamiento de negocio, o de búsqueda de calidad, debido a la forma predominante de contratación de *"fee for service"*, o pago por cada servicio, que consiste en la inducción de la demanda desde el ingreso. Un sistema de salud que se base en el predominio de la atención hospitalaria es más costoso que uno en el que la hospitalización se escoja como último recurso, cuando resulte estrictamente necesario.

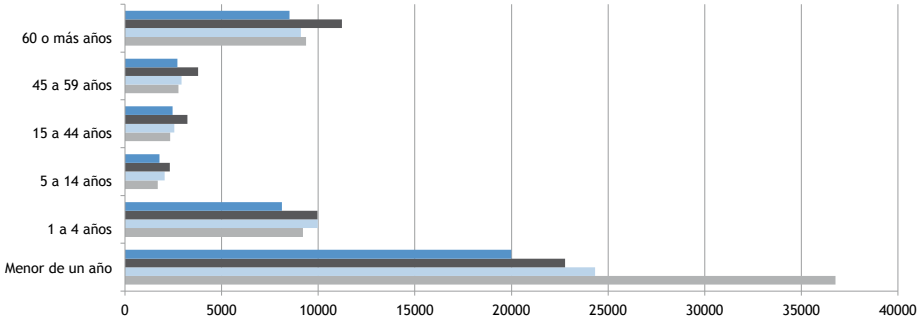
Una de las problemáticas a las que se enfrenta el Sistema de Salud a diario es la insuficiencia o la no disponibilidad de camas hospitalarias, lo que ha llevado a que muchas de las clínicas y hospitales del país se declaren diariamente en emergencia funcional, puesto que los servicios de urgencias se encuentran saturados. De otro lado, es frecuente el fallo en la coordinación entre niveles, que deviene en procesos de referencia y contrarreferencia alterados por diversas causas, llevando a que el usuario se incline a expresar su insatisfacción.

3.3.1. Frecuencia e intensidad de uso de los servicios de hospitalización

Parte de la problemática mencionada está relacionada con la considerable frecuencia de uso de los servicios de hospitalización, que para el año 2011 estuvo cerca de 3.500 hospitalizaciones por cada 100.000 afiliados a las EPS agremiadas en Acemi.

La situación se complica mucho más en los servicios pediátricos, particularmente en épocas de invierno y picos respiratorios, cuando el uso de urgencias y hospitalización aumenta considerablemente. En 2011 los menores de un año utilizaron el servicio de urgencias 19.983 veces por cada 100.000 afiliados y los de 1 a 4 años 8.117 veces por cada 100.000 afiliados.

Figura 19. Frecuencia de uso anual de hospitalización medica por cada 100.000 afiliados (2008- 2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2011	19.983	8.117	1.793	2.454	2.711	8.509
2010	22.782	9.964	2.319	3.234	3.791	11.235
2009	24.324	9.979	2.060	2.559	2.930	9.097
2008	36.769	9.202	1.696	2.337	2.767	9.368

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Podemos observar en la figura 19 que, a pesar de la disminución de la frecuencia de uso del servicio de hospitalización en el 2011, históricamente los menores de 5 años tienen una tasa mayor de hospitalización. Se observa también una alta frecuencia de uso en el grupo de 60 años o más, pues este segmento utilizó el servicio de hospitalización médica 8.509 veces por cada 100.000 afiliados en el 2011.

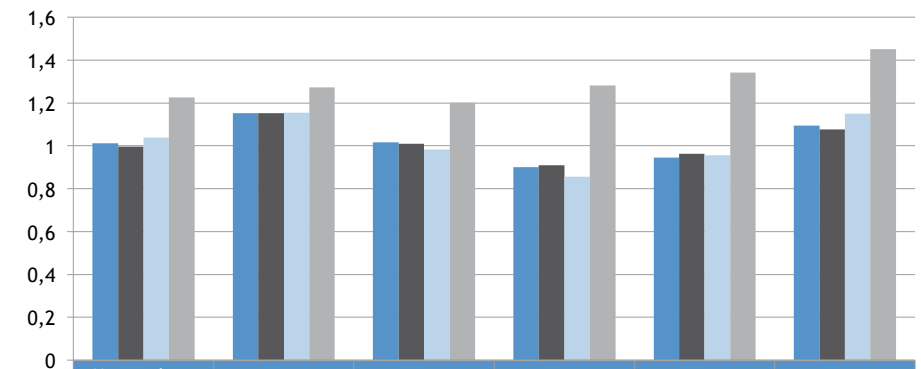
Tabla 16. Frecuencia de uso de la hospitalización médica por edad y sexo (por cada 100.000 afiliados). EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	34.831	38.645	36.769	23.003	25.628	24.324	20.720	24.828	22.782	18.195	21.760	19.983
1 a 4 años	8.973	9.428	9.202	9.822	10.131	9.979	9.698	10.222	9.964	7.910	8.319	8.117
5 a 14 años	1.679	1.712	1.696	2.044	2.075	2.060	2.267	2.370	2.319	1.799	1.786	1.793
15 a 44 años	3.101	1.507	2.337	3.318	1.729	2.559	4.301	2.056	3.234	3.345	1.472	2.454
45 a 59 años	2.810	2.717	2.767	2.958	2.898	2.930	4.030	3.512	3.791	2.765	2.648	2.711
60 o más años	9.426	9.295	9.368	9.037	9.172	9.097	11.015	11.516	11.235	8.332	8.736	8.509
Total	**4.015**	**3.224**	**3.634**	**4.193**	**3.435**	**3.828**	**5.059**	**3.920**	**4.514**	**3.900**	**2.998**	**3.469**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

La población entre 5 y 59 años utiliza el servicio de hospitalización con menor frecuencia que otros grupos etarios. La tasa de utilización es de 1.800 servicios por cada 100.000 afiliados en el grupo de 5 a 14 años, 2.500/100.000 en el de 15 a 44 años y 2.700/100.000 en el grupo etario de 45 a 59 años.

Figura 20. Intensidad de uso anual de hospitalización médica (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2008	1,0	1,2	1,0	0,9	0,9	1,1
2009	1,0	1,2	1,0	0,9	1,0	1,1
2010	1,0	1,2	1,0	0,9	1,0	1,2
2011	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,5

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Tabla 17. Intensidad de uso de la hospitalización médica por edad y sexo. EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,2	1,2	1,2
1 a 4 años	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3
5 a 14 años	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2	1,2
15 a 44 años	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	1,3	1,2	1,3
45 a 59 años	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3
60 o más años	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4	1,5	1,5
Total	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**1,0**	**0,9**	**1,0**	**1,0**	**1,3**	**1,3**	**1,3**

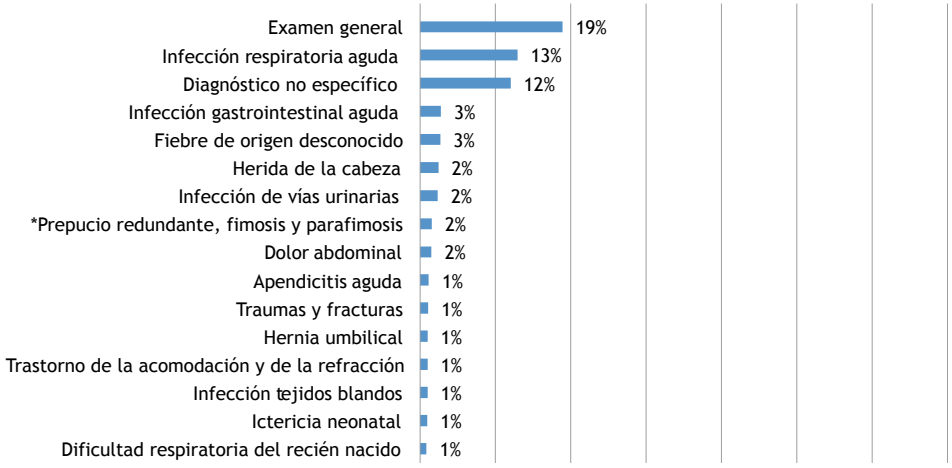
Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

La intensidad se refiere al número de hospitalizaciones de aquellos que efectivamente usaron la hospitalización. La población que utilizó el servicio de hospitalización durante el año 2011 lo hizo 1,3 veces (tanto las mujeres como los hombres), teniendo una mayor intensidad de uso la población mayor de 60 años, ya que el paciente de esta edad que utiliza el servicio de hospitalización lo hace cerca de dos veces al año.

3.3.2. Diagnósticos hospitalarios

Los niños y niñas de 0 a 14 años mostraron como primera causa de hospitalización las infecciones respiratorias agudas durante los años 2008 a 2011. Para 2011, los niños fueron hospitalizados en un 13% por esta causa, siendo neumonía la primera causa específica de hospitalización de la población infantil con 3,28%, seguida de la bronquiolitis aguda con 3,02%.

Figura 21. Principales grupos diagnósticos de la hospitalización pediátrica (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

El 12% de los diagnósticos de la población pediátrica en los servicios de hospitalización está agrupado en diagnósticos no específicos y signos y síntomas generales, debido a la clasificación inadecuada registrada en la historia clínica. Llama la atención que el 19% de los diagnósticos de hospitalización médica pediátrica corresponda a actividades de examen general o de control, lo que puede explicarse también por el inadecuado registro del diagnóstico en la historia clínica.

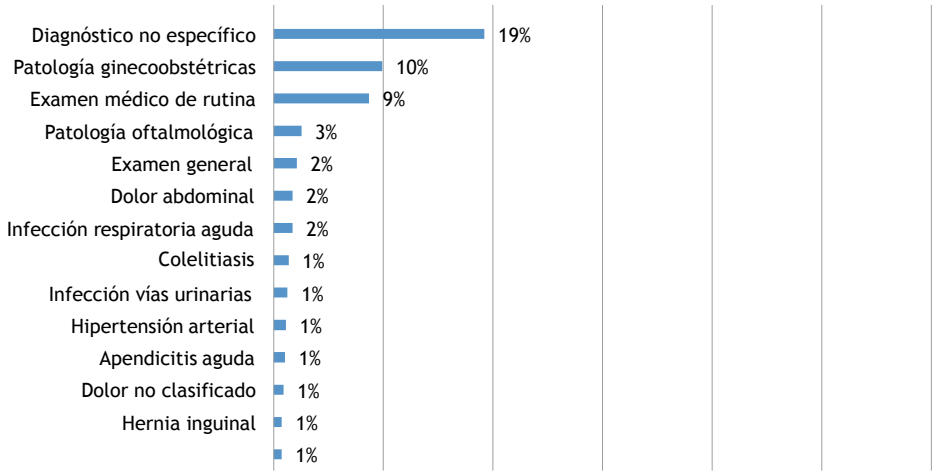
Tabla 18. Principales grupos diagnósticos en el ámbito hospitalario para población pediátrica (0-14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	3,83	3,70	3,76	15,36	15,08	15,20	16,86	16,23	16,52	14,49	12,98	13,67
2	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	6,89	6,74	6,81	11,29	10,43	10,82	6,71	6,64	6,67	7,95	8,12	8,04
3	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	2,92	2,77	2,84	3,42	3,16	3,28	6,67	6,15	6,39	5,51	5,00	5,23
4	Neumonía, organismo no especificado	4,54	4,43	4,48	2,97	2,90	2,93	3,38	3,26	3,31	3,35	3,22	3,28
5	Bronquiolitis aguda	2,94	3,13	3,05	2,04	2,26	2,16	2,57	2,79	2,69	2,88	3,13	3,02
6	Enfermedades infecciosas intestinales por virus	3,83	3,85	3,84	2,83	2,71	2,76	3,07	2,94	3,00	2,83	2,71	2,77
7	Otros síntomas y signos generales	2,19	2,03	2,10	2,49	2,37	2,42	2,31	2,19	2,25	2,73	2,68	2,70
8	Fiebre de origen desconocido	3,25	2,78	2,98	2,71	2,47	2,58	2,73	2,42	2,56	2,86	2,52	2,67
9	Herida de la cabeza	2,06	3,55	2,89	1,79	3,25	2,59	1,70	2,98	2,40	1,70	3,04	2,43
10	Otros trastornos del sistema urinario	4,57	1,25	2,72	3,16	0,97	1,96	3,72	1,05	2,26	3,80	1,15	2,35
11	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	1,70	1,95	1,84	1,38	1,53	1,46	1,39	1,59	1,50	1,80	2,03	1,93
12	Asma	2,00	2,12	2,07	2,01	2,12	2,07	1,86	1,95	1,91	1,55	1,73	1,65
13	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis	0,00	2,76	1,54	0,00	2,73	1,50	0,00	2,72	1,49	0,00	2,83	1,55
14	Dolor abdominal y pélvico	1,74	1,30	1,49	1,37	1,04	1,19	1,34	1,00	1,15	1,72	1,32	1,50
15	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	6,45	5,36	5,84	1,79	1,31	1,53	0,86	0,71	0,78	1,21	1,34	1,28
16	Amigdalitis aguda	0,47	0,48	0,47	0,57	0,55	0,56	1,04	0,96	1,00	1,19	1,16	1,17
17	Apendicitis aguda	0,94	0,93	0,94	0,93	0,98	0,95	0,96	1,01	0,99	1,12	1,17	1,15
18	Fractura del antebrazo	0,63	1,54	1,14	0,62	1,40	1,05	0,61	1,35	1,02	0,60	1,43	1,06
19	Hernia umbilical	1,22	0,97	1,08	1,13	0,91	1,01	1,20	0,87	1,02	1,15	0,88	1,01
20	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	1,23	1,16	1,19	0,80	0,73	0,76	0,79	0,77	0,78	1,04	0,97	1,00
21	Trastornos de la acomodación y de la refracción	0,67	0,48	0,56	1,12	0,80	0,94	1,24	0,98	1,10	1,11	0,88	0,99
22	Celulitis	0,95	0,98	0,97	0,78	0,81	0,80	0,84	0,94	0,90	0,93	1,01	0,97
23	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	1,56	1,37	1,45	0,92	0,80	0,85	1,05	0,92	0,98	1,01	0,89	0,94
24	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	0,78	0,72	0,74	0,79	0,70	0,74	1,31	1,14	1,22	0,92	0,84	0,88
25	Dificultad respiratoria del recién nacido	0,70	0,69	0,69	0,58	0,56	0,57	0,81	0,81	0,81	0,84	0,85	0,85
	Otras causas	41,95	42,97	42,52	37,16	37,46	37,33	34,95	35,62	35,32	35,69	36,12	35,92
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

La primera causa de hospitalización de las niñas para el año 2011 estuvo relacionada con trastornos del sistema urinario, en su gran mayoría infecciones de vías urinarias, y para los niños la primera causa de hospitalización fue la neumonía.

Figura 22. Principales grupos diagnósticos de hospitalización en adultos (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

La mayor proporción de diagnósticos de hospitalización de la población adulta (19%) están clasificados como signos y síntomas o diagnósticos inespecíficos. El 9% corresponde a diagnósticos de examen general o de rutina.

Se observa que las causas ginecológicas y obstétricas representan el 10% de las hospitalizaciones de la población adulta en el año 2011, y se mantienen como las primeras causas específicas de hospitalización entre los años 2008 y 2011, siendo la atención de parto único espontáneo y la atención de parto único por cesárea las primeras causas de hospitalización en las mujeres que, para el año 2011, corresponden a 3,4% y 2,8% respectivamente.

Tabla 19. Principales grupos diagósticos en el ámbito hospitalario para población adulta (mayores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	5,70	6,72	6,06	13,99	14,10	14,03	12,82	14,16	13,30	15,52	17,53	16,26
2	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	4,30	5,21	4,62	13,54	14,02	13,71	16,69	16,53	16,63	8,25	9,48	8,70
3	Parto único espontáneo	3,66	0,00	2,34	3,16	0,00	2,03	3,12	0,00	1,99	3,42	0,00	2,16
4	Atención para la anticoncepción	2,22	1,86	2,09	1,72	1,83	1,76	2,02	2,05	2,03	2,35	1,74	2,13
5	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	2,83	2,78	2,81	2,33	2,58	2,42	2,30	2,66	2,43	2,09	2,16	2,11
6	Parto único por cesárea	2,62	0,00	1,68	2,54	0,00	1,63	2,73	0,00	1,73	2,88	0,00	1,82
7	Otros síntomas y signos generales	1,58	1,83	1,67	1,85	2,18	1,96	1,75	2,19	1,91	1,61	2,15	1,81
8	Dolor abdominal y pélvico	2,03	1,47	1,83	1,46	1,17	1,36	1,40	1,05	1,28	1,94	1,36	1,73
9	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2,40	3,57	2,82	1,13	1,77	1,36	1,59	2,14	1,79	1,59	1,96	1,72
10	Colelitiasis	1,25	0,78	1,08	1,12	0,70	0,97	1,41	0,88	1,22	1,58	0,99	1,36
11	Otros trastornos del sistema urinario	1,36	0,72	1,13	1,17	0,74	1,02	1,41	0,83	1,20	1,49	0,84	1,25
12	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	7,57	8,12	7,77	0,74	0,56	0,67	0,34	0,46	0,38	1,09	1,29	1,16
13	Hipertensión esencial (primaria)	1,30	1,44	1,35	1,15	1,32	1,21	0,57	0,66	0,60	1,10	1,16	1,12
14	Apendicitis aguda	0,59	1,01	0,74	0,57	0,99	0,72	0,74	1,25	0,93	0,82	1,37	1,02
15	Trastornos de la acomodación y de la refracción	0,47	0,53	0,50	0,61	0,64	0,62	0,49	0,43	0,47	0,88	0,95	0,91
16	Dolor, no clasificado en otra parte	0,84	0,90	0,86	0,84	0,85	0,84	0,79	0,91	0,83	0,87	0,95	0,90
17	Examen y prueba del embarazo	1,11	0,00	0,71	0,94	0,00	0,61	1,08	0,00	0,69	1,35	0,00	0,85
18	Otros trastornos de la conjuntiva	0,69	1,35	0,93	0,68	1,29	0,90	0,65	1,15	0,83	0,67	1,18	0,85
19	Supervisión de embarazo de alto riesgo	0,65	0,00	0,42	0,64	0,00	0,41	0,76	0,00	0,49	1,24	0,00	0,78
20	Otras cataratas	0,41	0,56	0,47	0,53	0,68	0,59	0,71	0,83	0,76	0,72	0,86	0,77
21	Falso trabajo de parto	1,01	0,00	0,65	0,77	0,00	0,49	0,99	0,00	0,63	1,20	0,00	0,76
22	Hernia inguinal	0,20	1,58	0,70	0,18	1,45	0,63	0,19	1,63	0,71	0,19	1,67	0,74
23	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales	1,09	0,00	0,70	0,91	0,00	0,59	1,07	0,00	0,68	1,17	0,00	0,74
24	Otras dorsopatías (m50-m54)	0,79	1,09	0,90	0,56	0,82	0,65	0,48	0,69	0,55	0,64	0,85	0,72
25	Aborto espontáneo	1,30	0,00	0,84	1,08	0,00	0,69	1,09	0,00	0,69	1,05	0,00	0,66
	Otras causas	52,02	58,48	54,34	45,81	52,30	48,12	42,81	49,50	45,25	44,31	51,50	46,96
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

Para la población masculina adulta la primera causa de hospitalización específica corresponde a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con un 1,96% de las hospitalizaciones.

3.4. Servicios quirúrgicos

Del total de las hospitalizaciones de la población adulta, el 5,71 % corresponde a hospitalizaciones quirúrgicas, siendo más frecuentes la cesárea, la colecistectomía, la apendicectomía y la herniorrafia.

En el presente segmento se analizarán el comportamiento, el uso y las frecuencias de los procedimientos quirúrgicos realizados entre los años 2008 y 2011 por las EPS del Régimen Contributivo afiliadas a Acemi, excluyendo todos los procedimientos de alto costo, que se analizarán posteriormente.

3.4.1. Frecuencia e intensidad de uso de los servicios quirúrgicos

El comportamiento del uso de los servicios quirúrgicos (excluyendo los de alto costo) en los últimos cuatro años ha sido poco variable, con una leve disminución de la frecuencia de uso en el año 2010. Podemos observar en la siguiente tabla que en 2011 se realizaron 6.957 procedimientos quirúrgicos por cada 100.000 afiliados, siendo la frecuencia de uso un poco mayor en las mujeres.

Como ha sido habitual, el grupo etario que utiliza los servicios quirúrgicos con mayor frecuencia es el de mayores de 60 años llegando, en el año 2011, a tener la mayor frecuencia de uso con 13.540 procedimientos por cada 100.000 afiliados. Le siguen los grupos de 45 a 59 años y de 15 a 44 años de edad, con 8.739 procedimientos quirúrgicos por 100.000 afiliados y 6.721 por 100.000 afiliados respectivamente.

Los procedimientos quirúrgicos muestran menor frecuencia en los grupos poblacionales pediátricos, pues para 2011 los menores de un año y el grupo de 1 a 4 años tuvieron, respectivamente, una frecuencia de uso de 1.753 y 4.798 procedimientos quirúrgicos por cada 100.000 afiliados.

Tabla 20. Frecuencia de uso de cirugías por edad y sexo*. EPS afiliadas a Acemi Régimen Contributivo 2008 a 2011 por 100.000 afiliados

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	1.901	2.777	2.346	1.409	2.193	1.803	685	1.110	900	1.428	2.076	1.753
1 a 4 años	3.522	6.349	4.948	3.806	6.713	5.282	2.415	4.284	3.366	3.543	6.018	4.798
5 a 14 años	2.972	4.972	3.992	3.081	5.134	4.128	2.003	3.249	2.639	2.802	4.402	3.617
15 a 44 años	8.138	6.544	7.374	8.288	6.731	7.544	5.534	4.578	5.078	7.425	5.945	6.721
45 a 59 años	10.778	7.371	9.192	11.247	7.790	9.640	7.591	5.394	6.572	10.099	7.146	8.739
60 o más años	12.393	12.005	12.220	13.263	12.917	13.109	9.714	9.355	9.554	13.759	13.261	13.540
Total	**7.722**	**6.748**	**7.253**	**7.987**	**7.014**	**7.519**	**5.445**	**4.782**	**5.127**	**7.456**	**6.412**	**6.957**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi. * Excluye alto costo

Tabla 21. Intensidad de uso de cirugías por edad y sexo*. EPS afiliadas a Acemi Régimen Contributivo 2008 a 2011

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
1 a 4 años	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
5 a 14 años	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
15 a 44 años	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
45 a 59 años	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
60 o más años	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Total	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**	**1,2**

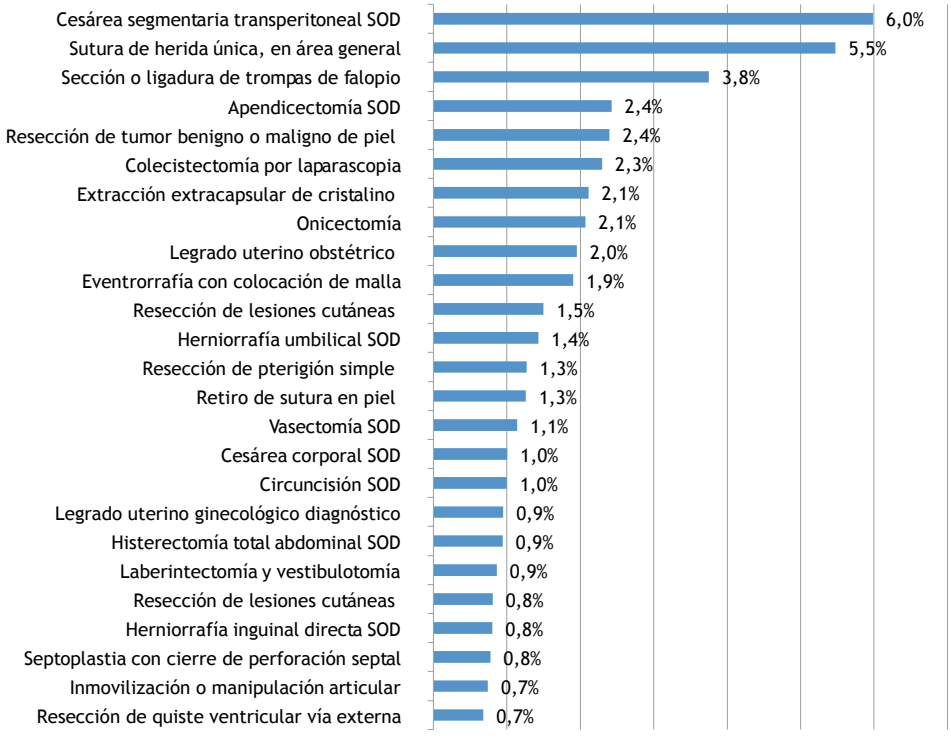
Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi. * Excluye alto costo

La intensidad de uso de los servicios quirúrgicos (exceptuando las cirugías de alto costo) en los últimos cuatro años se ha mantenido en 1,2 por 100.000 afiliados, es decir, que la población que ha sido sometida a procedimientos quirúrgicos ha tenido intervención quirúrgica en promedio 1,2 veces al año.

3.4.2. Procedimientos quirúrgicos

Los primeros cinco procedimientos quirúrgicos más frecuentes de los realizados en 2011 (excluyendo procedimientos de alto costo) corresponden en su orden a cesárea segmentaria transperitoneal (6%), seguido de sutura de herida única (5.5%), sección o ligadura de trompas de Falopio (3.8%), resección de tumor benigno o maligno de piel y apendicectomía, cada una con 2,4%, y colecistectomía por laparoscopia con 2,3% del total.

Figura 23. Principales procedimientos quirúrgicos (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

Tabla 22. 25 Principales códigos eventos en cirugías

No	Valores en % Diagnóstico	2009			2010			2011		
		F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Cesárea segmentaria transperitoneal SOD +	11,35	0,00	6,71	10,97	0,00	6,42	10,08	0,00	5,98
2	Sutura de herida única, en área general	3,60	12,71	7,32	3,45	11,48	6,78	2,78	9,41	5,48
3	Sección o ligadura de trompas de Falopio (cirugía de Pomeroy) por minilaparotomía SOD +	5,82	0,00	3,44	7,21	0,00	4,22	6,32	0,00	3,75
4	Apendicectomía SOD	2,19	3,19	2,60	2,10	2,92	2,44	2,07	2,95	2,43
5	Resección de tumor benigno o maligno de piel o tejido celular subcutáneo, área general hasta tres centímetros +	2,50	2,86	2,64	2,75	3,06	2,88	2,27	2,59	2,40
6	Colecistectomía por laparascopia	2,44	1,22	1,94	2,84	1,38	2,24	2,85	1,48	2,30
7	Extracción extracapsular de cristalino por facoemulsificación SOD	1,16	1,22	1,18	1,57	1,54	1,56	2,09	2,15	2,11
8	Onicectomía +	1,38	2,49	1,83	1,88	3,12	2,40	1,63	2,71	2,07
9	Legrado uterino obstétrico posparto o posaborto por dilatación y curetaje +	4,44	0,00	2,63	3,38	0,00	1,98	3,29	0,00	1,95
10	Eventrorrafia con colocación de malla +	0,34	0,27	0,31	0,30	0,25	0,28	2,26	1,39	1,90
11	Herniorrafia umbilical SOD	1,20	2,10	1,57	1,14	1,84	1,43	1,07	1,95	1,43
12	Resección de pterigión simple (nasal o temporal) con injerto §	1,31	2,04	1,61	1,10	1,57	1,29	1,05	1,60	1,27
13	Retiro de sutura en piel o tejido celular subcutáneo SOD	1,04	1,70	1,31	1,02	1,14	1,07	1,20	1,34	1,26
14	Vasectomía SOD	0,00	2,89	1,18	0,00	3,33	1,38	0,00	2,81	1,14
15	Cesárea corporal SOD +	2,58	0,00	1,52	1,62	0,00	0,95	1,70	0,00	1,01
16	Circuncisión SOD +	0,00	3,02	1,23	0,00	2,64	1,09	0,00	2,46	1,00
17	Legrado uterino ginecológico diagnóstico +	2,24	0,00	1,33	1,81	0,00	1,06	1,60	0,00	0,95
18	Histerectomía total abdominal SOD +	1,32	0,00	0,78	1,47	0,00	0,86	1,59	0,00	0,94
19	Laberintectomía y vestibulotomía, vía transmastoidea +	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,13	0,47	0,86
20	Resección de lesiones cutáneas por cauterización, fulguración o crioterapia en área especial, hasta tres lesiones	0,60	0,51	0,56	0,77	0,57	0,68	0,84	0,75	0,80
21	Herniorrafia inguinal directa SOD	0,47	2,00	1,09	0,36	1,73	0,93	0,31	1,52	0,80
22	Septoplastia con cierre de perforación septal +	0,38	0,89	0,58	0,50	1,07	0,74	0,51	1,16	0,78
23	Inmovilización o manipulación articular inespecífica SOD +	0,30	0,54	0,40	0,46	0,76	0,58	0,56	1,01	0,74
24	Resección de quiste ventricular vía externa +	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	0,72	0,68
25	Resección de lesiones cutáneas por cauterización, fulguración o crioterapia en área especial, entre tres y diez lesiones	0,82	0,60	0,73	0,75	0,64	0,71	0,66	0,65	0,65
	Otras	51,62	60,34	55,14	52,52	59,77	55,48	52,54	60,95	56,03
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2009 a 2011, representando el 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente del Régimen Contributivo respectivamente. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

Entre las primeras causas quirúrgicas, el servicio de **cirugía general** aporta la mayoría de los procedimientos con un 17,4% del total, mientras que los servicios de **ginecobstetricia, oftalmología y otorrinolaringología** representan el 14,6%, 3,4% y 2.4% respectivamente. Los de menor representación en los primeros 25 procedimientos quirúrgicos que no son de alto costo corresponden a los servicios de **urología y ortopedia,** con 2,1% y 0,7% respectivamente, aunque este último servicio tiene una gran representación en cirugías de alto costo.

Llama la atención que cirugías como la cesárea segmentaria y corporal y el legrado uterino han disminuido su peso entre los principales procedimientos quirúrgicos, mientras que cirugías por laparoscopia como la colecistectomía han aumentado su participación.

3.5. Servicios de alto costo

Este es uno de los temas más sensibles para un sistema de salud basado en aseguramiento y el cual debe estar fuertemente modulado por los aseguradores; por tal motivo, los esfuerzos deben estar enfocados en la disminución de la incidencia de patologías de alto costo a través de adecuados sistemas de administración de riesgo, programas de prevención, diagnóstico precoz e inducción a la demanda.

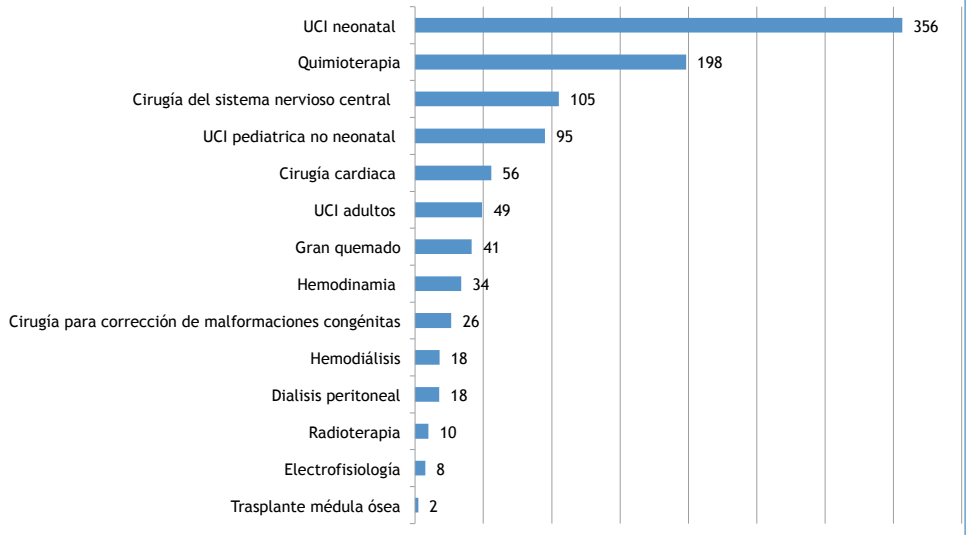
También se debe favorecer un modelo que permita la oportuna identificación de los usuarios con patologías y tratamientos de alto costo para su temprano ingreso a programas de atención, con el fin de vigilar la demanda y garantizar la calidad con la que se les presta el servicio, pues esto lleva a tener un mayor control sobre los costos finales de prestación.

Las enfermedades de alto costo incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) representan una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento y, a la vez, significan una gran carga emocional y económica. El Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) considera las siguientes: trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea; diálisis peritoneal y hemodiálisis; manejo quirúrgico para enfermedades del corazón; remplazos articulares; manejo médico/quirúrgico del gran quemado; manejo de trauma mayor; diagnóstico y manejo del paciente con VIH-SIDA; quimioterapia y radioterapia para cáncer; manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos y manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

3.5.1. Frecuencia e intensidad de uso de los servicios de alto costo

El servicio de UCI neonatal presenta una tasa de 356 ingresos por cada 100.000 afiliados, convirtiéndose en el servicio de alto costo con mayor frecuencia de uso dentro de la población pediátrica, seguido de la quimioterapia con una tasa de 198 procedimientos por cada 100.000 afiliados y de cirugía del sistema nervioso central con tasa de 105 servicios quirúrgicos por cada 100.000 afiliados. Llama la atención el aumento considerable de la frecuencia de uso desde el año 2008 en servicios como quimioterapia, radioterapia y neurocirugía en la población infantil, el cual está relacionado con el aumento del diagnóstico de tumores malignos del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, tumores del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central en la población infantil (ver figura 26).

Figura 24. Frecuencia de uso de servicios de alto costo en población pediátrica por cada 100.000 afiliados (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

El servicio de UCI pediátrica (incluida UCI neonatal) tiene un promedio de uso de 501 eventos por cada 100.000 afiliados, y está relacionado con patologías respiratorias como la principal causa de morbilidad de los servicios de alto costo (ver figura 26).

Tabla 23. Frecuencia de uso del ámbito de alto costo por año y género para población pediátrica (0-14 años) *100.000 afiliados. EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

	2008			2009			2010			2011		
	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
UCI neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	255,2	290,2	273,0	298,6	349,4	324,5	189,4	220,2	205,1	328,6	383,4	356,5
Quimioterapia	140,4	200,6	171,0	148,9	184,7	167,1	132,6	159,4	146,3	187,0	209,2	198,3
Cirugía del sistema nervioso central (incluye las congénitas; las intracraneales, de médula espinal, nervios craneanos, raquídeos y simpáticos)	47,5	63,8	55,8	40,9	52,4	46,8	37,9	42,1	40,1	99,8	110,7	105,3
UCI pediátrica no neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	67,7	83,3	75,7	77,1	94,9	86,2	57,1	64,8	61,0	83,9	105,6	94,9
Cirugía cardiaca (incluye las congénitas)	44,6	53,1	48,9	43,4	49,9	46,7	29,5	31,3	30,4	56,1	55,6	55,8
UCI adultos (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	16,9	20,0	18,5	25,5	29,4	27,5	23,1	23,2	23,2	41,9	56,1	49,1
Gran quemado	24,9	34,6	29,8	28,8	36,3	32,6	20,1	30,2	25,2	35,5	47,2	41,5
Hemodinamia (cualquier cateterismo que incluya angioplastia o colocación de *Stent*)	30,8	32,4	31,6	28,7	24,9	26,7	21,9	19,2	20,5	35,1	32,6	33,8
Cirugía para corrección de malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	32,5	23,3	27,8	39,9	27,6	33,7	22,2	15,3	18,7	29,8	22,9	26,3
Paquete integral hemodiálisis	24,6	15,7	20,0	39,1	16,1	27,4	12,4	15,9	14,2	19,2	16,8	17,9
Paquete integral peritoneal	17,1	24,9	21,1	11,4	21,0	16,3	10,9	10,6	10,8	18,8	16,8	17,8
Radioterapia	6,6	7,6	7,1	4,6	7,6	6,1	4,0	4,8	4,4	9,0	10,7	9,9
Electrofisiología (incluye implante y reprogramación de marcapasos y cardiodesfibrilador, mapeo y ablación por cualquier método)	12,0	10,4	11,2	6,3	6,9	6,6	3,6	3,0	3,3	7,3	7,7	7,5
Trasplante médula ósea	0,5	0,5	0,5	0,3	0,6	0,5	0,2	0,3	0,3	2,0	2,7	2,3
Trasplante de hígado	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,2	0,4	1,3	0,9	1,1
Trasplante de córnea	0,2	1,7	0,9	2,7	2,3	2,5	0,9	1,1	1,0	0,7	1,2	1,0
Trasplante renal	0,8	1,0	0,9	1,7	1,5	1,6	1,2	0,4	0,8	0,7	0,7	0,7
Reemplazo de cadera	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	-	0,2	0,1	0,5	0,3	0,4
Otros trasplantes							-	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Trasplante de corazón	0,2	-	0,1	0,1	-	0,1	-	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Neuroradiología				-	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Reemplazo de rodilla	-	0,2	0,1	-						0,1	-	0,0
Otro reemplazo articular	-	0,2	0,1	-	0,2	0,1	0,3	0,5	0,4			

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Tabla 24. Intensidad de uso del ámbito de alto costo por año y género para población pediátrica (0-14 años). EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

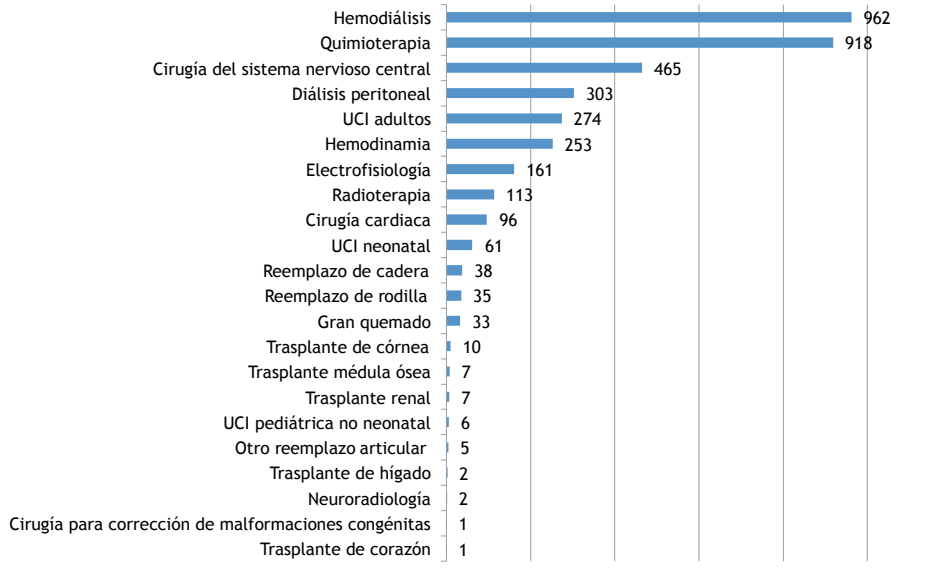
	2008			2009			2010			2011		
	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
Quimioterapia	5,8	6,7	6,3	4,2	4,6	4,4	6,9	7,1	7,0	7,7	7,9	7,8
Paquete integral hemodiálisis	6,3	3,7	4,9	8,6	3,3	5,8	3,5	3,1	3,3	5,6	3,8	4,6
Paquete integral peritoneal	2,9	3,3	3,1	2,1	3,4	2,8	3,4	3,2	3,3	3,8	3,1	3,5
Otros trasplantes								1,0	1,0	1,0	3,0	2,0
Cirugía del sistema nervioso central (incluye las congénitas; las intracraneales, de médula espinal, nervios craneanos, raquídeos y simpáticos)	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Cirugía cardiaca (incluye las congénitas)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,3	1,5	1,6	1,5
Hemodinamia (cualquier cateterismo que incluya angioplastia o colocación de *Stent*)	1,4	1,5	1,5	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4
Electrofisiología (incluye implante y reprogramación de marcapasos y cardiodesfibrilador, mapeo y ablación por cualquier método)	1,2	1,2	1,2	1,5	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3
Radioterapia	1,6	1,1	1,3	1,1	1,2	1,1	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3
Trasplante de hígado	1,2	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,4	1,2
Gran quemado	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
UCI pediátrica no neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Trasplante médula ósea	1,0	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1	1,1
UCI neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
UCI adultos (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Reemplazo de cadera	1,0	1,0	1,0	1,0	1,3	1,1		1,0	1,0	1,2	1,0	1,1
Cirugía para corrección de malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Trasplante de córnea	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Trasplante renal	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1
Reemplazo de rodilla		1,0	1,0							1,0		1,0
Neuroradiología					1,0	1,0	1,0	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0
Trasplante de corazón	1,0		1,0	1,0		1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Otro Reemplazo Articular		1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

La cirugía cardiaca y la atención del paciente gran quemado representan un porcentaje considerable de procedimientos de alto costo dentro de la población pediátrica, los cuales para el año 2011 tuvieron una frecuencia de uso de 56 y 41 procedimientos respectivamente por cada 100.000 afiliados a las EPS.

La quimioterapia en la población infantil es el servicio de alto costo con mayor intensidad de uso, puesto que para el año 2011 las personas que recibieron quimioterapia la recibieron en promedio 7,8 veces al año. Similar a esto sucede con la hemodiálisis y la diálisis peritoneal: para el año 2011 los niños y niñas que utilizaban estos servicios los recibían en promedio 4,5 y 3,5 veces al año respectivamente.

Figura 25. Frecuencia de uso de servicios de alto costo en población adulta por cada 100.000 afiliados (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

En la población adulta encontramos que por cada 100.000 usuarios afiliados se realizan 1.266 diálisis (peritoneal y hemodiálisis), convirtiéndose de esta manera en el procedimiento de alto costo de mayor frecuencia en esta población, seguido de la quimioterapia y la cirugía del sistema nervioso central, con una frecuencia de 918 y 465 procedimientos por cada 100 mil afiliados respectivamente. Las primeras causas de morbilidad de alto costo corresponden a insuficiencia renal en primer lugar, seguida de los diagnósticos oncológicos, principalmente el tumor maligno de mama (ver figura 27).

La frecuencia de uso del servicio de UCI en la población adulta tiene una tendencia a aumentar desde el año 2008, llegando a tener una frecuencia de 274 servicios por cada 100.000 afiliados en el 2011.

Los servicios de quimioterapia y radioterapia tienen frecuencia de uso mayor —casi el doble— en el género femenino, con 1.182 y 135 eventos al año respectivamente por cada 100.000 afiliadas, contrastando con la frecuencia de uso en el género masculino, que para el año 2011 arrojó como resultado 619 y 88 eventos al año respectivamente por cada 100.000 afiliados.

Los remplazos articulares son procedimientos de alto costo con mayor frecuencia en las mujeres: para 2011 tuvieron una frecuencia de uso de 94 procedimientos quirúrgicos por cada 100.000 afiliadas, mientras que en los hombres hubo 48 procedimientos quirúrgicos por cada 100.000 afiliados.

Los usuarios adultos que utilizan el servicio de diálisis (peritoneal y hemodiálisis) lo hacen en promedio 21 veces al año, y los que reciben ciclos de quimioterapia lo hacen en promedio 5 veces al año, siendo estos dos procedimientos de alto costo los de mayor intensidad de uso. Es importante resaltar que la cobertura en el tratamiento de pacientes oncológicos y la oferta de servicios como quimioterapia y radioterapia han aumentado considerablemente en los últimos años.

Tabla 25. Frecuencia de uso del ámbito de alto costo por año y género para población adulta (mayores de 14 años) por cada 100.000 afiliados. EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

	2008			2009			2010			2011		
	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
Paquete integral hemodiálisis	1.259,3	2.400,7	1.799,1	1.219,9	2.580,7	1.861,5	822,2	1.563,6	1.171,0	655,6	1.311,1	962,4
Quimioterapia	828,9	451,0	650,2	907,3	473,7	702,9	816,8	436,5	637,9	1.181,6	619,5	918,5
Cirugía del sistema nervioso central (incluye las congénitas; las intracraneales, de médula espinal, nervios craneanos, raquídeos y simpáticos)	214,7	167,8	192,5	165,9	154,9	160,7	156,0	138,7	147,9	631,5	275,5	464,9
Paquete integral peritoneal	251,0	321,4	284,3	218,4	302,3	258,0	219,0	321,1	267,0	252,2	361,1	303,2
UCI adultos (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	195,5	250,6	221,6	201,5	250,2	224,5	157,1	199,8	177,2	243,3	309,3	274,2
Hemodinamia (cualquier cateterismo que incluya angioplastia o colocación de *Stent*)	214,1	374,2	289,8	181,5	327,8	250,5	137,9	243,2	187,4	187,3	326,6	252,5
Electrofisiología (incluye implante y reprogramación de marcapasos y cardiodesfibrilador, mapeo y ablación por cualquier método)	**184,2**	**180,9**	**182,6**	**106,6**	**111,7**	**109,0**	**79,4**	**85,0**	**82,1**	**155,4**	**167,8**	**161,2**
Radioterapia	**138,3**	**87,7**	**114,4**	**158,1**	**95,1**	**128,4**	**125,3**	**81,0**	**104,5**	**135,2**	**88,1**	**113,1**
Cirugía cardiaca (incluye las congénitas)	**82,0**	**149,5**	**113,9**	**83,1**	**151,3**	**115,3**	**45,8**	**91,3**	**67,2**	**77,7**	**116,1**	**95,6**
UCI neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	**48,3**	**42,8**	**45,7**	**45,7**	**42,6**	**44,2**	**38,9**	**31,2**	**35,3**	**70,1**	**51,2**	**61,2**
Reemplazo de cadera	**48,4**	**25,1**	**37,3**	**49,0**	**26,9**	**38,6**	**34,7**	**19,4**	**27,5**	**47,1**	**26,7**	**37,5**
Reemplazo de rodilla	**41,6**	**18,0**	**30,5**	**48,5**	**21,8**	**35,9**	**32,9**	**14,8**	**24,4**	**47,2**	**21,1**	**35,0**
Gran quemado	**16,5**	**33,1**	**24,4**	**21,8**	**39,1**	**29,9**	**16,1**	**26,9**	**21,2**	**23,1**	**43,8**	**32,8**
Trasplante de córnea	**10,3**	**12,1**	**11,2**	**12,1**	**14,2**	**13,1**	**8,0**	**9,0**	**8,5**	**9,0**	**11,4**	**10,1**
Trasplante médula ósea	**0,7**	**1,5**	**1,1**	**1,0**	**1,6**	**1,3**	**1,0**	**1,6**	**1,3**	**10,0**	**4,7**	**7,5**
Trasplante renal	**5,7**	**8,9**	**7,2**	**7,2**	**11,2**	**9,1**	**5,1**	**9,0**	**6,9**	**5,4**	**8,3**	**6,8**
UCI pediatrica no neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	**9,6**	**2,6**	**6,3**	**10,4**	**2,5**	**6,6**	**9,3**	**2,3**	**6,0**	**9,0**	**2,2**	**5,8**
Otro reemplazo articular	**3,6**	**1,9**	**2,8**	**4,7**	**2,5**	**3,7**	**5,9**	**3,3**	**4,7**	**6,0**	**3,2**	**4,7**
Trasplante de hígado	**1,0**	**1,1**	**1,1**	**1,2**	**1,5**	**1,3**	**1,6**	**1,7**	**1,6**	**2,3**	**2,6**	**2,4**
Neuroradiología				**0,4**	**0,2**	**0,3**	**1,2**	**0,6**	**0,9**	**1,8**	**1,6**	**1,7**
Cirugía para corrección de malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	**1,8**	**1,4**	**1,6**	**2,5**	**2,6**	**2,5**	**1,3**	**1,0**	**1,1**	**0,9**	**1,3**	**1,0**
Trasplante de corazón	**0,3**	**0,6**	**0,5**	**0,1**	**0,4**	**0,2**	**0,2**	**0,5**	**0,3**	**0,4**	**1,0**	**0,7**
Otros trasplantes				-	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,1**	**0,1**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Tabla 26. Intensidad de uso del ámbito de alto costo por año y género para población adulta (mayores de 14 años). EPS afiliadas a Acemi, Régimen Contributivo (2008-2011)

	2008			2009			2010			2011		
	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
Paquete integral hemodiálisis	23,52	25,15	24,52	21,78	26,47	24,63	20,16	21,83	21,18	12,59	14,61	13,81
Paquete integral peritoneal	6,28	6,17	6,22	5,82	5,53	5,65	7,97	8,07	8,03	7,23	7,03	7,11
Quimioterapia	4,06	3,85	3,99	3,65	3,37	3,55	4,28	4,18	4,25	4,88	4,47	4,74
Cirugía del sistema nervioso central (incluye las congénitas; las intracraneales, de médula espinal, nervios craneanos, raquídeos y simpáticos)	1,20	1,34	1,25	1,22	1,29	1,25	1,26	1,38	1,31	1,61	1,48	1,57
Electrofisiología (incluye implante y reprogramación de marcapasos y cardiodesfibrilador, mapeo y ablación por cualquier método)	1,32	1,39	1,35	1,44	1,46	1,45	1,58	1,56	1,57	1,44	1,47	1,46
Hemodinamia (cualquier cateterismo que incluya angioplastia o colocación de *Stent*)	1,35	1,43	1,40	1,25	1,32	1,29	1,30	1,39	1,35	1,34	1,42	1,39
Radioterapia	**1,35**	**1,20**	**1,29**	**1,39**	**1,22**	**1,32**	**1,53**	**1,39**	**1,48**	**1,44**	**1,26**	**1,37**
Cirugía cardiaca (incluye las congénitas)	**1,17**	**1,23**	**1,21**	**1,19**	**1,22**	**1,21**	**1,22**	**1,28**	**1,26**	**1,33**	**1,39**	**1,36**
Gran quemado	**1,13**	**1,16**	**1,15**	**1,21**	**1,22**	**1,22**	**1,37**	**1,35**	**1,35**	**1,28**	**1,27**	**1,28**
UCI adultos (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	**1,11**	**1,14**	**1,13**	**1,09**	**1,10**	**1,09**	**1,14**	**1,16**	**1,15**	**1,23**	**1,23**	**1,23**
Reemplazo de rodilla	**1,07**	**1,07**	**1,07**	**1,10**	**1,12**	**1,10**	**1,08**	**1,09**	**1,09**	**1,16**	**1,17**	**1,17**
Reemplazo de cadera	**1,07**	**1,08**	**1,07**	**1,10**	**1,08**	**1,09**	**1,10**	**1,11**	**1,10**	**1,11**	**1,11**	**1,11**
Trasplante de hígado	**1,02**	**1,11**	**1,06**	**1,13**	**1,07**	**1,10**	**1,16**	**1,12**	**1,14**	**1,14**	**1,08**	**1,11**
UCI neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	**1,09**	**1,12**	**1,11**	**1,11**	**1,11**	**1,11**	**1,07**	**1,10**	**1,08**	**1,09**	**1,12**	**1,10**
Cirugía para corrección de malformaciones congénitas no clasificadas en otra parte	**1,06**	**1,04**	**1,05**	**1,02**	**1,06**	**1,04**	**1,14**	**1,02**	**1,09**	**1,02**	**1,15**	**1,09**
Trasplante de córnea	**1,05**	**1,03**	**1,04**	**1,07**	**1,08**	**1,08**	**1,07**	**1,07**	**1,07**	**1,08**	**1,08**	**1,08**
Trasplante médula ósea	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,08**	**1,08**	**1,08**
Otro reemplazo articular	**1,04**	**1,02**	**1,03**	**1,06**	**1,09**	**1,07**	**1,05**	**1,04**	**1,05**	**1,08**	**1,08**	**1,08**
UCI pediatrica no neonatal (incluye toda la hospitalización y procedimientos)	**1,04**	**1,01**	**1,03**	**1,05**	**1,05**	**1,05**	**1,04**	**1,05**	**1,04**	**1,06**	**1,10**	**1,07**
Neuroradiología	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,12**	**1,00**	**1,08**	**1,10**	**1,12**	**1,11**	**1,02**	**1,11**	**1,06**
Trasplante renal	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,01**	**1,01**	**1,01**	**1,02**	**1,02**	**1,02**	**1,06**	**1,05**	**1,06**
Trasplante de corazón	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**1,07**	**1,05**
Otros trasplantes	**1,00**	**1,00**	**1,00**		**1,00**	**1,00**	**1,50**	**1,00**	**1,25**	**1,00**	**1,00**	**1,00**

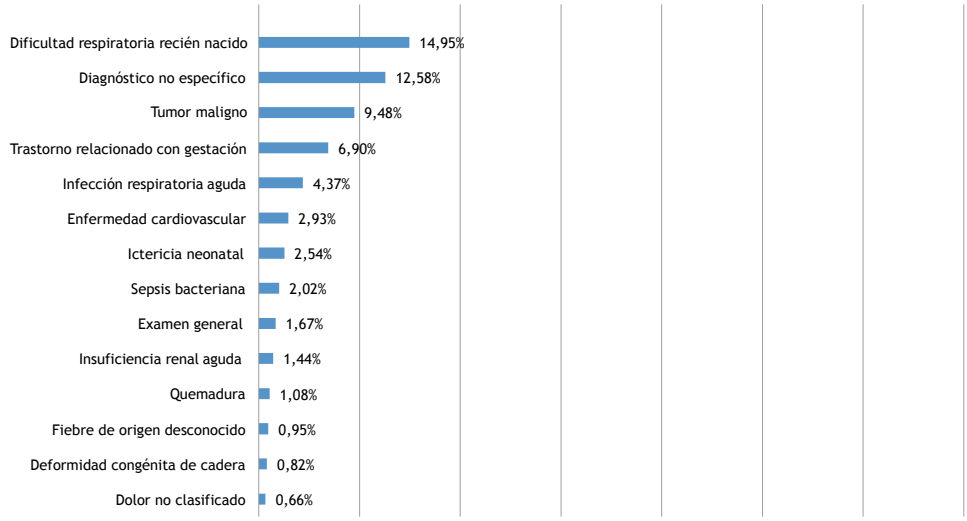
Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

3.5.2. Diagnósticos relacionados con los servicios de alto costo

Del total de diagnósticos relacionados con servicios de alto costo pediátricos, el 13% se agruparon como signos, síntomas y diagnósticos inespecíficos por su inadecuado registro en la historia clínica.

El 19% de los diagnósticos reportados en servicios de alto costo de la población pediátrica están relacionados con patologías respiratorias, siendo la dificultad respiratoria del recién nacido el diagnóstico que más ha presentado aumento desde el año 2008, llegando en 2011 a ser la principal causa asociada a servicios de alto costo tanto en niños como en niñas, seguido de tumores malignos con un 9,4% y trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer, con un 6,9%.

Figura 26. Principales grupos diagnósticos relacionados con servicios de alto costo en población pediátrica (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

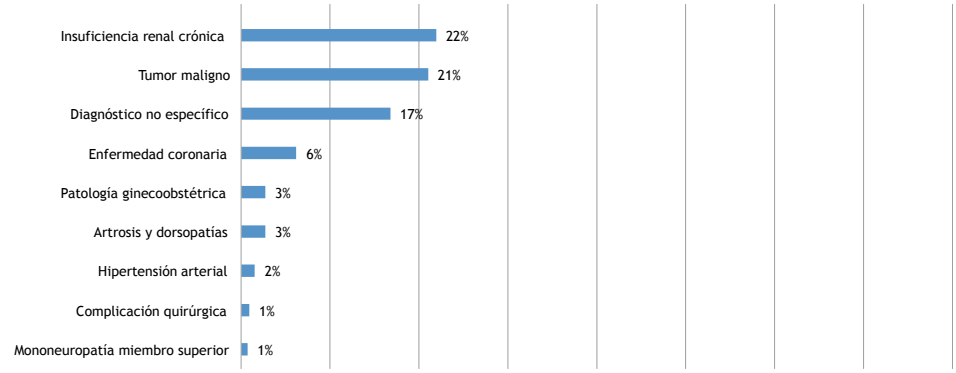
Tabla 27. Principales grupos diagnósticos en el ámbito de alto costo para población pediátrica (0-14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Dificultad respiratoria del recién nacido	7,47	8,48	8,03	7,81	8,31	8,09	10,39	10,71	10,56	12,19	13,20	12,73
2	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (c81-c96)	9,44	10,87	10,23	7,05	7,56	7,33	9,49	10,11	9,83	7,50	8,05	7,80
3	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	0,84	0,77	0,80	3,76	4,12	3,96	6,09	6,07	6,08	6,73	6,83	6,79
4	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	9,52	9,41	9,46	6,57	6,38	6,47	4,49	3,91	4,18	6,22	6,15	6,18
5	Otros síntomas y signos generales	4,58	3,49	3,98	3,56	2,72	3,10	2,83	2,97	2,91	3,44	3,35	3,39
6	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	1,47	1,53	1,50	1,31	1,27	1,29	1,18	1,05	1,11	2,65	2,44	2,54
7	Bronquiolitis aguda	1,92	2,12	2,03	1,30	1,71	1,53	1,61	1,79	1,71	1,73	2,61	2,21
8	Sepsis bacteriana del recién nacido	1,64	1,72	1,69	1,43	1,62	1,54	1,59	1,79	1,70	1,90	2,12	2,02
9	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	4,21	3,68	3,92	0,86	0,99	0,93	1,09	1,33	1,22	1,62	1,71	1,67
10	Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	1,46	1,08	1,25	1,66	1,25	1,43	1,74	1,21	1,46	1,93	1,36	1,62
11	Neumonía, organismo no especificado	1,96	2,22	2,10	1,35	1,26	1,30	1,12	1,30	1,22	1,31	1,63	1,48
12	Insuficiencia renal crónica	1,96	1,96	1,96	1,61	2,05	1,85	1,85	1,33	1,57	1,66	1,24	1,44
13	Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	1,15	1,09	1,12	1,11	1,26	1,19	1,04	1,07	1,05	1,27	1,39	1,33
14	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	1,36	1,00	1,16	1,68	1,20	1,42	1,77	1,39	1,57	1,52	1,13	1,31
15	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	4,50	4,58	4,55	1,74	1,26	1,48	0,73	0,79	0,77	1,21	1,25	1,23
16	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	1,30	1,19	1,24	14,88	15,25	15,08	17,20	17,93	17,59	1,20	1,15	1,17
17	Quemaduras y corrosiones de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio (t20-t25)	0,90	0,90	0,90	1,02	1,15	1,10	0,92	1,11	1,02	1,08	1,07	1,08
18	Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (c69-c72)	0,99	1,14	1,08	0,97	0,98	0,98	1,16	0,94	1,04	1,00	0,96	0,98
19	Fiebre de origen desconocido	0,47	0,51	0,49	0,60	0,59	0,59	0,46	0,36	0,40	0,93	0,97	0,95
20	Asfixia del nacimiento	0,95	1,41	1,20	0,92	1,00	0,96	0,62	0,73	0,68	0,73	1,02	0,89
21	Deformidades congénitas de la cadera	1,83	0,30	0,99	2,16	0,29	1,14	1,71	0,27	0,94	1,51	0,22	0,82
22	Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	0,59	0,53	0,56	0,46	0,39	0,43	0,35	0,34	0,34	0,73	0,71	0,72
23	Tumores malignos de las vías urinarias (c64-c68)	0,40	0,86	0,65	0,64	0,58	0,61	0,82	0,88	0,85	0,90	0,53	0,70
24	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	0,85	0,92	0,89	0,56	0,59	0,58	0,42	0,53	0,48	0,57	0,78	0,69
25	Dolor, no clasificado en otra parte	0,38	0,72	0,57	0,31	0,54	0,44	0,19	0,24	0,22	0,67	0,65	0,66
	Otras causas	37,87	37,52	37,68	34,66	35,67	35,22	29,15	29,84	29,52	37,79	37,46	37,61
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

La ictericia neonatal sigue siendo uno de los principales diagnósticos en los servicios de alto costo con un 2,54% del total, al igual que la bronquiolitis aguda y la sepsis bacteriana del recién nacido, con 2,21% y 2,02% respectivamente.

Figura 27. Principales grupos diagnósticos relacionados con servicios de alto costo en adultos (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

El diagnóstico de insuficiencia renal en población adulta (y sus procedimientos asociados como la diálisis) continúa teniendo la mayor demanda en los servicios de alto costo, diagnóstico que en el 2011 tuvo una proporción de 21,9% (incluyendo cuidados relativos a procedimiento diálisis), con el doble de participación el género masculino (28,54%) respecto a la participación femenina (14,43%).

Los diagnósticos oncológicos suman el 21,04% de los principales diagnósticos de la población adulta asociados a servicios de alto costo, y están relacionados con procedimientos de radioterapia y quimioterapia. Los siguientes en orden de frecuencia son la enfermedad coronaria y la patología ginecoobstétrica, con 6% y 3%, respectivamente.

Tabla 28. Principales grupos diagnósticos en el ámbito de alto costo para población adulta (mayores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Insuficiencia renal crónica	16,84	26,08	21,24	17,09	27,80	22,21	18,12	29,75	23,69	14,43	28,54	20,57
2	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	2,81	3,37	3,08	10,21	8,28	9,29	12,84	10,69	11,81	11,39	11,43	11,41
3	Tumor maligno de la mama (c50)	12,46	0,11	6,57	12,86	0,12	6,77	13,36	0,12	7,02	15,29	0,17	8,71
4	Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	0,20	0,19	0,20	0,45	0,24	0,35	0,18	0,15	0,17	6,98	0,09	3,98
5	Tumores malignos de los órganos digestivos (c15-c26)	2,96	3,65	3,29	2,89	3,66	3,26	2,89	3,48	3,17	2,98	4,19	3,51
6	Tumores (neoplasias) malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines (c81-c96)	3,29	3,88	3,57	2,86	3,44	3,13	2,93	3,13	3,02	2,95	4,04	3,42
7	Atención para la anticoncepción	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,08	0,00	0,05	4,84	0,01	2,74
8	Infarto agudo del miocardio	1,01	2,25	1,60	0,93	2,14	1,51	0,77	1,85	1,29	0,95	2,68	1,70
9	Angina de pecho	1,66	2,59	2,10	1,36	2,23	1,77	1,10	1,95	1,51	1,17	2,23	1,63
10	Artrosis (m15-m19)	1,86	0,91	1,40	1,93	1,02	1,50	1,74	0,92	1,35	1,82	1,18	1,54
11	Hipertensión esencial (primaria)	1,11	1,17	1,14	1,07	1,12	1,09	0,86	1,02	0,93	1,44	1,66	1,54
12	Tumores malignos de los órganos genitales masculinos (c60-c63)	0,00	2,50	1,19	0,00	2,50	1,19	0,00	2,45	1,17	0,00	3,43	1,49
13	Tumores malignos de los órganos genitales femeninos (c51-c58)	2,52	0,00	1,32	2,56	0,00	1,34	2,34	0,00	1,22	2,45	0,00	1,38
14	Cuidados relativos al procedimiento de diálisis	0,92	2,02	1,45	0,84	1,80	1,30	1,01	2,32	1,63	0,81	2,11	1,38
15	Enfermedad isquémica crónica del corazón	1,14	2,25	1,67	0,97	2,09	1,50	0,72	1,47	1,08	0,83	1,90	1,29
16	Otras dorsopatías (m50-m54)	0,84	1,18	1,00	0,97	1,16	1,06	0,79	0,92	0,85	1,01	1,40	1,18
17	Tumores (neoplasias) malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados (c76-c80)	0,37	0,38	0,38	0,55	0,48	0,52	0,44	0,36	0,40	1,19	0,89	1,06
18	Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento (y83-y84)	0,81	1,18	0,99	0,60	0,92	0,75	0,64	1,21	0,92	0,73	1,19	0,93
19	Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos (c30-c39)	0,64	1,00	0,81	0,65	0,96	0,80	0,62	0,91	0,76	0,65	1,11	0,85
20	Otros síntomas y signos generales	1,12	1,28	1,20	2,04	2,19	2,11	0,95	0,85	0,90	0,69	0,99	0,82
21	Dolor de garganta y en el pecho	0,56	0,89	0,72	0,82	1,07	0,94	0,49	0,70	0,59	0,57	1,07	0,79
22	Presencia de implantes e injertos cardiovasculares	0,78	0,92	0,85	0,71	0,80	0,75	0,66	0,73	0,69	0,68	0,93	0,79
23	Mononeuropatías del miembro superior	0,19	0,04	0,12	0,96	0,17	0,58	1,38	0,26	0,84	1,12	0,26	0,75
24	Carcinoma in situ de la mama	2,33	0,01	1,22	1,76	0,01	0,92	1,52	0,01	0,80	1,06	0,02	0,61
25	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	1,58	1,50	1,54	6,11	6,50	6,30	11,80	12,35	12,07	0,57	0,60	0,58
	Otras causas	41,95	40,61	41,31	28,81	29,30	29,04	21,77	22,38	22,07	23,41	27,87	25,35
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

El 16,8% de los diagnósticos de la población adulta relacionados con servicios de alto costo fueron clasificados y agrupados en la historia clínica como signos, síntomas o diagnósticos inespecíficos, evidenciando inadecuado registro de diagnósticos en la historia clínica.

Para el género masculino adulto, la principal causa relacionada con servicios de alto costo es la insuficiencia renal con un 29%, seguida de tumores malignos de los órganos digestivos, con 4,19% de participación. La relación de los tumores malignos de los órganos genitales masculinos con los servicios de alto costo evidencia una tendencia al aumento considerable, que llegó a representar en 2011 el 3,43% del total de los servicios.

El diagnóstico de mayor frecuencia relacionado con servicios de alto costo en mujeres adultas corresponde a tumores malignos de la mama con un 16% del total, presentando un aumento considerable desde el año 2008; continúa en orden de frecuencia la insuficiencia renal con 15% y los tumores malignos de los órganos digestivos, con un 3%.

3.6. Atención domiciliaria

Los servicios de atención domiciliaria han tomado gran importancia en los últimos años, ya que ofrecen la oportunidad de continuar (y reemplazar) los servicios de hospitalización, atendiendo en el domicilio a los pacientes con patologías de baja complejidad, llevando servicios médicos y paramédicos hasta el hogar del usuario discapacitado, brindando beneficios al usuario, a su familia y a la institución hospitalaria, al integrar a los familiares en el cuidado de la salud del paciente. Además, procura brindar servicios humanizados, mantener o recuperar la salud del paciente crónico, contribuir al giro cama hospitalario y al adecuado uso de los recursos en salud, convirtiéndose de esa forma en una estrategia eficiente de prestación de servicios de salud.

En el futuro de la prestación de servicios de salud es indispensable incluir al usuario o al familiar como actores fundamentales en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de la enfermedad, por lo cual se debe profundizar en este tipo de modelos de atención orientados a la comunidad. Adicionalmente, los limitados recursos destinados al sector salud, el aumento de la demanda de servicios, la insuficiencia de la red hospitalaria, la congestión de los servicios de urgencias y los avances tecnológicos a los que el mundo se ve enfrentado diariamente

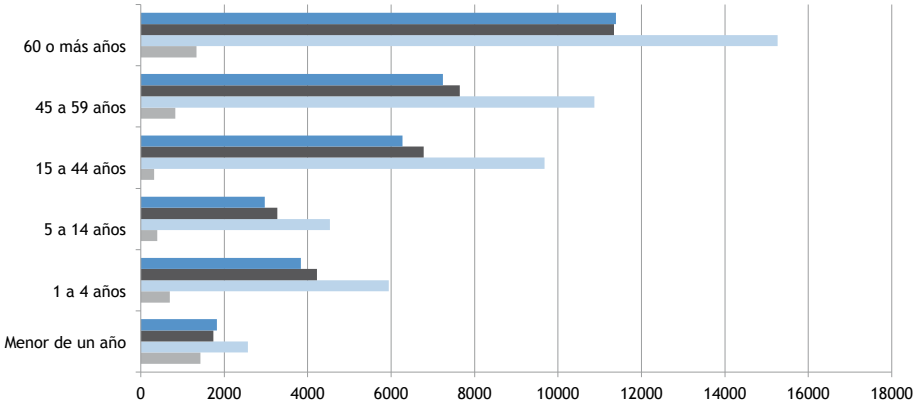
obligan a innovar en modelos de atención que permitan la adaptación a estos desafíos y que lleven a simplificar la atención en salud, convirtiendo a la atención domiciliaria en estrategia o modelo ideal.

3.6.1. Frecuencia e intensidad de uso de la atención domiciliaria

Se ha observado una tendencia a través de los años al aumento en el uso de los servicios de atención domiciliaria, tanto de pacientes agudos en programas de extensión hospitalaria en domicilio como de pacientes crónicos (con grados altos de discapacidad).

En el año 2011, por cada 100.000 afiliados se registraron 6.126 servicios de atención domiciliaria. El pico de uso más alto se obtuvo en el año 2009, cuando alcanzó un poco más de 9.000 servicios domiciliarios por cada 100.000 afiliados.

Figura 28. Frecuencia de uso anual de servicios de atención domiciliaria por cada 100.000 afiliados (2008-2011)



	Menor de un año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 59 años	60 o más años
2011	1.823	3.836	2.968	6.277	7.239	11.385
2010	1.742	4.227	3.269	6.777	7.649	11.341
2009	2.570	5.946	4.529	9.679	10.876	15.265
2008	1.432	699	398	319	825	1.336

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Los programas de atención domiciliaria son una excelente opción para el mantenimiento de la salud y rehabilitación de pacientes postrados en cama, o con grados de discapacidad considerables. Su mayor uso se registra en el grupo etario de adultos mayores (de 60 o más años), tanto en hombres como en mujeres, llegando en el año 2011 a prestarse el servicio 11.385 veces por cada 100.000 afiliados.

Tabla 29. Frecuencia de uso de atención domiciliaria por edad y sexo. EPS afiliadas a ACEMI Régimen Contributivo 2008 a 2011 por 100.000 afiliados.

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	1.327	1.534	1.432	2.094	3.039	2.570	1.419	2.063	1.742	1.483	2.160	1.823
1 a 4 años	639	759	699	4.306	7.535	5.946	3.004	5.416	4.227	2.841	4.805	3.836
5 a 14 años	374	422	398	3.386	5.628	4.529	2.497	4.012	3.269	2.304	3.607	2.968
15 a 44 años	304	336	319	11.700	7.471	9.679	7.927	5.508	6.777	7.440	4.994	6.277
45 a 59 años	800	855	825	12.637	8.849	10.876	8.733	6.379	7.649	8.282	6.017	7.239
60 o más años	1.276	1.411	1.336	15.385	15.115	15.265	11.429	11.230	11.341	11.434	11.323	11.385
Total	**512**	**554**	**533**	**10.223**	**7.877**	**9.094**	**7.174**	**5.796**	**6.516**	**6.812**	**5.376**	**6.126**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

Llama la atención que, a pesar de que los programas de extensión hospitalaria están enfocados hacia el tratamiento de patologías agudas infecciosas y respiratorias, tengan su menor frecuencia de uso en la población infantil, siendo esta en el año 2011 únicamente de 1.823 servicios por cada 100.000 afiliados para la población menor a 1 año, y de 3.836 servicios por cada 100.000 afiliados para la población de 1 a 5 años.

Teniendo en cuenta que la población infantil presenta una frecuencia alta en el uso de servicios de hospitalización por patologías infecciosas y respiratorias, los programas de extensión hospitalaria en domicilio deben convertirse en una estrategia o una opción para el tratamiento pediátrico y, por ende, llegar a ser una solución para los problemas de insuficiencia hospitalaria que actualmente experimenta Colombia.

Tabla 30. Intensidad de uso de atención domiciliaria por edad y sexo. EPS afiliadas a ACEMI Régimen Contributivo 2008 a 2011 por 100.000 afiliados

Consulta médica ambulatoria	2008			2009			2010			2011		
	Sexo											
Grupo de edad	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**	**F**	**M**	**Gral.**
Menor de un año	0,5	0,4	0,4	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
1 a 4 años	0,2	0,1	0,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
5 a 14 años	0,1	0,1	0,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
15 a 44 años	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
45 a 59 años	0,1	0,1	0,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
60 o más años	0,1	0,1	0,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Total	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,1**	**1,0**	**1,1**	**1,1**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. Reporte de población equivalente de las EPS a Acemi.

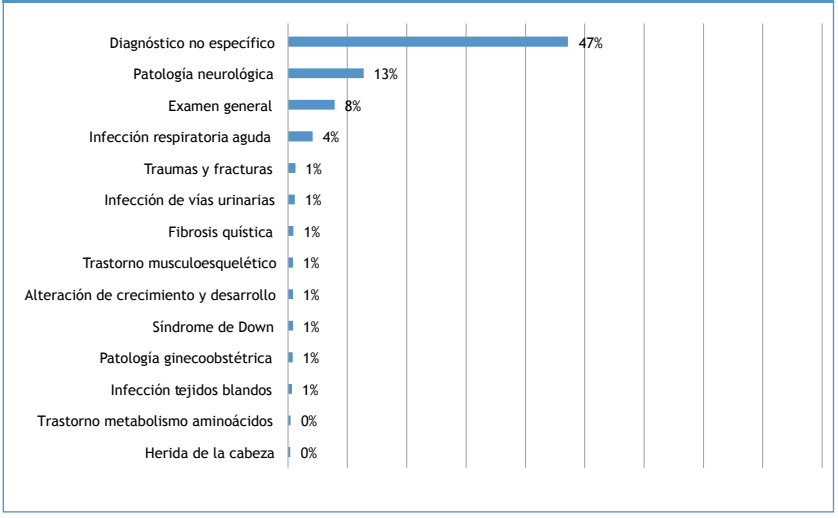
La intensidad de uso de los servicios de atención domiciliaria ha sido similar a través de los años, siendo aproximadamente de 1 servicio para hombres y mujeres en todos los grupos etarios, es decir, los usuarios que utilizan el servicio de atención domiciliaria lo usan solo una vez al año.

3.6.2. Grupos diagnósticos en los servicios domiciliarios

Para la población pediátrica, el 55% de los diagnósticos en atención domiciliaria están agrupados en signos y síntomas o diagnósticos inespecíficos. Este inadecuado registro del diagnóstico en la historia clínica ocasiona un sesgo al momento de definir la morbilidad del servicio.

En 2011, el diagnóstico más frecuente en atención domiciliaria pediátrica fue parálisis cerebral infantil con un 11,04%, seguido de neumonía con un 2,56% del total de atenciones. Es de señalar que existe una tendencia, desde el año 2008, a la disminución de frecuencia de uso de atención domiciliaria por patologías agudas como neumonía (2,56%), bronquiolitis aguda (0,68%), trastornos del sistema urinario (1,16%) y celulitis (0,66%), las cuales se presentan con gran frecuencia en los servicios de urgencias y hospitalización; estos usuarios podrían beneficiarse de programas de atención domiciliaria que resultan muy útiles en períodos de alta incidencia de patologías respiratorias.

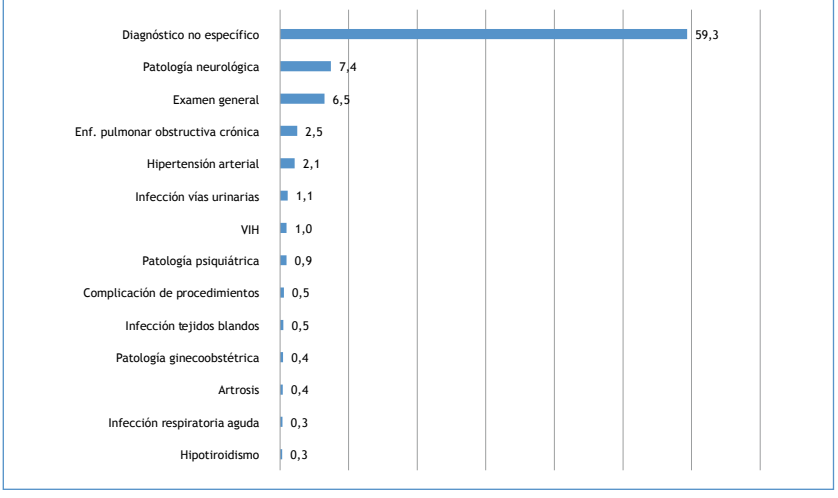
Figura 29. Principales grupos diagnósticos en atención domiciliaria para población pediátrica (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

Lo contrario se observa al evidenciar un aumento progresivo del uso de los servicios de atención domiciliaria en pacientes pediátricos con patologías crónicas, como parálisis cerebral, epilepsia, trastornos del encéfalo y del desarrollo del habla y del lenguaje, sumando todas ellas un 13,6% del total de las atenciones.

Figura 30. Principales grupos diagnósticos en atención domiciliaria para población adulta (2011)



Fuente: Información de servicios año 2011 reportada por las EPS afiliadas a Acemi al MSPS.

Tabla 31. Principales grupos diagnósticos en el ámbito domiciliario para población pediátrica (0- 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	0,41	0,82	0,62	10,68	13,58	12,14	17,36	16,85	17,08	39,14	43,11	41,21
2	Parálisis cerebral infantil	1,42	0,79	1,09	5,36	3,82	4,58	7,28	8,13	7,74	12,24	9,93	11,04
3	Otros síntomas y signos generales	0,99	0,91	0,95	6,28	3,36	4,81	10,48	6,09	8,08	7,87	4,17	5,94
4	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	1,07	1,29	1,18	2,43	3,92	3,18	3,09	3,22	3,16	2,84	2,72	2,78
5	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	24,16	26,69	25,49	11,29	5,95	8,60	3,77	2,24	2,94	2,71	2,73	2,72
6	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1,56	2,20	1,90	3,19	3,93	3,56	0,68	0,65	0,66	2,77	1,96	2,35
7	Neumonía, organismo no especificado	4,92	4,58	4,74	3,49	5,26	4,38	0,82	1,54	1,21	1,58	1,86	1,73
8	Fractura del antebrazo	2,37	4,35	3,41	1,02	2,34	1,68	0,50	0,95	0,75	0,80	1,67	1,25
9	Otros trastornos del sistema urinario	4,56	1,25	2,82	3,48	1,50	2,48	0,54	0,15	0,33	1,72	0,65	1,16
10	Epilepsia	0,24	1,18	0,74	2,44	1,50	1,97	1,35	1,00	1,16	0,87	1,25	1,07
11	Fibrosis quística	0,06	0,07	0,07	0,76	0,04	0,40	1,10	0,33	0,68	1,72	0,20	0,93
12	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	4,30	4,17	4,23	3,54	3,01	3,27	0,85	1,47	1,19	0,70	0,96	0,84
13	Síndrome de Down	0,13	0,23	0,18	0,55	0,27	0,41	0,76	0,81	0,78	0,93	0,73	0,83
14	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	1,40	2,04	1,73	1,42	1,48	1,45	1,87	3,12	2,55	0,82	0,75	0,79
15	Bronquiolitis aguda	0,99	1,01	1,00	1,17	2,45	1,81	3,11	1,73	2,35	0,61	0,74	0,68
16	Celulitis	1,64	1,98	1,82	0,54	1,39	0,97	0,22	0,21	0,21	0,54	0,77	0,66
17	Otros trastornos del encéfalo	1,08	0,16	0,60	1,42	1,53	1,47	0,76	0,36	0,54	0,72	0,57	0,65
18	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3,16	3,56	3,37	1,47	2,03	1,75	1,73	2,02	1,89	0,30	0,65	0,48
19	Luxación, esguince y torcedura de articulaciones y ligamentos del codo	1,03	1,36	1,20	1,04	1,40	1,22	0,62	0,69	0,65	0,40	0,51	0,46
20	Otros trastornos del metabolismo de los aminoácidos	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,14	0,03	0,00	0,01	0,67	0,24	0,44
21	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	0,09	0,36	0,23	0,09	0,08	0,09	0,21	0,34	0,28	0,37	0,49	0,44
22	Falta del desarrollo fisiológico normal esperado	1,65	0,17	0,88	0,72	0,41	0,57	0,81	0,35	0,56	0,35	0,47	0,41
23	Herida de la cabeza	0,01	0,02	0,02	0,02	0,04	0,03	0,16	0,25	0,21	0,26	0,53	0,40
24	Osteocondrodisplasia con defecto del crecimiento de los huesos largos y de la columna vertebral	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,81	0,02	0,40
25	Insuficiencia respiratoria, no clasificada en otra parte	0,03	0,56	0,31	0,05	0,30	0,17	0,04	6,19	3,39	0,11	0,65	0,39
	Otras causas	42,72	40,26	41,43	37,29	40,40	38,86	41,85	41,31	41,56	18,13	21,65	19,96
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

El uso de los servicios de atención domiciliaria en patologías crónicas es mayor en la población adulta. El 13,6% de los diagnósticos principales en mujeres y hombres obedecen a patologías crónicas, principalmente secuelas de enfermedad cerebrovascular con 3,89% seguido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial, con 2,49% y 2,14% respectivamente.

Dentro de los principales grupos diagnósticos podemos observar que únicamente se utiliza el servicio de atención domiciliaria para patologías agudas de la población adulta en un 4,31% del total de esta atención, teniendo como principal causa los trastornos del sistema urinario (1,12%), seguidos del tratamiento para patologías asociadas a enfermedad por VIH, con un 0,95%.

Lo mismo que en la población infantil, en la población adulta llama la atención la disminución del uso del servicio de atención domiciliaria a través de los años con respecto a patologías agudas infecciosas como celulitis y neumonía, que para el año 2011 solo contaron con 0,49% y 0,34% de participación, respectivamente. Por lo anterior, y conociendo el aumento de la demanda de los servicios de urgencias y hospitalización, se hace necesario fortalecer mediante diversas estrategias el ámbito domiciliario en el tratamiento de patologías de baja complejidad.

El 59,3% de los diagnósticos registrados en las historias clínicas de los pacientes adultos que reciben atención domiciliaria fueron agrupados en signos, síntomas y diagnósticos no específicos, lo que no permite una adecuada visualización de la morbilidad de este ámbito. ▣

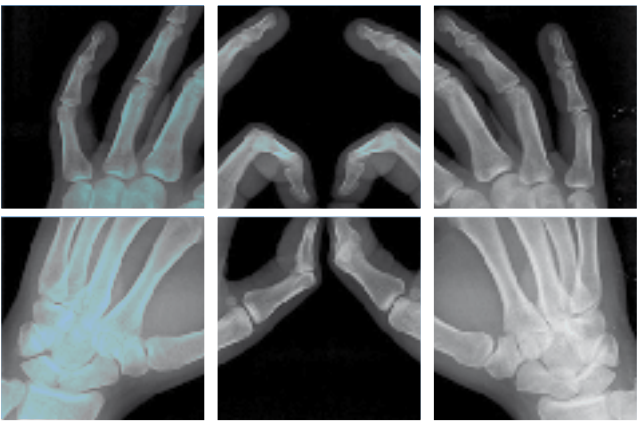
Tabla 32. Principales grupos diagnósticos en el ámbito domiciliario para población adulta (mayores de 14 años)

	Valores en %	2008			2009			2010			2011		
No	Diagnóstico	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.	F	M	Gral.
1	Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas	0,74	0,81	0,77	18,85	17,37	18,21	24,63	18,07	21,81	59,56	53,65	57,27
2	Secuelas de enfermedad cerebrovascular	1,47	1,60	1,52	3,74	4,21	3,94	3,92	4,53	4,18	3,79	4,04	3,89
3	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	2,51	1,84	2,23	2,78	2,92	2,84	1,51	1,44	1,48	3,32	3,15	3,26
4	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	17,08	15,59	16,46	12,54	10,26	11,55	16,96	15,57	16,36	2,60	2,31	2,49
5	Hipertensión esencial (primaria)	1,58	1,29	1,46	4,19	3,12	3,73	3,78	2,69	3,31	2,19	2,07	2,14
6	Otros síntomas y signos generales	1,36	1,37	1,37	3,37	3,83	3,57	2,14	2,80	2,42	1,83	2,46	2,08
7	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	1,54	1,45	1,50	3,37	3,13	3,27	0,36	0,44	0,40	1,40	2,03	1,65
8	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	39,57	37,46	38,70	3,68	3,96	3,80	0,88	1,33	1,07	1,46	1,74	1,57
9	Otros trastornos del sistema urinario	3,27	1,90	2,70	3,52	2,33	3,00	0,99	0,52	0,79	1,27	0,90	1,12
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación	0,01	0,15	0,07	0,43	3,25	1,65	0,20	1,24	0,65	0,25	2,06	0,95
11	Otras enfermedades cerebrovasculares	0,51	0,37	0,45	2,43	2,43	2,43	2,14	2,38	2,24	0,88	0,85	0,86
12	Parálisis cerebral infantil	0,02	0,11	0,06	0,11	0,26	0,18	0,24	0,40	0,31	0,54	0,75	0,62
13	Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte	0,21	0,26	0,23	3,07	2,57	2,85	0,77	0,58	0,69	0,58	0,49	0,54
14	Paraplejía y cuadriplejía	0,10	0,24	0,16	0,23	1,14	0,63	0,14	0,68	0,37	0,20	0,97	0,50
15	Demencia, no especificada	0,25	0,21	0,24	0,44	0,23	0,35	0,53	0,15	0,37	0,62	0,30	0,50
16	Celulitis	2,02	3,90	2,80	1,76	2,49	2,08	0,27	0,32	0,29	0,39	0,64	0,49
17	Enfermedad de Parkinson	0,20	0,23	0,21	0,67	0,41	0,56	0,37	0,35	0,36	0,44	0,56	0,49
18	Demencia en la enfermedad de Alzheimer (g30.-+)	0,05	0,03	0,04	0,26	0,22	0,24	0,25	0,11	0,19	0,59	0,31	0,48
19	Enfermedad de Alzheimer	0,28	0,07	0,19	0,53	0,27	0,42	0,77	0,34	0,58	0,56	0,26	0,44
20	Atención para la anticoncepción	0,04	0,00	0,02	0,11	0,01	0,06	0,48	0,01	0,28	0,68	0,03	0,43
21	Artrosis (m15-m19)	0,42	0,11	0,29	0,94	0,38	0,70	0,72	0,26	0,52	0,54	0,16	0,39
22	Neumonía, organismo no especificado	0,91	0,99	0,94	2,12	2,33	2,21	0,42	0,43	0,42	0,30	0,40	0,34
23	Otros hipotiroidismos	0,15	0,04	0,11	0,14	0,04	0,09	1,13	0,31	0,77	0,34	0,21	0,29
24	Esclerosis múltiple	0,15	0,20	0,17	0,34	0,23	0,29	0,19	0,25	0,22	0,26	0,32	0,28
25	Secuelas de traumatismos de la cabeza	0,06	0,19	0,11	0,07	0,27	0,15	0,04	0,37	0,18	0,04	0,62	0,26
	Otras causas	25,49	29,58	27,18	30,32	32,33	31,19	36,19	44,44	39,73	15,37	18,74	16,68
	Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fuente: Información reportada por las EPS afiliadas a Acemi (selección) al MSPS para los años 2008 a 2011, representando el 75%, 78%, 70% y 97% de la población afiliada equivalente de Acemi. El ordenamiento se hizo por el año 2011 resultado general.

Capítulo

4



Prevención: Actividades de detección temprana y protección específica

Jorge Duarte Rueda

Durante el siglo XX, las actividades de detección temprana y protección específica se convirtieron en una pieza fundamental dentro de los sistemas de salud y aumentaron la visión de la actividad sanitaria y de los servicios médicos que deberían prestarse a los individuos. A través del tiempo, las acciones preventivas aumentaron su robustez científica, tecnológica y operativa, demostrando su valor en la detección y control de los factores de riesgo y su utilidad para evitar la aparición de enfermedades (Eslava, 2002).

Aunque el modelo de atención del SGSSS en Colombia está basado en un enfoque principalmente curativo y relega las acciones de detección temprana y protección específica, los servicios prestados y el esfuerzo en torno a estas acciones son significativos. Actualmente, se plantea que una de las grandes fallas del Sistema es no haber dado el protagonismo necesario a estas actividades; sin embargo, poco se menciona cuántos servicios de prevención son prestados y si se cumplen las metas trazadas por el Ministerio de Salud para los actores encargados de realizarlas.

En este capítulo presentaremos las actividades de detección temprana y protección específica realizadas por las EPS afiliadas a Acemi y el cumplimiento de las metas según las coberturas sobre la población objeto. Para ello se tienen en cuenta las metas establecidas por el Ministerio de Salud en la Resolución 3384 de 2000.

4.1 Actividades preventivas realizadas

En los últimos cuatro años se prestaron casi 164 millones de actividades preventivas, en promedio 41 millones por año, concentrando el 30% del total de servicios prestados al año por las EPS de Acemi. Estas actividades se realizan bajo la reglamentación de la Resolución 412 del 2000.

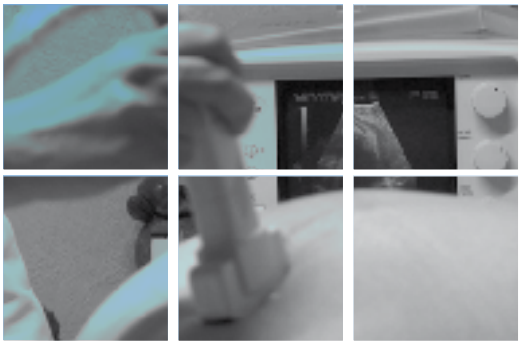


Tabla 33. Número de actividades preventivas desarrolladas por las EPS afiliadas a Acemi (2008-2011)

Actividades preventivas	Número de ejecuciones			
	2008	2009	2010	2011
Planificación familiar hombres	141.501	139.710	108.531	74.167
Detección del cáncer de seno	359.698	441.346	452.620	461.557
Detección de alteraciones de la agudeza visual	589.659	691.574	767.219	696.238
Detección de alteraciones del desarrollo del joven	874.596	973.334	812.372	792.596
Atención del recién nacido	1.348.117	1.416.883	1.490.911	1.295.793
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años	2.114.650	2.454.527	2.678.892	2.428.409
Planificación familiar mujeres	1.520.476	2.084.371	2.642.364	2.652.064
Detección de alteraciones del adulto	2.601.193	3.507.781	2.878.081	2.755.923
Detección del cáncer de cuello uterino	2.639.952	2.984.583	3.268.745	3.160.823
Vacunación	3.384.694	3.523.874	3.643.563	3.469.344
Detección de alteraciones del embarazo	5.989.214	6.252.690	6.596.177	6.151.001
Salud bucal	8.404.320	9.559.932	10.308.825	9.726.054
SubTotal	29.968.071	34.030.606	35.648.301	33.663.969
Otras actividades preventivas*	6.984.553	7.695.298	8.171.559	7.512.516
Total actividades de promoción y prevención de la enfermedad	36.952.624	41.725.904	43.819.860	41.176.485

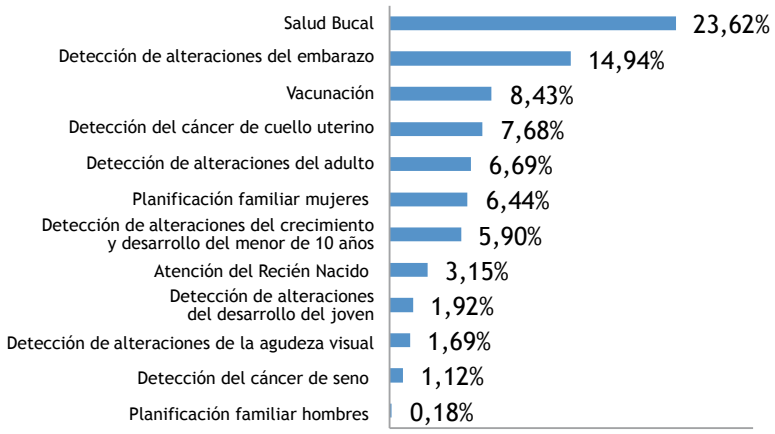
Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad, reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

*Actividades de educación individual o grupal, otras actividades de higiene oral, aplicación de vacunas no incluidas dentro del PAI e inducción a la demanda.

Las actividades de salud bucal concentran el 23,6% de las actividades preventivas ejecutadas. Esto se debe a que las acciones dirigidas a prevenir enfermedades odontológicas se extienden a lo largo de la vida, como el control y remoción de placa bacteriana que se inicia a partir de los dos años o el detartraje supragingival para población mayor de 12 años, entre otras.

Del total de actividades preventivas, el 18,2% corresponde a otras actividades preventivas no contempladas dentro de la Resolución 412, dentro de las que se destacan actividades de educación individual o grupal, otras actividades de higiene oral, aplicación de vacunas no incluidas dentro del PAI e inducción a la demanda.

Figura 31. Porcentaje de actividades preventivas (2011)



Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop.

Es importante determinar el cumplimiento de las metas establecidas por el Ministerio de Salud para las actividades de detección temprana y protección específica en la Resolución 3384 del 2000. A continuación presentamos las que consideramos de mayor importancia e impacto. La población objeto para el cálculo de las metas se obtuvo con base en la población reportada por las EPS para los años 2008 a 2011, y la cobertura se obtiene de dividir las ejecuciones entre la población objeto, o sea, el número de actividades sobre la población objeto.

4.2 Detección de alteraciones del embarazo

En el año 2011 se prestaron 6.151.001 servicios orientados a vigilar la gestación, detectar y corregir tempranamente las complicaciones del embarazo y educar a la pareja con el fin de facilitar una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija.

- **Aplicación TD o TT a gestantes:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 71% y el 93% de aplicaciones de TD o TT a gestantes, manteniéndose muy cercana a la meta, la cual es del 90%.

- **Consulta odontológica general de la gestante:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 92% y el 118% de consulta odontológica general de la gestante, casi quintuplicando la meta del 20%.

- **Consejería para VIH gestantes:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 90% y el 114% de consejerías para VIH a gestantes, manteniéndose muy por encima de la meta del 85%. Se presenta una diferencia entre la información reportada al Observatorio y este reporte de actividades, ya que en las actividades se reporta el Total de consejerías realizadas a todas las gestantes, mientras que al observatorio se reportan consejerías realizadas a los casos de VIH.

- **Consultas prenatales de primera vez por médico:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 101% y el 134% de consultas prenatales de primera vez por médico, manteniéndose muy por encima de la meta del 85%.

- **Glicemia en gestantes:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 108% y el 151% de glicemia en gestantes, manteniéndose muy por encima de la meta, la cual es del 85%.

- **Hemoclasificación en gestantes:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 86% y el 114% de hemoclasificación en gestantes, manteniéndose muy por encima de la meta del 85%.

- **Hemograma completo gestantes:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 86% y el 114% de hemograma completo a gestantes, manteniéndose muy por encima de la meta del 85%.

- **Suministro de multivitamínicos a gestantes:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 80% y el 95% de suministro de multivitamínicos a gestantes, manteniéndose alrededor de la meta del 85%.

- **Ultrasonografía pélvica obstétrica:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 118% y el 175% de ultrasonografía pélvica obstétrica, manteniéndose muy por encima de la meta 85%.

- **Uroanálisis en gestantes:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 87% y el 120%, muy por encima de la meta del 85%.

- **Consultas de control prenatal realizadas (médico o enfermera):** se observa para todos los años analizados una cobertura que oscila entre el 50% y el 65%, encontrándose por debajo de la meta, la cual es del 85%.

- **Detección temprana de sífilis congénita:** se observa para todos los años analizados una cobertura que oscila entre el 106% y el 176% de detección temprana de sífilis congénita (realización de VDRL), manteniéndose muy por encima de la meta, la cual es del 90%. Sin embargo, vale la pena ser cautelosos en la interpretación, pues la guía dice que se debe hacer 2 a 3 VDRL en cada gestante, por lo cual sería importante estandarizar el reporte por caso completo de tamizaje.

- **Atenciones institucionales del parto (parto y cesárea):** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 78% y el 113% de atenciones del parto y cesárea, fluctuando alrededor de la meta, la cual es del 95%. La cobertura para estas actividades supera en algunos años el 100% debido a que la programación se hace sobre un estimado de gestantes según las tasas específicas de fecundidad por cada quinquenio de las mujeres en edad fértil según el censo del 2005. La disminución para el último año en parte puede explicarse por la

realización de estos procedimientos con cobertura por parte de medicina prepagada o seguros de salud adicionales.

- **Consulta médica de control postparto:** todos los años analizados alcanzan una cobertura de consultas médicas y control de postparto entre el 71% y el 101% cercana a la meta, la cual es del 90%. Las cifras pueden presentar este comportamiento por las mismas razones expuestas para la atención del parto.

Tabla 34. Detección de alteraciones del embarazo. Cobertura y meta

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Detección de alteraciones del embarazo					
Número aplicación de TD o TT gestantes	93	91	86	71	90
Número consulta odontológica general de la gestante	118	112	109	92	20
Número de consejerías para VIH gestantes	112	114	104	90	85
Número de consultas prenatales de primera vez por médico	123	134	116	101	85
Número glicemia en gestantes	151	138	135	108	85
Número hemoclasificación en gestantes	114	109	107	86	85
Número hemograma completo gestantes	110	114	106	86	85
Número suministro de multivitamínicos gestantes	94	88	95	80	85
Número ultrasonografía pélvica obstétrica	175	174	148	118	85
Número uroanálisis gestantes	120	116	109	87	85
Número de consultas de control prenatal realizadas (médico - enfermera)	65	59	60	50	85
Detección temprana de sífilis congénita	176	159	116	106	90
Número consulta médica de control postparto	101	100	95	71	90
Número de atenciones institucionales del parto (parto y cesárea)	113	105	99	78	95

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

4.3 Vacunación

En el año 2011 se prestaron 3.469.344 actividades de vacunación orientadas bajo el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con el objetivo de lograr la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles y con esto disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad secundarias causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años. La cobertura puede ser mayor al 100% debido a que la programación de la población objeto es mucho menor al número de la población real y, a su vez, del número de dosis requerido para cada vacuna; también puede existir un aumento en la cobertura por el programa Vacunación sin Barreras, el cual permite aplicar las vacunas sin necesidad de carné de afiliación o documento de los niños.

- **Aplicación de antipolio:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 78% y el 127% de aplicación de antipolio, manteniéndose cercana a la meta del 90%.

- **Aplicación conjugada contra haemophilus influenza:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 102% y el 136% de aplicación conjugada de haemophilus influenza, muy por encima de la meta del 90%.

- **Aplicación DPT menores hasta 11 meses:** para los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 66% y el 80% de aplicación de DPT en menores hasta 11 meses, por debajo de la meta, la cual es del 90%.

- **Aplicación de triple viral niños:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 63% y el 77% de aplicación de triple viral en niños, por debajo de la meta del 90%.

- **Aplicación de vacunas contra fiebre amarilla:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura entre el 63% y el 97% de aplicación de vacuna contra fiebre amarilla, evidenciando una mejoría en la cobertura, superando para el año 2011 la meta del 90%.

- **Dosis antihepatitis B aplicadas en menores de un año:** se observa que en los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 111% y el 130% de dosis de antihepatitis B aplicadas en menores de un año, muy por encima de la meta del 90%.

- **Dosis aplicadas de BCG:** se observa para todos los años analizados una cobertura que oscila entre el 99% y el 142% de dosis de BCG aplicadas, muy por encima de la meta (90%). Para esta actividad de vacunación la cobertura puede ser tan elevada ya que se vacuna a todos los recién nacidos, algunos de los cuales no ingresan a formar parte de la misma EPS ni del Régimen Contributivo, por lo cual podría presentarse este comportamiento.

Tabla 35. Vacunación según Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Coberturas y meta

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Vacunación					
Número aplicación de antipolio	127	103	93	78	90
Número aplicación de conjugada contra H. influenza	102	136	123	103	90
Número aplicación de DPT menores hasta 11 meses	80	74	78	66	90
Número aplicación de triple viral niños	67	69	77	63	90
Número aplicación vacunas contra fiebre amarilla	67	77	63	97	90
Número dosis antihepatitis B aplicadas en menores de 1 año	130	130	128	111	90
Número dosis aplicadas BCG	142	134	123	99	90

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

4.4 Detección de cáncer de cuello uterino y de seno

En el año 2011 se realizaron 3.160.823 actividades, intervenciones y procedimientos enfocados a mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, con el objetivo de realizar una detección temprana del cáncer de cuello uterino y la atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino.

- **Citologías realizadas y leídas:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 87% y el 96% para la realización de citologías, permaneciendo por encima de la meta (80%). Vale la pena resaltar que la meta determina que cada año se haga citologías al 64% de las mujeres entre 25 y 69 años (la población objeto es el 80% de las mujeres y la meta es 80% de cobertura sobre la población objeto), para un programa que tiene un esquema de anualidad para las mujeres con citología normal por dos años seguidos y luego un seguimiento a los 3 años si no tienen factores de riesgo.

- **Colposcopias y tomas de biopsia:** para los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 90% y 128% para la realización de colposcopias, permaneciendo superior a la meta (80%). La cobertura de toma de biopsias ha estado entre 64% y 92% en el periodo analizado, siendo la meta de 80%. Estas dos metas se hacen basadas en una estimación de anormalidad de la citología de 9,3%, valdría la pena revisar la tasa de anormalidad de las citologías para correlacionarla con el estándar o tener una cobertura definida sobre las citologías anormales para analizar la realización de colposcopia. Por otro lado, la meta de biopsias es igual que la de colposcopias; sin embargo, técnicamente no está indicado realizar biopsia a una mujer en la cual los hallazgos en la colposcopia son negativos. Es importante hacer esta salvedad para poder sacar conclusiones acerca de los resultados observados y las medidas que deben tomarse.

- **Mamografías realizadas y leídas:** para los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 40% y 47% para la realización de mamografías, siendo muy superior a la meta, que es del 20%.

- **Biopsia de seno por punción con aguja fina:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 40% y 49% para la realización de biopsias, siendo muy superior a la meta, que es del 20%.

Tabla 36. Actividades de detección del cáncer de cuello uterino y de seno. Cobertura y meta

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Detección del cáncer de cuello uterino					
Número de citologías cervicouterinas realizadas y leídas	87	93	96	89	80
Número de colposcopias realizadas	90	110	128	94	80
Número de toma de biopsias de cuello uterino	64	86	92	77	80
Detección del cáncer de seno					
Número de mamografías realizadas y leídas	40	47	46	44	20
Número de tomas de biopsia de seno por punción con aguja fina	44	49	39	40	20

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad, reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

4.5 Detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años

En el año 2011 se prestaron 2.755.923 actividades en personas mayores de 45 años con el objetivo de lograr la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o de algunas de las patologías crónicas de mayor frecuencia en los grupos etarios por encima de esta edad. Dichas actividades, procedimientos e intervenciones también facilitan el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación. Dentro del grupo de enfermedades que se busca impactar se encuentran las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del metabolismo, enfermedades neoplásicas, enfermedades crónicas del pulmón, enfermedades musculoesqueléticas y osteoarticulares y enfermedades neurológicas. Las actividades realizadas con este objetivo se citan en la siguiente tabla, donde podemos ver que para todos los años y todas las actividades, se alcanza una cobertura mayor o igual al 48% en consultas y realización de exámenes, superando la meta de 40%.

Tabla 37. Detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años. Cobertura y meta

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Detección de alteraciones del adulto mayor de 45 años					
Número creatinina adultos de 45 y más años	52	66	54	48	40
Número de consultas de detección de alteraciones del adulto por médico	58	65	59	54	40
Número glicemia basal en adultos de 45 y más años	54	67	55	49	40
Número parcial de orina adultos de 45 y más años	52	63	54	48	40
Número perfil lipídico en adultos de 45 y más años	64	101	58	52	40

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad, reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

4.6 Actividades de planificación familiar

En el año 2011 se realizaron 2.726.231 actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a mujeres y hombres en edad fértil con el objetivo de brindar la información, educación y métodos necesarios para responder a su derecho reproductivo, así como prevenir las gestaciones no deseadas. Dentro de las actividades que se desarrollan se encuentran la información, educación, consejería y anticoncepción.

- **Anticoncepción hormonal por métodos modernos (excepto hormonal oral):** se observa, para los años analizados, que se alcanza una cobertura que oscila entre 114% y 257%, encontrándose por encima de la meta, la cual es del 80%, excepto para el año 2008, debido a que la cobertura de este método en el POS se inició en el último trimestre de este año. Además, hay que resaltar que la cobertura es mayor al 100% debido a que en el cálculo de la población objeto se considera que solo un 19% del total de las mujeres que consideran otro método de planificación familiar optan por este.

- **Aplicación de dispositivo intrauterino:** para los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 152% y 344%, siendo muy superior a la meta (80%). La cobertura es mayor al 100% debido a que en el cálculo de la población objeto solo se toma el 11% del subtotal de mujeres que inician algún método de planificación familiar.

- **Consultas de planificación familiar de control realizadas a mujeres (por médico o enfermera):** en todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 61% y el 85%, por encima de la meta del 50%.

- **Consultas de planificación familiar de primera vez realizadas a mujeres (por médico o enfermera):** se observa para los años analizados una cobertura que oscila entre el 143% y el 191%, muy por encima de la meta del 80%. Esta cobertura mayor al 100% se explica con el cálculo de la población objeto, que excluye al 58% de mujeres susceptibles de planificar, por ser mujeres que no desean utilizar métodos de planificación o mujeres sin vida sexual activa.

- **Esterilizaciones femeninas realizadas:** se aprecia una cobertura entre el 68% y el 104%, observándose una disminución progresiva a través de los años y una cobertura final inferior a la meta de 80%. Esto puede deberse a la disponibilidad de otros métodos menos radicales y con eficacia similar.

- **Mujeres con anticoncepción de emergencia:** en los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 6% y el 12%, muy por debajo de la meta, que es del 80%. Esto se debe a que en la programación se toma el 10% de las mujeres en edad fértil que continúan con otro método diferente a los anteriores y a esto se le suma las mujeres que en años anteriores ya habían empleado este método.

Para las actividades de planificación en hombres se toma como base de programación las esterilizaciones femeninas, de las cuales solo se toma el 8,2% de la población como objeto de la actividad, lo cual puede explicar un cubrimiento mayor del 100%.

- **Consulta de planificación familiar en hombres:** en los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 315% y 667%, muy superior a la meta (80%).

- **Consulta de control de planificación familiar en hombres:** para los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 124% y 286% para la realización de consultas de control, siendo muy superior a la meta (50%).

- **Esterilizaciones masculinas realizadas:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre 206% y 537%, siendo muy superior a la meta (80%).

Tabla 38. Actividades de planificación familiar en mujeres y hombres

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Planificación familiar mujeres					
Mujeres con anticoncepción hormonal métodos modernos (excepto hormonal oral)	0	114	240	257	80
Número aplicación de dispositivo intrauterino	344	260	188	152	80
Número de consultas de planificación familiar de control realizadas a mujeres (por médico o enfermera)	61	75	85	80	50
Número de consultas de planificación familiar de primera vez realizadas a mujeres (por médico o enfermera)	190	191	176	143	80
Número de esterilizaciones femeninas realizadas	104	91	80	68	80
Número de mujeres con anticoncepción de emergencia	6	11	12	10	80
Planificación familiar hombres					
Número de consulta de control planificación hombres	286	285	220	124	50
Número de consulta planificación hombres	550	667	495	315	80
Número de esterilizaciones masculinas realizadas	537	347	249	206	80

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop

4.7 Atención del recién nacido

En el año 2011 se realizaron 1.295.793 actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el parto e inmediatamente después, con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. La importancia de estas actividades radica en que la mayoría de las complicaciones en este período son prevenibles, controlables o manejables, y tienen una relación con la salud de la madre, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal. Algunas coberturas superan el 100% debido a que la población objeto con la cual se realiza el cálculo se basa en un estimado de gestantes según las tasas específicas de fecundidad por cada quinquenio de las mujeres en edad fértil, según el censo de 2005.

- **Aplicación de vitamina K:** para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 86% y el 115% de aplicación de vitamina K, manteniéndose alrededor de la meta, la cual es del 90%.

- **Consultas médicas de control del recién nacido (por médico o enfermera):** en los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 79% y el 107%, manteniéndose alrededor de la meta, la cual es del 90%.

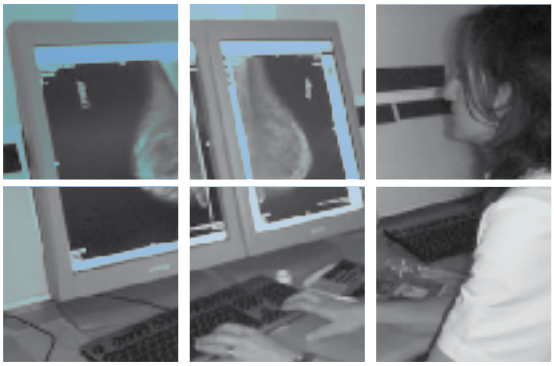
- **Exámenes de TSH realizados a recién nacidos (toma y análisis):** se observa para los años analizados una cobertura que oscila entre el 76% y el 108%, manteniéndose alrededor de la meta, la cual es del 90%.

- **Hemoclasificación del recién nacido:** se observa que para todos los años analizados se alcanza una cobertura que oscila entre el 77% y el 109% de hemoclasificación del recién nacido, encontrándose cercana a la meta del 90%.

Tabla 39. Atención del recién nacido. Cobertura y meta

Actividades preventivas	Cobertura %				Meta
	2008	2009	2010	2011	
Atención del recién nacido					
Número de aplicaciones de vitamina K	115	112	108	86	90
Número de consultas médicas de control del recién nacido (por médico o enfermera)	107	101	98	79	90
Número de exámenes de TSH realizados a recién nacidos (toma y análisis)	108	104	98	76	90
Número de exámenes de hemoclasificación RN	109	103	98	77	90

Fuente: Información de actividades de promoción y prevención de la enfermedad reportada al MSPS por el 85% de las EPS afiliadas a Acemi y Saludcoop



Capítulo

5

Indicadores del Sistema de Información para la Calidad

Andrés Mauricio Álvarez P.

La calidad de la atención en salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Decreto 1011 de 2006).

En el año 1993, con la aprobación de la Ley 100, se estableció el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y, con ello, la acreditación en salud, contemplando la calidad como un atributo fundamental en la prestación de servicios de salud.

En estos tiempos en donde el actual Sistema se encuentra fuertemente cuestionado, es alentador observar como EPS, IPS y empresas de medicina prepagada continúan esforzándose día a día para prestar sus servicios de salud con altos estándares de calidad dentro de un trabajo arduo de mejora continua, es así como hoy en día existen 27 instituciones acreditadas en salud por el Icontec en Colombia, las cuales pueden ofrecer a sus usuarios mayor seguridad, calidad y humanización en su atención.

La calidad en salud implica un proceso de mejoramiento continuo enmarcado en cinco características: continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad; el cumplimiento satisfactorio de estas permite producir servicios de salud con calidad, que son percibidos positivamente por el usuario y la sociedad. En este capítulo se presentan los resultados en oportunidad y satisfacción del usuario de las EPS asociadas a Acemi.

5.1. Oportunidad

La oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Se condiciona por el equilibrio de la oferta y demanda de los servicios y por la organización y la operación eficiente y efectiva de la prestación. La oportunidad es una de las principales exigencias del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y se mide como el resultado de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha para la cual le es asignada.

Garantizar la oportunidad de consulta médica y de odontología general ambulatoria es de vital importancia para el control de la demanda, el oportuno diagnóstico de patologías y el adecuado direccionamiento ha-

cia la consulta especializada; es por esto que actualmente se ha expedido una serie de normas regulatorias que obligan a garantizar la oportunidad de medicina general y de odontología general en un tiempo no mayor a tres días (Decreto Ley 019 de 2012 y Resolución 1552 de 2013).

Adicionalmente, para dar continuidad a la atención en salud, es necesario garantizar acceso oportuno a medicamentos, exámenes diagnósticos y procedimientos paramédicos ambulatorios que permiten mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente y obtener mejores resultados en salud.

La oportunidad de la consulta ambulatoria por especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutiva de los casos en relación con la detección y atención temprana y los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad y secuelas. Adicionalmente, cuando la oportunidad no es apropiada, las consecuencias son la congestión y el mal uso de servicios de urgencias.

La oportunidad puede verse afectada por diferentes factores, como la insuficiencia de la capacidad instalada institucional o del recurso humano ofertado, por la inadecuada logística y planeación de la prestación y por la cancelación o inasistencia de los usuarios. Este indicador se convierte en un mecanismo de información de importancia para la planeación de las operaciones, tanto para el prestador como para el asegurador, ya que permite evaluar la suficiencia de recurso humano y la calidad de su atención, así como diseñar estrategias para atenuar o disminuir la inasistencia del usuario.

En Colombia, la oferta disponible de recurso humano en salud, especialmente de médicos, se considera deficiente, lo cual impacta en la oportunidad y la continuidad de los tratamientos, particularmente con médicos especialistas y subespecialistas. Esta premisa requiere de estudios y censos con información más reciente y cercana a la realidad. El estudio más reciente en Colombia fue adelantado por el Cendex, con bases de datos del 2006 sobre egresados de programas de pregrado, posgrado y subespecialidades, y con proyecciones para los años comprendidos entre el 2007 y 2011, basadas en los servicios esperados (consulta, cirugía, hospitalizaciones, etc.) y la demanda de programas de especializaciones y subespecializaciones.

Según el estudio *Recursos humanos de la salud en Colombia* del Cendex de la Universidad Javeriana, en su tercera edición, se estimó que en el 2011 Colombia contaba con recurso médico distribuido como se observa en la tabla 40.

Tabla 40. Proyección de disponibilidad y requerimientos de médicos a 2011

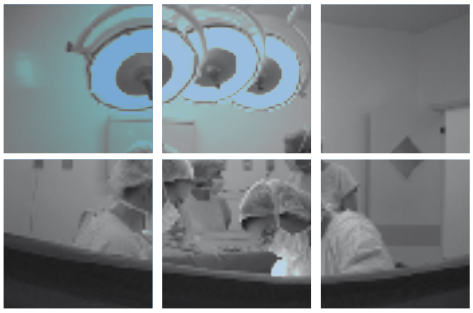
Tipos de médico	En el 2011 contaba con	Se requerían	Faltaban
Médicos generales	77.473	91.897 a 103.253	14.424 a 25.780
Médicos internistas	2.011	2.217 a 2.491	206 a 480
Cirujanos generales	1.442	1.659 a 1.864	217 a 422
Pediatras	2.120	2.329 a 2.617	209 a 497
Anestesiólogos	1.513	1.998 a 2.245	485 a 732
Ortopedistas y traumatólogos	786	863 a 970	77 a 184
Segunda especialidad cirugía general	1.442	1.659 a 1.864	217 a 422
Segunda especialidad medicina interna	2.011	2.217 a 2.491	206 a 480
Segunda especialidad pediatría	2.011	2.217 a 2.491	206 a 480

Fuente: Ruiz F. et al. *Recursos humanos de la salud en Colombia*. Tercera Edición. Colombia.

Por medio del Decreto 019 de 2012 (Ley Anti-trámites) se intentó regular los tiempos de acceso a las citas de médico general y médico especialista (artículos 123 y 124), lo cual ha tenido un éxito parcial.

El estándar de oportunidad de la consulta médica general y especializada debería contemplar variables como la zona geográfica y la oferta de recursos, pues en algunas regiones existe restricción de oferta de salud y difíciles condiciones de acceso.

En el mundo no existen estándares generales acerca de cuál es el tiempo adecuado para recibir atención especializada. Se ha discutido mucho más con respecto a la primera consulta, aunque allí tampoco hay un estándar internacional. La tendencia actualmente es establecer tiempo de oportunidad para ciertas atenciones consideradas prioritarias o para las cuales hay evidencia de que el tiempo de atención tiene un efecto en los resultados clínicos del paciente, por ejemplo, el tiempo entre la sospecha de cáncer de seno y el inicio de tratamiento (90 días), la atención de las gestantes de alto riesgo o los tiempos de atención para leucemia linfoide aguda en niños: en estos casos hay evidencia de que el tiempo de atención puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.



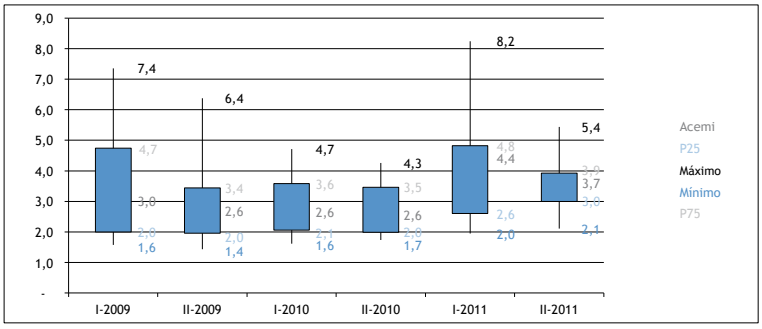
Frente al problema expuesto, es necesario desarrollar una política por medio de la cual se cree una lista de condiciones o enfermedades a las cuales se les debe priorizar su tiempo de atención, acceso y continuidad del manejo médico. También es necesaria una política a largo plazo que solucione la insuficiencia del recurso humano, basada en un estudio previo que determine la verdadera situación sobre el número de profesionales de salud activos y disponibles en el país por regiones, y el número requerido según la demanda y la carga de enfermedad de la población, donde se garantice la participación activa del sector académico, enfocando los perfiles de formación, las competencias exigidas y la creación de programas a las necesidades de nuestro medio.

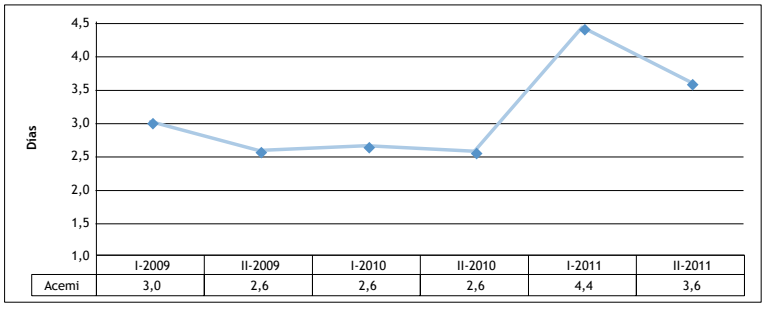
5.1.1. Oportunidad de consulta de medicina general y odontología general

En los últimos tres años (2009-2011) el promedio de la oportunidad de cita ambulatoria de medicina general de las EPS del Régimen Contributivo ha sido de 3,1 días, lo que nos lleva a decir que ha sido congruente con el estándar propuesto por el Gobierno.

Se evidencia una tendencia a aumentar el tiempo de oportunidad de la consulta de medicina general, llegando en el primer semestre del año 2011 a 4,4 días. Teniendo en cuenta que el número de consultas entre los años 2009 y 2011 ha sido regular, e inclusive con frecuencia más baja en los últimos dos años, se puede concluir que la oportunidad se ha visto afectada o por insuficiencia de recurso humano, o por inadecuada planeación en la prestación del servicio, o por inasistencia del usuario a su consulta —este último factor se incrementó considerablemente en el año 2011 a raíz de la prohibición de multas o sanciones a usuarios que no asistieron a la consulta programada—.

Figura 32. Oportunidad de la consulta de medicina general (2009-2011)

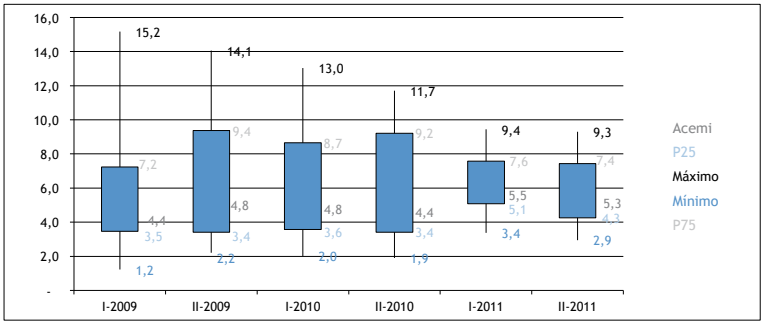


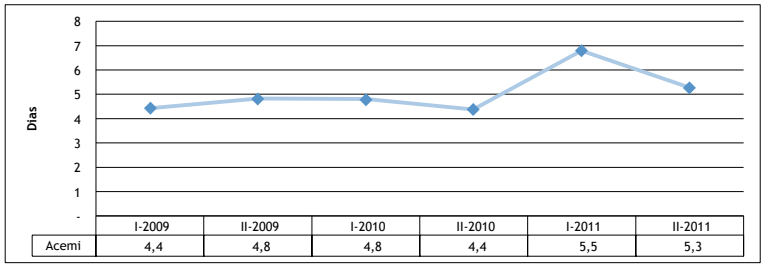


Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	3,0	2,6	2,6	2,6	4,4	3,7
Mínimo	1,6	1,4	1,6	1,7	2,0	2,1
P25	2,0	2,0	2,1	2,0	2,6	3,0
P75	4,7	3,4	3,6	3,5	4,8	3,9
Máximo	7,4	6,4	4,7	4,3	8,2	5,4

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Figura 33. Oportunidad de la consulta de odontología (2009-2011)





Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	4,4	4,8	4,8	4,4	5,5	5,3
Mínimo	1,2	2,2	2,0	1,9	3,4	2,9
P25	3,5	3,4	3,6	3,4	5,1	4,3
P75	7,2	9,4	8,7	9,2	7,6	7,4
Máximo	15,2	14,1	13,0	11,7	9,4	9,3

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Para el caso de odontología general, las EPS afiliadas a Acemi tienen un promedio de oportunidad de 4,9 días entre los años 2009 a 2011. Este ítem también tuvo aumento en sus tiempos en el año 2011, llegando a estar en 6,8 días en el primer semestre, pero finalizó este mismo año con una oportunidad de 5,3 días.

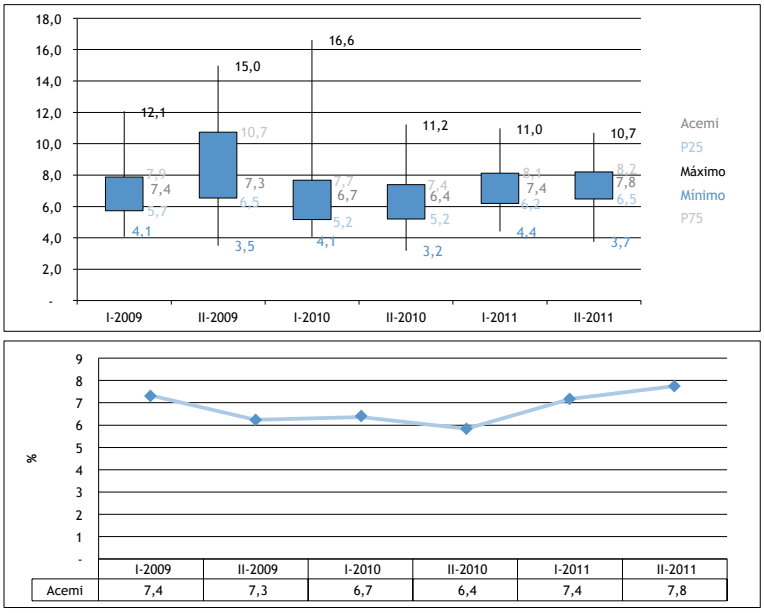
5.1.2. Oportunidad de consulta de medicina especializada

Al igual que lo que sucede con la consulta de medicina general y odontología, la consulta de medicina especializada mostró la misma tendencia de aumentar sus tiempos de oportunidad en el primer semestre de 2011, pues en los años anteriores la tendencia era a disminuir. Tal fenómeno coincide temporalmente con la eliminación de multas y sanciones al usuario, lo que aumentó la inasistencia, que a su vez impacta la oportunidad. Posteriormente se realizaron diferentes campañas y estrategias para mejorar el cumplimiento a citas médicas, lo que permitió mejorar la oportunidad en el segundo semestre del año 2011.

Dentro de las especialidades básicas de la prestación de servicios de salud, pediatría cuenta con la mejor cifra, al tener su oportunidad en el año 2011 en un promedio de 7,4 días, a pesar de que en muchos modelos de prestación esta especialidad tiene ingreso directo, es decir, no requiere de una remisión desde medicina general, obviando así un primer filtro de pertinencia.

La especialidad de medicina interna ha tenido un comportamiento más estable a través de los años, inclusive con una tendencia a mejorar la oportunidad, terminando el año 2011 con un promedio de tiempo transcurrido entre la solicitud de una cita médica y la fecha de asignación de 13,4 días.

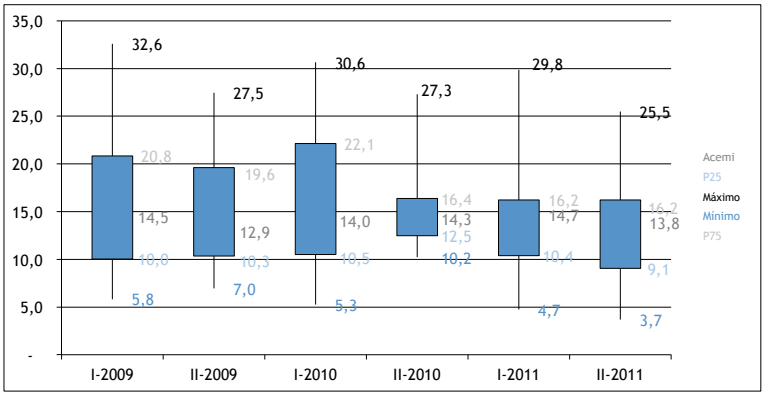
Figura 34. Oportunidad consulta de pediatría (2009-2011)

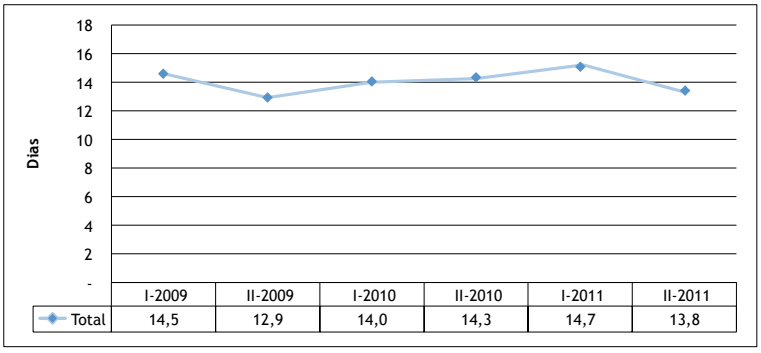


Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	7,4	7,3	6,7	6,4	7,4	7,8
Mínimo	4,1	3,5	4,1	3,2	4,4	3,7
P25	5,7	6,5	5,2	5,2	6,2	6,5
P75	7,9	10,7	7,7	7,4	8,1	8,2
Máximo	12,1	15,0	16,6	11,2	11,0	10,7

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Figura 35. Oportunidad de la consulta de medicina interna (2009-2011)





Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	14,5	12,9	14,0	14,3	14,7	13,8
Mínimo	5,8	7,0	5,3	10,2	4,7	3,7
P25	10,0	10,3	10,5	12,5	10,4	9,1
P75	20,8	19,6	22,1	16,4	16,2	16,2
Máximo	32,6	27,5	30,6	27,3	29,8	25,5

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Diferente ocurre con la especialidad de ginecobstetricia, en la cual se observa una tendencia a aumentar el tiempo de oportunidad de manera considerable, pasando de 9,37 días en el primer semestre de 2009 a 11 días en el segundo semestre de 2011.

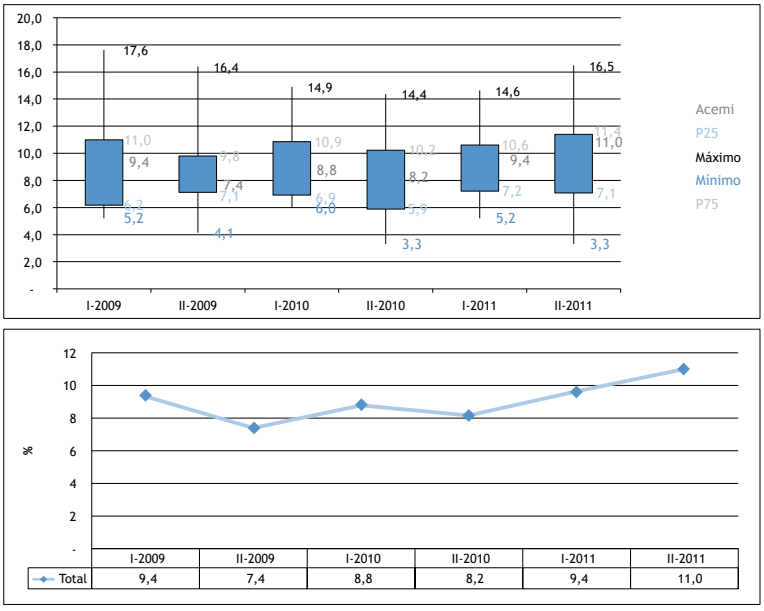
En los últimos tres años, el promedio de la oportunidad para la consulta de cirugía general es de 9 días, y ha sido poco variable a través de los años.

Actualmente no existen cifras disponibles para realizar un comparativo de oportunidad de consulta médica entre países, pero los tiempos de espera son un indicativo. A continuación se citan algunos resultados en tiempos para acceder a consulta médica, de Chile, Canadá y España, y finalmente se comparan con los resultados en Colombia, en donde se concluye que el acceso a consulta médica especializada en nuestro país es mucho más oportuno en comparación con España y Canadá.

Chile

En el caso de Chile emplean un programa llamado Acceso Universal con Garantías Explicitas (AUGE). Por medio de este programa se establecen unos tiempos máximos de atención para grupos de enfermedades establecidas como prioridad. Según el informe de la Superintendencia de Salud de Chile, en el año 2010 se logró un cumplimiento en atención oportuna entre el 84% y el 100% para consulta ambulatoria, y entre el 55% y el 99% para consulta hospitalaria.

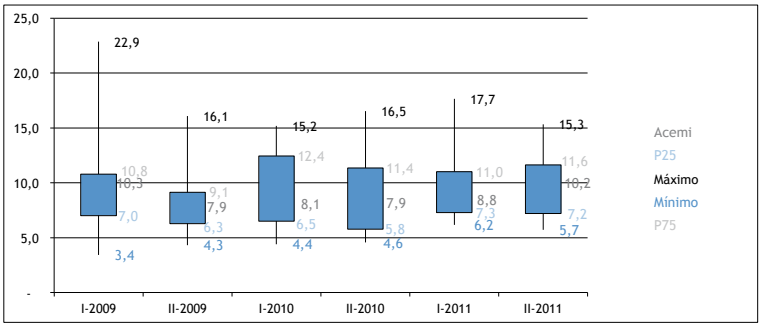
Figura 36. Oportunidad de la consulta de ginecobstetricia (2009-2011)

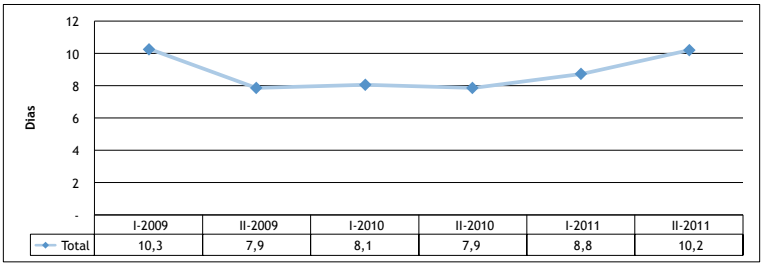


Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	9,4	7,4	8,8	8,2	9,4	11,0
Mínimo	5,2	4,1	6,0	3,3	5,2	3,3
P25	6,2	7,1	6,9	5,9	7,2	7,1
P75	11,0	9,8	10,9	10,2	10,6	11,4
Máximo	17,6	16,4	14,9	14,4	14,6	16,5

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Figura 37. Oportunidad de la consulta de cirugía general (2009-2011)





Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	10,3	7,9	8,1	7,9	8,8	10,2
Mínimo	3,4	4,3	4,4	4,6	6,2	5,7
P25	7,0	6,3	6,5	5,8	7,3	7,2
P75	10,8	9,1	12,4	11,4	11,0	11,6
Máximo	22,9	16,1	15,2	16,5	17,7	15,3

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Canadá

Según el estudio *Waiting your turn*, realizado por la Fundación Fraser en el año 2011, los tiempos para acceder a servicios de salud son:

- Consulta especializada: 19 semanas (133 días)
- Consulta ginecología: 9,4 semanas (65,8 días)
- Consulta oftalmología: 10,5 semanas (73,5 días)
- Consulta otorrinolaringología: 9,2 semanas (64,4 días)
- Consulta cirugía general: 6,4 semanas (44,8 días)
- Consulta neurocirugía: 26,8 semanas (187,6 días)
- Consulta ortopedia: 19.7 semanas (137.9 días)
- Consulta urología: 8,4 semanas (58,8 días)
- Consulta medicina interna: 5,3 semanas (37,1 días)

España:

Según el *Informe Oficial de Sanidad* del año 2010, los tiempos para acceder a servicios de salud son:

- Consulta especializada: 7,5 semanas (53 días)
- Consulta ginecología: 9,8 semanas (69 días)
- Consulta oftalmología: 9 semanas (63 días)
- Consulta otorrinolaringología: 4,2 semanas (30 días)
- Consulta cirugía general: 4,5 semanas (32 días)
- Consulta neurocirugía: 8,8 semanas (62 días)
- Consulta ortopedia: 6,2 semanas (44 días)
- Consulta urología: 8,1 semanas (57 días)
- Consulta medicina interna: 8,1 semanas (57 días)

Colombia

Según el *Boletín #3, Indicadores de IPS – Sistema de Información para la Calidad 2006-2011*, del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, los tiempos promedio para acceder a servicios de salud del total de EPS del Régimen Contributivo en Colombia son:

- Consulta especializada: 1,1 semanas (8,2 días)
- Consulta ginecobstetricia: 1 semanas (7,4 días)
- Consulta pediatría: 1 semanas (7,1 días)
- Consulta de cirugía general: 1,3 semanas (9,3 días)
- Consulta medicina interna: 1,6 semanas (11,3 días)
- Consulta medicina general: 0,4 semanas (2,8 días)

Tabla 41. Comparativo de tiempos de espera para acceder a consulta médica especializada entre Canadá, España y Colombia

Tipo de consulta	Tiempos para acceder a servicios de salud		
	Canadá	España	Colombia
Consulta especializada	19 semanas (133 días)	7,5 semanas (53 días)	1,1 semanas (8.2 días)
Consulta ginecología	9,4 semanas (65,8 días)	9,8 semanas (69 días)	1 semana (7,4 días)
Consulta cirugía general	6,4 semanas (44,8 días)	4,5 semanas (32 días)	1,3 semanas (9,3 días)
Consulta medicina interna	5,3 semanas (37.1 días)	8,1 semanas (57 días)	1,6 semanas (11,3 días)
Consulta pediatría	9 semanas (63 días)		1 semanas (7,1 días)

Fuentes: Para Canadá: Estudio *Waiting your turn*, realizado por la Fundación Fraser en el año 2011. Para España, *Informe Oficial de Sanidad*, año 2010. Para Colombia: *Boletín #3, Indicadores de IPS – Sistema de Información para la Calidad 2006-2011*, del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. En el caso de Canadá y España son tiemposde listas de espera y en Colombia son tiempos en promedio de atención.

5.1.3. Oportunidad en la entrega de medicamentos

Los derechos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluyen la entrega a los usuarios del total de medicamentos incluidos en él que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario, para quien el incumplimiento de este servicio puede generar insatisfacción.

La oportunidad en la entrega de medicamentos corresponde al número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula.

En los últimos tres años (2009-2011) el 97,4% de los medicamentos POS ordenados por los médicos son entregados por la farmacia en su totalidad desde la primera vez que el afiliado los solicita; al finalizar el año 2011 se presenta una adecuada oportunidad de entrega, equivalente a un 99,3% del total de medicamentos POS ordenados.

La metodología establecida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social permite diversas alternativas para reportar la información de medicamentos que no hacen posible una comparación entre las diversas EPS, ni entre los distintos años de reporte para conocer las frecuencias de uso de medicamentos en la población afiliada. Por tal motivo, no se cuenta con una información detallada del comportamiento en cantidad, frecuencia y oportunidad específica para cada uno de los medicamentos del POS.

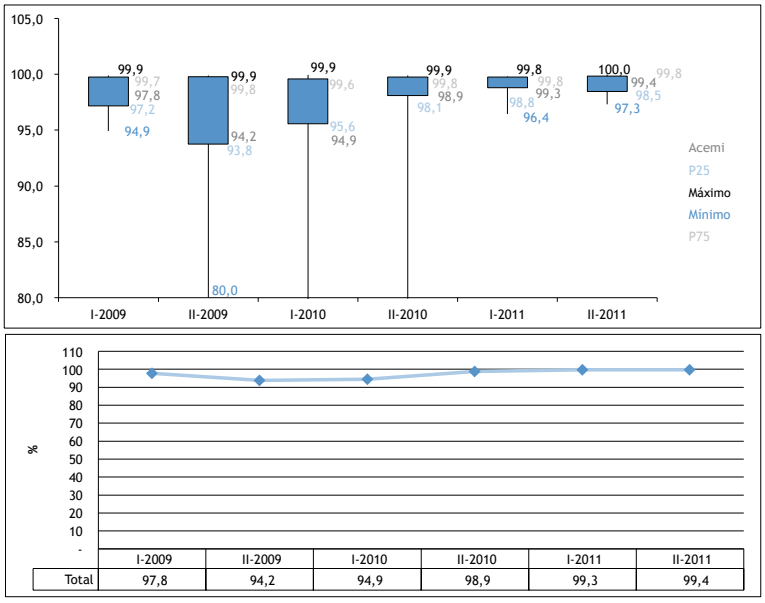
El reporte sobre medicamentos realizado cada año puede ser entregado por las EPS por dos caminos distintos, a saber:

a. Reporte implícito

Un primer mecanismo consiste en que la EPS reporta el gasto en medicamentos (sin que sea posible identificar que se trata de este tipo de gasto) dentro de:

- Un registro de hospitalización agrupado
- Un registro de servicios ambulatorios agrupado
- La información del gasto contratado por cápita

Figura 38. Oportunidad de la entrega de medicamentos (POS 2009-2011)



Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	97,8	94,2	94,9	98,9	99,3	99,4
Mínimo	94,9	80,0	79,4	38,3	96,4	97,3
P25	97,2	93,8	95,6	98,1	98,8	98,5
P75	99,7	99,8	99,6	99,8	99,8	99,8
Máximo	99,9	99,9	99,9	99,9	99,8	100,0

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

b. Reporte explícito

Se prevén otros mecanismos en los cuales se sabe que se trata de un gasto en medicamentos. Dichos reportes permiten, a su turno, variantes en las cuales no se identifica el medicamento por su código y otras en que sí se identifica:

Sin detalle

La metodología prevé la posibilidad de reportar gasto en medicamentos, bien bajo la figura de servicios farmacéuticos (ámbito hospitalario) o bajo la figura de medicamentos ambulatorios (mediambu).

Con detalle

Se permite en la metodología que las EPS reporten cada uno de los medicamentos identificando su respectivo código CUM.

Con base en lo dicho, cada EPS puede utilizar en mayor o menor grado las distintas alternativas que prevé la metodología del Ministerio, y puede también introducir cambios en el mecanismo de reporte de un año para otro.

Por lo anterior, es posible que en los medicamentos reportados explícitamente existan EPS que no reportan medicamentos hospitalarios o medicamentos ambulatorios, por cuanto su valor y cantidad se encuentran incorporados en los registros de hospitalización, de servicios ambulatorios o en las respectivas cápitas. Así mismo, una EPS puede cambiar el mecanismo de reporte de un año a otro para informar al Ministerio el gasto en medicamentos no en forma implícita sino explicita o a la inversa.

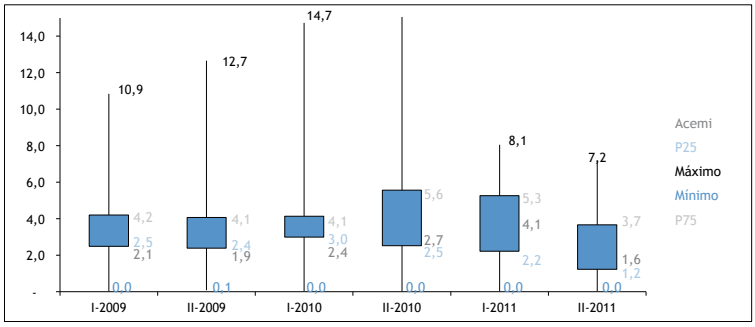
5.1.4. Oportunidad en la referencia de pacientes

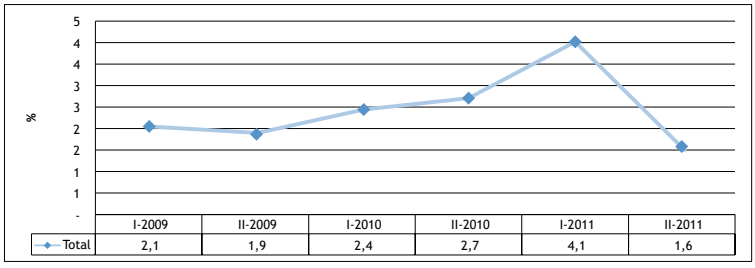
La oportunidad de la atención de las solicitudes de referencia que la IPS le hace a la EPS está directamente relacionada con la suficiencia de la red y el manejo del riesgo por parte del asegurador para evitar retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud del usuario.

La oportunidad de la referencia del paciente es el resultado de la sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EPS.

Se evidencia una mejora considerable en el tiempo transcurrido en la referencia de los pacientes atendidos por las EPS afiliadas a Acemi, al estar en 2,1 horas en el año 2009 y finalizar el año 2011 con un tiempo promedio de referencia de 1,6 horas. Este tiempo de referencia es adecuado si lo comparamos con el promedio nacional de las EPS del Régimen Contributivo, que corresponde a 6,4 horas.

Figura 39. Oportunidad en la referencia de pacientes (2009-2011)





Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	2,1	1,9	2,4	2,7	4,1	1,6
Mínimo	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
P25	2,5	2,4	3,0	2,5	2,2	1,2
P75	4,2	4,1	4,1	5,6	5,3	3,7
Máximo	10,9	12,7	14,7	24,8	8,1	7,2

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

La variabilidad de oportunidad en referencia de las diferentes EPS ha disminuido a través de los años. Para el año 2011, esta oscila entre 1,2 horas y 7,2 horas. La oportunidad de referencia puede ser afectada por la insuficiencia de red hospitalaria con la que se cuenta actualmente en el país.

El Sistema de Seguridad Social en Salud ha generado un crecimiento en la demanda de servicios de salud, lo que ha hecho necesario el desarrollo de nueva infraestructura. Entre 2008 y 2012 la oferta de servicios ha crecido en 24% en el promedio nacional, pasando de 1,2 a 1,5 camas por 1000 habitantes, aunque a la vez presenta reducciones en varios departamentos (tabla 40). Comparado con parámetros internacionales, esta tasa es todavía baja (tabla 41), ya que el promedio de camas es de 2 por 1000 habitantes (excluyendo a E. U., Canadá y España). Para llegar a este promedio se requeriría invertir en infraestructura cerca de 17.000 camas adicionales (25% adicional a las actuales).

Tabla 42. Tasa de camas por 1000 habitantes. Distribución departamental.

	Total Camas por cada 1000 habitantes		Variación %
	2008	2012	
Amazonas	0,8	1,5	85,70%
Antioquia	1,2	1,4	21,19%
Arauca	0,7	1,0	44,74%
Atlántico	1,1	2,0	85,46%
Bogotá D.C.	1,4	1,6	14,06%
Bolívar	1,0	1,4	37,92%
Boyacá	1,5	1,1	-28,97%
Caldas	1,8	2,0	11,72%
Caquetá	1,1	1,3	17,68%
Casanare	0,7	1,1	51,31%
Cauca	0,5	0,9	76,15%
Cesar	1,1	1,7	65,47%
Chocó	0,5	1,3	143,36%
Córdoba	0,5	1,2	149,69%
Cundinamarca	1,2	1,0	-20,94%
Guainía	1,6	1,4	-12,44%
Guaviare	0,8	1,1	43,12%
Huila	1,2	1,5	17,23%
Guajira	0,6	1,4	116,13%
Magdalena	1,1	2,0	80,34%
Meta	1,2	1,7	40,24%
Nariño	1,2	1,4	11,65%
Norte de Santander	1,5	1,2	-17,20%

Tabla 42. Tasa de camas por 1000 habitantes. Distribución departamental (continuación)

	Total Camas por cada 1000 habitantes		Variación %
	2008	2012	
Putumayo	1,1	1,2	14,12%
Quindío	1,5	1,9	26,95%
Risaralda	1,6	1,5	-3,88%
San Andrés y Providencia	0,5	1,6	243,25%
Santander	1,7	1,8	8,57%
Sucre	1,3	2,3	71,68%
Tolima	1,1	1,6	45,51%
Valle del cauca	1,3	1,6	20,04%
Vaupés	1,1	0,8	-28,64%
Vichada	0,4	1,6	286,92%
Total camas	**1,2**	**1,5**	**24,12%**

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte mayo 2013

La información de la oferta por tipo de camas muestra también el bajo crecimiento o la reducción en algunas de las especialidades, como en las de gran quemado, farmacodependencia, obstetricia y pediatría (tabla 42).

Tabla 43. Comparación internacional

	No. de camas por 10.000 habitantes		No. de camas por 1.000 habitantes		No. de enfermeras por 1.000 habitantes		No. de odontólogos por 1.000 habitantes	
País	**Número**	**Año**	**Número**	**Año**	**Número**	**Año**	**Número**	**Año**
Argentina	41	2000	3,01	1998	0,8	1998	0,8	1198
Bolivia	11	2006	1,22	2001	2,19	2001	0,71	2001
Brasil	26	2002	1,15	2000	3,84	2000	1,11	2000
Canadá	34	2005	2,14	2003	9,95	2003	0,59	2003
Chile	23	2004	1,09	2003	0,63	2003	0,43	2003
Colombia	12	2006	1,35	2002	0,55	2002	0,78	2002
Costa Rica	13	2006	1,32	2000	0,92	2000	0,48	2000
Cuba	49	2006	5,91	2002	7,44	2002	0,87	2002
Rep. Dominicana	20	2005	1,88	2000	1,84	2000	0,84	2000
Ecuador	17	2003	1,48	2000	1,57	2000	0,17	2000
México	10	2004	1,98	2000	0,9	2000	0,79	2000
Paraguay	13	2006	1,11	2002	1,69	2002	0,55	2002
Perú	9	2004	1,17	1999	0,67	1999	0,11	1999
España	34	2005	3,3	2003	7,68	2003	0,49	2003
Estados Unidos	32	2005	2,56	2000	9,37	2000	1,63	2000
Uruguay	29	2006	3,65	2002	0,85	2002	1,16	2002
Venezuela	9	2003	1,94	2001	0,66	1997	0,55	2001
Promedio	**22,47**		**2,13**		**3,03**		**0,71**	
Promedio sin EE.UU., Canadá y España	**20,14**		**2,02**		**1,75**		**0,67**	

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008, 2007 y 2006

Las deficiencias en la oferta de camas contrasta con una tasa de hospitalización de 3,7 por cada 1000 habitantes. Para cubrir este déficit se requeriría ampliar la oferta mínimo en 23%, manteniendo el porcentaje de ocupación del 95% hoy observado, el cual es a todas luces inconveniente desde el punto de vista de calidad.

Si se considera que se necesita técnicamente un 10% de las camas como provisión para cubrir riesgos, eventos catastróficos u otros que puedan generar una demanda inesperada, como los picos respiratorios (ocupación promedio de 85%), el aumento para corregir la sobreutilización y atender oportunamente la demanda debe ser de 33%, es decir 23.000 camas adicionales.

Cálculos elaborados por Gestarsalud (2013) a partir de otra metodología muestran claramente que, con las tasas de demanda observadas, se presenta insuficiencia de oferta, lo cual necesariamente incide en la oportunidad en la prestación de servicios. (tabla 45).

Tabla 44. Distribución de camas por especialidad

	Total nacional		
	2008	2012	Variación %
Camas pediátricas	9.312	10.532	13,1%
Camas adultos	25.843	34.381	33,0%
Camas obstetricia	7.735	8.045	4,0%
Camas cuidado intermedio neonatal	1.588	2.263	42,5%
Camas cuidado intensivo neonatal	960	1.749	82,2%
Camas cuidado intermedio pediátrico	169	366	116,6%
Camas cuidado intensivo pediátrico	407	746	83,3%
Camas cuidado intermedio adulto	761	2.069	171,9%
Camas cuidado intensivo adulto	1.308	3.751	186,8%
Camas quemados	226	200	-11,5%
Camas psiquiatría	4.282	5.357	25,1%
Camas farmacodependencia	1.528	1.121	-26,6%
Total camas	**54119**	**70580**	**30,4%**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Actualizado mayo 2013. http://201.234.78.38/habilitacion/

Tabla 45. Estudio de suficiencia de camas

	Hospitalización general de adultos (%)	Hospitalización de adultos en cuidados intensivos (%)	Hospitalización pediátrica general (%)	UCI pediátrica (%)	Obstetricia (%)	Promedio (%)
Amazonas	13,05	0,00	4,03	0,00	81,27	20
Antioquia	8,32	9,61	2,73	7,59	40,46	14
Arauca	8,59	9,53	3,42	15,03	27,33	13
Atlántico	3,28	6,09	1,13	6,48	17,96	7
Bogotá, D.C.	14,4	47,86	7,99	90,53	49,92	42
Bolívar	5,68	2,98	1,25	3,79	28,18	8
Boyacá	7,06	7,23	2,48	11,87	35,91	13
Caldas	11,02	22,11	2,62	0,00	31,32	13
Caquetá	6,94	0,00	2,28	13,3	36,54	12
Casanare	9,63	6,20	3,18	0,00	37,98	11
Cauca	4,53	6,40	1,93	20,61	21,73	11
Cesar	7,36	4,24	3,53	10,97	39,05	13
Chocó	7,86	0,00	2,26	0,00	37,91	10
Córdoba	4,36	3,70	1,41	0,00	23,71	7
Cundinamarca	9,38	6,52	4,19	23,09	58,88	20
Guainía	10,09	0,00	4,63	0,00	68,45	17
Guaviare	4,56	3,30	1,74	0,00	25,66	7
Huila	10,9	0,00	4,27	0,00	36,81	10
La Guajira	7,28	26,57	2,79	17,78	33,53	18
Magdalena	5,73	5,07	1,92	6,83	29,41	10
Meta	12,98	18,42	4,00	42,2	55,30	27
Nariño	4,62	7,26	1,16	11,84	25,35	10
Norte de Santander	5,62	0,00	2,41	0,00	23,50	6
Putumayo	9,79	0,00	2,19	0,00	27,58	7
Quindio	10,81	9,00	4,85	14,94	46,23	17
Risaralda	8,59	12,66	3,87	30,01	35,34	18
San Andrés y Providencia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Santander	10,07	5,48	4,00	13,31	53,64	17
Sucre	6,09	0,00	2,51	0,00	36,41	9
Tolima	10,01	22,86	3,37	25,30	43,07	21
Valle del Cauca	5,19	7,96	2,37	10,15	24,48	10
Vaupés	8,61	0,00	2,91	0,00	64,72	15
Vichada	8,71	0,00	4,47	21,31	35,80	14
País	**7,24**	**9,91**	**2,71**	**14,31**	**34,00**	**14**

Capacidad de respuesta de la red

>60% >=40% <=59% >=25% <=39% <25%

Fuente: Gestarsalud. Presentación en audiencia en el Congreso de la República del 17 de abril de 2013.

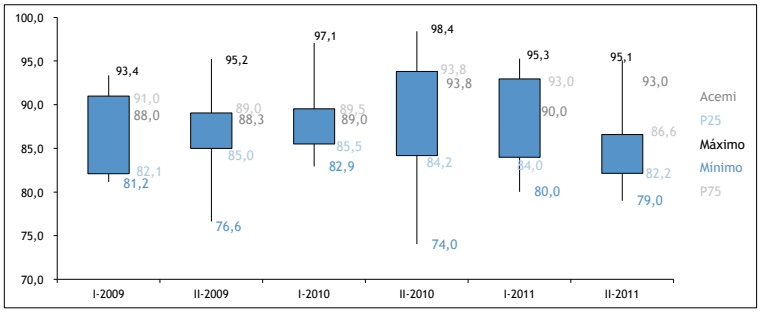
5.2. Satisfacción de los usuarios de las EPS del Régimen Contributivo afiliadas a Acemi

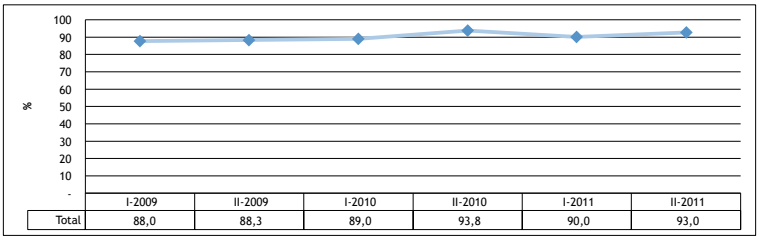
Basados en la Circular 049 de 2008 de la Superintendencia de Salud, y con la finalidad de conocer la satisfacción de los usuarios que acuden a los servicios de salud, las EPS han venido implementando diversas metodologías para su medición, y con ellas los usuarios han tenido un espacio que les permite participar en la evaluación de los servicios de salud, sobre la base de sus expectativas y de la percepción que tienen de la calidad de los servicios.

Los datos que se muestran a continuación fueron remitidos por la Superintendencia de Salud con fecha de corte año 2011, donde incluye resultados de satisfacción global del usuario medidos por las EPS del Régimen Contributivo afiliadas a Acemi.

La figura 40 muestra la satisfacción global de los usuarios del Régimen Contributivo por semestre, desde el año 2009 al año 2011.

Figura 40. Satisfacción del usuario (2009-2011)





Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	88,0	88,3	89,0	93,8	90,0	93,0
Mínimo	81,2	76,6	82,9	74,0	80,0	79,0
P25	82,1	85,0	85,5	84,2	84,0	82,2
P75	91,0	89,0	89,5	93,8	93,0	86,6
Máximo	93,4	95,2	97,1	98,4	95,3	95,1

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

El promedio de satisfacción global del usuario entre los años 2009 y 2011 fue de 91% con una tendencia al aumento, registrándose entre el año 2010 y el 2011 una satisfacción global del usuario de 93,8% y de 93,3% respectivamente.

La EPS de menor calificación por los usuarios obtuvo un resultado de 79% en el 2011, y la de mayor calificación obtuvo 95%.

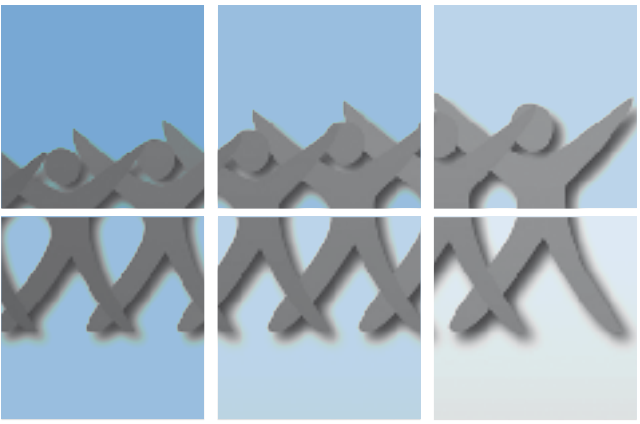
Para el usuario, la percepción de un buen servicio se debe principalmente a su interacción con el personal de salud, al tiempo de acceso a los servicios, al buen trato, información recibida, a la privacidad y, sobre todo, a que obtenga el servicio que procura. Todos estos aspectos son evaluados por las EPS mediante diversos mecanismos, los cuales son consolidados y medidos periódicamente.

La satisfacción del usuario puede estar influenciada por:

- La disposición a pagar por los servicios.
- La adherencia del usuario a los tratamientos e instrucciones brindadas por el prestador.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios.
- La iniciativa del usuario por buscar la atención frente a la demanda del servicio inducida por el prestador. ▣

Capítulo

6



Indicadores de salud en los afiliados*

Jorge Duarte Rueda

* EPS Régimen Contributivo asociadas en Acemi, años 2008-2011

Los indicadores de salud son herramientas que nos permiten evaluar de forma directa o indirecta acciones, actividades y modificaciones o implementación de programas dirigidos a controlar una enfermedad o factores de riesgo, con el fin de conocer el impacto sobre la situación de salud de una población derivado de estos esfuerzos. Cuando se llevan a la operación, los indicadores disponibles no son exactos, y constituyen una aproximación de una situación real.

En este capítulo pretendemos mostrar el comportamiento de los indicadores de salud que se pueden construir con la información disponible en las EPS de Acemi. Se toma la información de los datos reportados al Sistema de Información para la Calidad y al Observatorio de VIH.

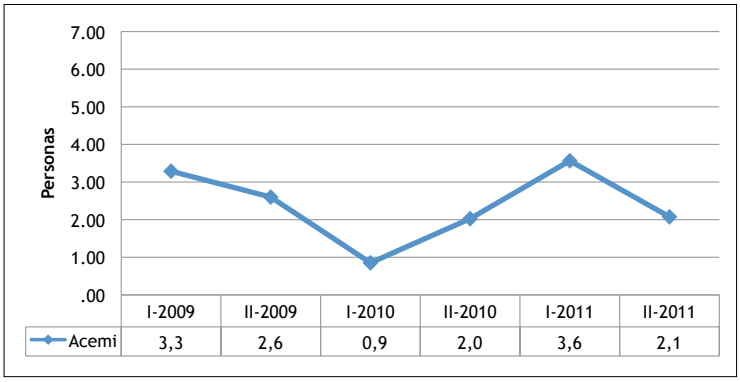
Es importante resaltar que los resultados obtenidos no solo se deben a los servicios y actividades prestadas por parte de las EPS e IPS, son también el fruto de los avances alcanzados en el país en tema de carreteras, mejoras de acueductos y alcantarillados, campañas de educación masiva para promover la salud, mejoras en la educación de la población, cambios de las condiciones laborales, entre otros, lo que se conoce como determinantes distales de salud.

6.1. Neumonía en menores de 5 años

Las acciones empleadas en la detección oportuna de las enfermedades respiratorias en niños menores de 5 años tienen como objetivo brindar un tratamiento oportuno y adecuado, para lograr impactar en las tasas de mortalidad por esta enfermedad en este grupo etario.

La tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años de las EPS de Acemi ha tenido un comportamiento fluctuante entre 2009 y 2011, situándose entre 0,9 muertes y 3,6 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años. Para el último semestre del año 2011, observamos que por cada 100.000 niños menores de 5 años mueren 2 niños por neumonía, teniendo 5 muertes menos que las observadas en el país para el mismo período (Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años – Colombia, 2011: 7 por cada 100.000 niños menores de 5 años).

Figura 41. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años (por cada 100.000 niños)



Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	3,3	2,6	0,9	2,0	3,6	2,1
Mínimo	0,5	1,8	0,3	0,2	2,3	1,0
P25	2,1	2,8	0,8	2,4	2,5	1,3
P75	15,1	5,0	4,9	4,2	4,9	3,7
Máximo	50,1	8,3	14,5	74,7	7,6	7,5

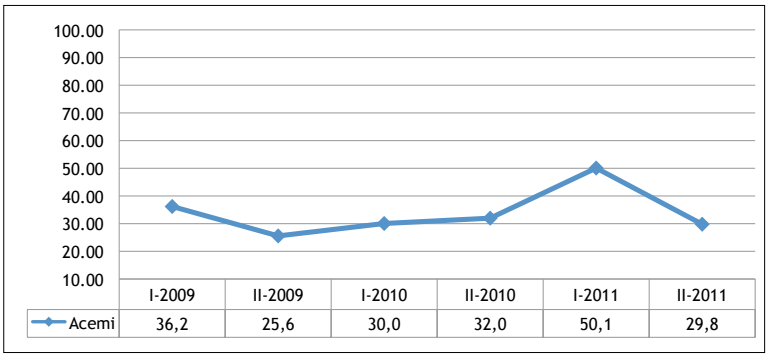
Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

6.2. Razón de mortalidad materna

Los resultados en salud de la mujer gestante se obtienen de las acciones de detección temprana descritas antes. Una forma de evaluar los resultados a los que llevan estas actividades es mediante la razón de mortalidad materna.

En Colombia morían 170 mujeres y 92 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos en los años 1990 y 2011, respectivamente. Para las EPS afiliadas a Acemi, en los últimos 3 años analizados, se presenta una variación leve de este indicador, fluctuando entre 25,6 y 50,1 muertes maternas entre 2008 y 2010, encontrándose que para el segundo semestre de 2011 se presentan 29,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Figura 42. Mortalidad materna



Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	36,2	25,6	30,1	32,0	50,1	29,8
Mínimo	20,9	10,7	18,3	9,5	18,5	15,8
P25	23,7	24,2	26,5	23,8	35,6	20,9
P75	45,2	41,1	41,0	46,0	60,2	43,6
Máximo	176,8	65,0	67,6	50,3	76,5	76,3

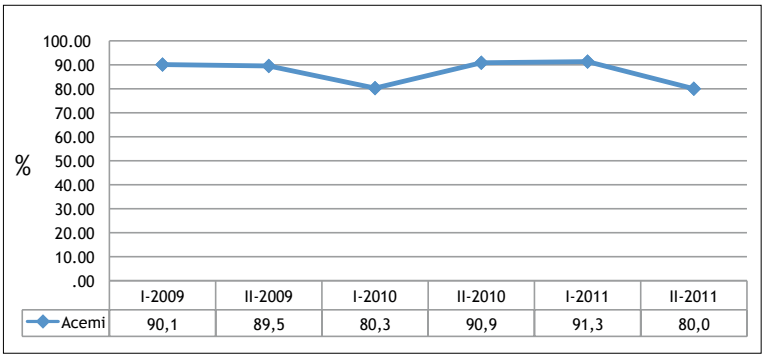
Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

6.3. Detección oportuna del cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino en Colombia ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad (Instituto Nacional de Cancerología, s. f.), teniendo una mayor frecuencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico, con vida sexual activa y multíparas. La importancia de la detección oportuna de este tipo de cáncer, por medio de las pruebas de tamizaje como la citología cervico-vaginal, radica en lograr una disminución efectiva entre el 60% y 70% de la incidencia y mortalidad (American Cancer Society, 2013).

Las EPS de Acemi han logrado detectar, entre 2009 y 2011, entre el 80% y el 91,3% de los cánceres de cuello uterino de manera oportuna, logrando ubicarse por encima del promedio nacional, que se encuentra en 59,8%.

Figura 43. Detección oportuna de cáncer de cuello uterino



Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	90,1	89,5	80,3	90,9	91,3	80,0
Mínimo	79,2	65,9	56,8	22,0	79,6	51,0
P25	88,9	85,0	75,0	81,7	85,1	70,9
P75	91,1	90,0	91,5	92,0	93,4	91,8
Máximo	92,5	94,2	94,8	96,2	98,4	100,0

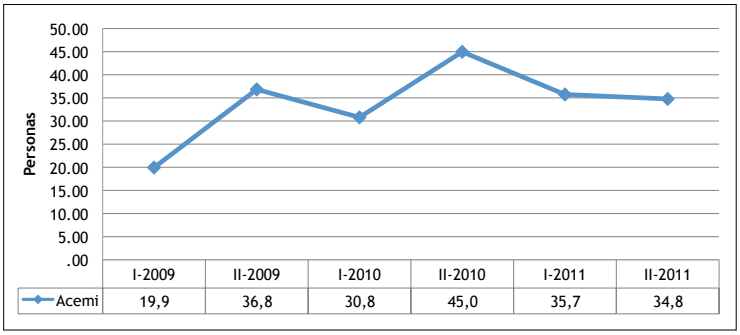
Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

6.4. Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección de mayor frecuencia en los mayores de 65 años que en los adultos jóvenes, con un mayor número de complicaciones y hospitalizaciones prolongadas.

En las EPS de Acemi, por cada 100.000 personas mayores de 65 años, se mueren entre 19,9 y 45 por neumonía, mientras que para Colombia mueren 64 adultos mayores por cada 100.000.

Figura 44. Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años (por cada 100.000)



Fecha	I-2009	II-2009	I-2010	II-2010	I-2011	II-2011
Acemi	19,9	36,8	30,8	45,0	35,7	34,8
Mínimo	4,5	9,0	6,7	3,5	22,5	3,4
P25	6,9	19,8	22,7	20,6	29,7	19,8
P75	46,8	53,7	42,0	51,7	50,9	42,8
Máximo	130,2	285,0	103,0	179,8	83,0	49,2

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

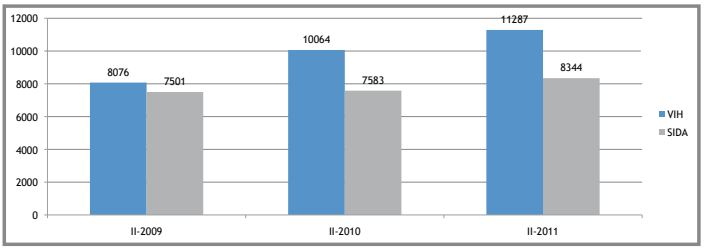
6.5. Resultados en VIH/SIDA

El VIH/SIDA es una infección que genera una problemática en salud pública a nivel mundial. Actualmente en Colombia la prevalencia de VIH/SIDA es de 326 casos por cada 100.000 habitantes, y mueren 21 personas por VIH/SIDA por cada 100.000 habitantes.

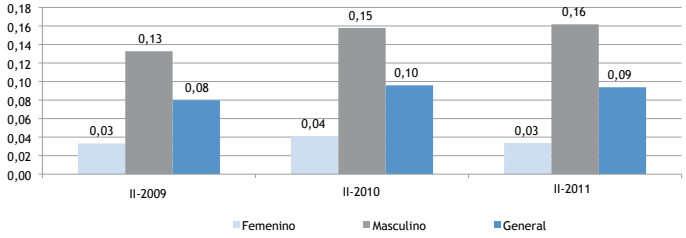
Al finalizar 2011, las EPS de Acemi tuvieron un total de 11.287 personas afiliadas positivas para VIH y 8.344 con SIDA, con una confirmación diagnóstica de VIH que va entre el 0,08 y el 0,09 y de SIDA de 0,07 para los años 2009 a 2011, con una mayor prevalencia en hombres con respecto a las mujeres. Es importante destacar la variabilidad que se encuentra entre las EPS con rangos variables de prevalencia, encontrándose entre 0,07 y 0,16 para VIH y 0,04 y 0,12 para SIDA, lo cual puede sugerir subregistro de estos datos.

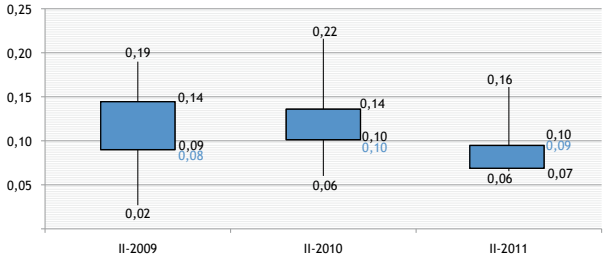
Figura 45. Situación actual de VIH y SIDA en las EPS asociadas en Acemi

Número de personas con infección por VIH/SIDA Régimen Contributivo



Prevalencia de infección por VIH



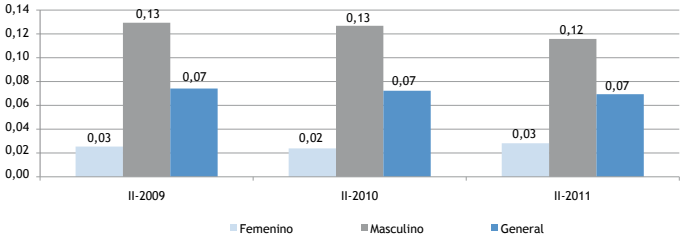


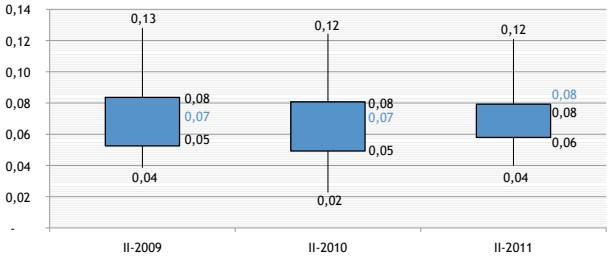
Fecha	II-2009	II-2010	II-2011
Acemi	0,08	0,10	0,09
Mínimo	0,03	0,06	0,07
P25	0,09	0,10	0,07
P75	0,14	0,14	0,10
Máximo	0,19	0,22	0,16

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Figura 45. Situación actual de VIH y SIDA en las EPS asociadas en Acemi (continuación)

Prevalencia de infección por Sida





Fecha	II-2009	II-2010	II-2011
Acemi	0,07	0,07	0,08
Mínimo	0,04	0,02	0,04
P25	0,05	0,05	0,06
P75	0,08	0,08	0,08
Máximo	0,13	0,12	0,12

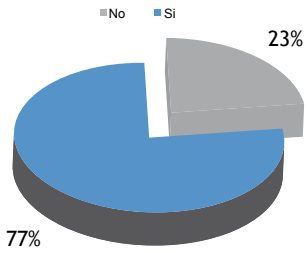
Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Dentro de las actividades que se desarrollan para combatir esta epidemia se destacan:

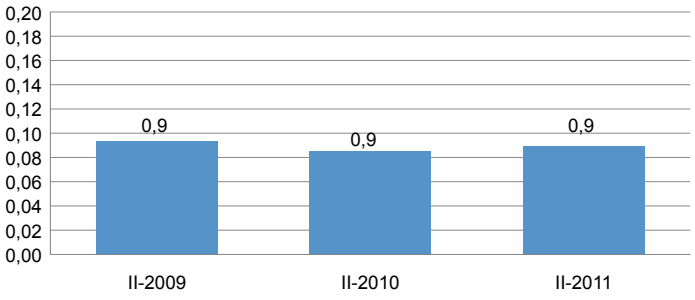
Cobertura de tamizaje para VIH en gestantes: en las EPS de Acemi alcanzó el 77%, encontrando 101 casos (0.10% del total de gestantes tamizadas) embarazadas positivas para VIH con confirmación posterior. De estas mujeres con resultado positivo para VIH, el 97% reciben tratamiento antirretroviral. Las coberturas de tratamiento han venido mejorando, pero es necesario mejorar las coberturas de tamizaje y reforzar los procesos de consejería y educación, para aumentar la adherencia de las pacientes a realizarse estas pruebas de detección.

Figura 46. Situación general de VIH en mujeres gestantes

Cobertura de tamizaje para VIH en gestantes RC, 2011



Porcentaje de casos VIH en embarazadas a las que se les realizó asesoría y ELISA



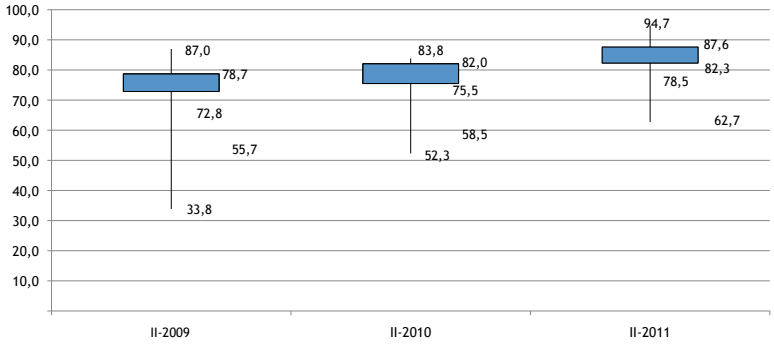
Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Figura 46. Situación general de VIH en mujeres gestantes (continuación)

Fuente: * Indicadores del Sistema de Información para la Calidad reportados por el 100% de las EPS asociadas.

Entrega de medicamentos a personas que viven con VIH/SIDA: del total de pacientes con VIH/SIDA de las EPS de Acemi, el 62,71% recibe tratamiento antirretroviral, observándose un comportamiento variable entre las diferentes EPS, con coberturas que varían entre 78,48% y 94,74%. Es necesario tener en cuenta que no todos los pacientes con VIH/SIDA requieren tratamiento con antirretrovirales, pues la indicación de este depende de la clasificación del estado clínico. ▣

Figura 47. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral



Fuente: Información reportada por el 100% las EPS asociadas en Acemi al Observatorio Nacional de VIH

Capítulo

7

Información financiera

Andrés Barrera Suárez
Ana María Ríos Montañez

Este capítulo resume la información financiera con corte a diciembre de 2011 de 13 Entidades promotoras de salud del Régimen Contributivo. Del total de EPS-C incluidas en este informe, 12 se encuentran afiliadas a Acemi y, de manera voluntaria, una Entidad no agremiada envió su información para ser incluida en el informe.

Las EPS-C cuya información se presenta aquí reportaron, al cierre del año 2011, activos por un valor de $2,58 billones. Las principales cuentas dentro del activo son deudores, inversiones y disponible, que representan el 59,7%, 15% y 14,5% del activo total, respectivamente.

Dentro de la cuenta deudores se destacan las cuentas por cobrar al Fosyga, que a diciembre de 2011 mostraron un saldo de $1,61 billones, correspondientes a $394.000 millones de cuentas por cobrar pendientes de radicar y $1,22 billones de cuentas por cobrar radicadas ante esa Entidad. Estas cuentas por cobrar se generan por los servicios que las EPS han prestado y pagado fuera de los contenidos en el POS, como son los medicamentos y servicios otorgados a los usuarios a través de los Comités Técnico Científicos o de tutelas.

Tabla 46. Balance general de las EPS del Régimen Contributivo agremiadas en Acemi (en millones de pesos)

	2010	2011	Variación %
Activo	2.234.198	2.581.785	15,56
Pasivo	1.808.012	2.231.780	23,44
Patrimonio	426.186	350.004	-17,88

Fuente: Estados financieros enviados por las EPS: Aliansalud, Salud Total, Cafesalud, Sanitas, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Colpatria, Coomeva, Famisanar, Servicio Occidental de Salud, Cruz Blanca y SURA EPS. Incluye información de Colpatria, Entidad que no es parte de la Asociación.

Por su parte, las obligaciones adquiridas por las EPS-C con terceros ascendieron a $2,23 billones. Dentro del rubro de pasivos se destaca la participación que tienen cuentas como: reservas técnicas (49,1%), cuentas por pagar (20,9%), obligaciones financieras (13,9%) y proveedores (8,5%). Las obligaciones financieras presentaron un aumento de 12% entre 2010 y 2011, pasando de $278.514 millones a $310.887 millones, respectivamente.

El resultado del ejercicio 2011 es una pérdida por $140.136 millones frente a una pérdida de $10.098 millones obtenidos al cierre de 2010. Este resultado representa una rentabilidad sobre el patrimonio de -40,04% para el cierre de 2011.

Estas mismas Entidades reportaron ingresos operacionales por $8,71 billones a la fecha de corte de este informe, 5,15% más que igual periodo del año anterior. El gasto asistencial, es decir, los recursos con los cuales las EPS garantizan el suministro de servicios de salud a los afiliados creció 6%, pasando de $7,63 billones en 2010 a $8,08 billones al cierre del año 2011.

Tabla 47. Estado de resultados de las EPS del Régimen Contributivo agremiadas en Acemi (en millones de pesos)

	2010	2011	Variación %
Ingreso operacional	8.285.756	8.721.301	5,15
Gasto asistencial	7.626.267	8.083.381	5,99
Gasto administrativo	616.479	733.126	18,92
Gasto comercial	110.732	112.859	1,92
Resultado operacional	**-67.721**	**-217.065**	**220,53**
Ingreso no operacional	105.561	167.745	58,91
Gasto no operacional	42.590	77.067	80,95
Impuesto de renta	5.348	13.749	157,08
Resultado final	**-10.098**	**-140.136**	**1.287,73**
Patrimonio	426.186	350.004	-17,88

Fuente: Estados financieros enviados por las EPS: Aliansalud, Salud Total, Cafesalud, Sanitas, Compensar, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle, Colpatria, Coomeva, Famisanar, Servicio Occidental de Salud, Cruz Blanca y SURA EPS. Incluye información de Colpatria, Entidad que no es parte de la Asociación.

El indicador de gasto en salud como porcentaje del ingreso operacional de las EPS-C de Acemi aumentó 0,74 puntos porcentuales, pasando de 92,04% (2010) a 92,78% en 2011 (ver anexo 3).

Durante el periodo analizado, tanto el gasto administrativo como el comercial crecieron a una tasa de 19% y 2%, respectivamente. De cada

$100 que recibieron las EPS-C como ingreso, durante el año 2011 destinaron a gasto administrativo y comercial alrededor de $9,71. En cuanto al resultado operativo, de los mismo $100 de ingreso, las Entidades perdieron $2,49; al incluir la parte no operacional del negocio, el resultado neto representa una pérdida de $1,61 por cada $100 de ingreso operacional. Como ya se mencionó, el resultado neto o final al cierre del año 2011 fue una pérdida por $140.136 millones.

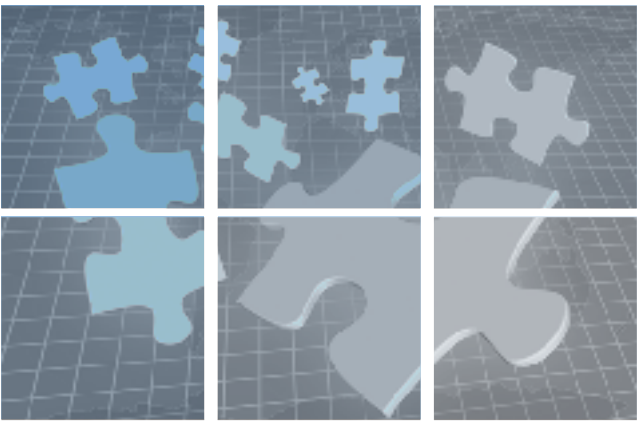
Los ingresos no operacionales crecieron 59%, llegando a $167.745 millones en el periodo de información financiera utilizado en este informe. El margen operacional empeoró: en 2010 este indicador reflejaba una pérdida operacional de $0,82 por cada $100 de ingreso operacional, un año más tarde (2011) este indicador refleja una pérdida de $2,49 por cada $100 pesos de ingreso operacional. Es decir, a lo largo de un año se presentó un aumento en la pérdida operacional que las Entidades están enfrentando. Por su parte, el margen neto al final del periodo 2010 fue -0,12% y -1,61% para el 2011 (el margen neto empeoró 1,49 puntos porcentuales).

Finalmente, el indicador de retorno sobre el patrimonio (ROE), que para 2010 fue -2,37%, empeoró 38 puntos porcentuales, cerrando el último mes de 2011 en -40%. Los anteriores resultados indican que por cada $100 que los accionistas tienen invertidos en una EPS del Régimen Contributivo perdieron $2,37 en 2010, $38 menos de lo que perdieron en el la vigencia 2011 ($40).

El número de afiliados a las Entidades del Régimen Contributivo incluidas en este informe pasó de 12.254.881 en diciembre de 2010 a 12.756.776 afiliados activos un año después (incluye información de SURA EPS), lo cual representa un aumento de 4,10%. Esta información corresponde a la población activa en el Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM). ▣

Capítulo

8



Anexos

Anexo 1.Metodología de medición de indicadores de calidad

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta medica general y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Numero total de solicitudes de consulta médica general en el periodo de análisis.	Días.
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta por medicina interna y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Numero total de solicitudes de consulta de medicina interna en el periodo de análisis.	Días.
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta por ginecobstetricia y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Número total de solicitudes de consulta de ginecobstetricia en el periodo de análisis.	Días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta por cirugía general y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Número total de solicitudes de consulta de cirugía general en el periodo de análisis.	Días
Oportunidad entrega medicamento POS	Número total medicamentos POS entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula	Sumatoria de los medicamentos POS contenidos en las formulas presentadas tomadas en el periodo de análisis	%
Oportunidad en la asignación de citas en consulta de Odontología General	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de odontología general y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Número total de solicitudes de consulta por odontológica general en el periodo de análisis.	Días
Oportunidad de la Referencia en la EAPB	Sumatoria del número de horas trascurridas entre la solicitud de la referencia y la hora de la aceptación por parte de la IPS receptora del paciente (cama confirmada)	Número total de solicitudes de referencia en el periodo de análisis.	Horas
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta por pediatría y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda	Número total de solicitudes de consulta de pediatría en el periodo de análisis.	Días
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Número de pacientes con lesión escamosa intraepitelial de alto grado H-LIE diagnosticado mediante análisis patológico de biopsia	Número total de pacientes detectadas con cáncer de cuello uterino en todos los estadios confirmados con biopsia	%
Tasa de Mortalidad por neumonía en mayores de 65 años	Número de muertes de pacientes mayores de 65 años por diagnóstico de neumonía	Número de afiliados activos mayores de 65 años	Tasa por mil
Tasa de Mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Número de muertes de pacientes menores de 5 años por diagnóstico de neumonía	Número de afiliados activos con derechos menores de 5 años	Tasa por mil

	Metodología de recopilación de la información: Explicación de los aspectos del proceso de recolección de la información y medición del indicador.	Observación
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de medicina general solicitadas una muestra estadísticamente significativa (se excluyen consultas prioritarias y de urgencias) 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de consulta medica general y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de Cada especialidad básica por separado solicitadas una muestra estadísticamente significativa 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario trascurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de Cada especialidad básica por separado y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de Cada especialidad básica por separado solicitadas una muestra estadísticamente significativa 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de Cada especialidad básica por separado y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de Cada especialidad básica por separado solicitadas una muestra estadísticamente significativa 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de Cada especialidad básica por separado y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se toma del total de Formulas regulares presentadas a las farmacias una muestra estadísticamente significativa de ellas 2.Se cuentan para cada formula el total de medicamentos solicitados (principios activos) (no se incluyen los No POS, si los trae) y de estos cuales fueron entregados desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula . 3. Se suman los medicamentos entregados en primera vez, del total de fórmulas. 4. Se dividen por el total de medicamentos POS ordenados (sumatoria de todas las formulas). 5.Se multiplica por 100	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de odontología general solicitadas una muestra estadísticamente significativa 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de odontología general y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se toma del total de solicitudes de Referencia de pacientes, una muestra estadísticamente significativa de ellas. 2. Se cuentan para cada solicitud el tiempo transcurrido en minutos entre la llamada entrante que solicita la referencia hasta la hora en que se da la confirmación de cama por parte de la IPS receptora. 3. Se suman los minutos transcurridos en todas las solicitudes analizadas y se divide por 60 para obtener horas. 4. Se divide el número de horas por el total de solicitudes del periodo de análisis.	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Para el periodo de análisis se toma del total de consultas de Cada especialidad básica por separado solicitadas una muestra estadísticamente significativa 2.Se cuentan para cada solicitud los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita una cita de Cada especialidad básica por separado y la fecha con la siguiente cita disponible por agenda 3.Se suman los días transcurridos en todas las solicitudes. 4.Se dividen por el total de solicitudes tomadas en la muestra	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se toman todos los casos de cáncer de cervix diagnosticados en todos los estadios en el periodo de análisis en pacientes con al menos dos años de afiliación (lesión escamosa intraepitelial de alto grado H-LIE de acuerdo con el sistema de clasificación de Bethesda que compromete NIC III y carcinoma invasor) y se identifican aquellos In Situ (lesión escamosa intraepitelial de alto grado H-LIE de acuerdo con el sistema de clasificación de Bethesda que compromete NIC II y NIC III) clasificados por lectura de biopsia 2.Se dividen por el total de casos de cáncer diagnosticados en todos los estadios. 3. Se multiplica por 100.	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se toman los casos de muertes por neumonía (CIE 10 J100-J110-J12-J18) ocurridas en el periodo de análisis y se identifican aquellos ocurridos en mayores de 65 2.Se divide cada grupo por el Número de afiliados activos con derechos mayores de 65 años 3.Se multiplica por 1.000	Divide numerador entre el denominador y multiplicar por el 1000. El resultado se presenta con una cifra decimal
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se toman los casos de muertes por neumonía (CIE 10 J100-J110-J12-J18)ocurridas en el periodo de análisis y se identifican aquellos ocurridos en menores de 5 años 2.Se divide cada grupo por el Número de afiliados activos con derechos menores de 5 años 3.Se multiplica por 1.000	Divide numerador entre el denominador y multiplicar por el 1000. El resultado se presenta con una cifra decimal

Anexo 1. Metodología de medición de indicadores de calidad (continuación)

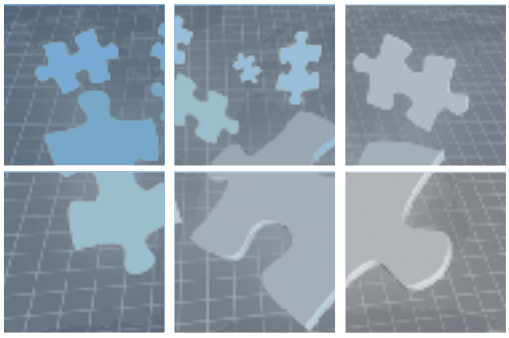
Indicador	Numerador	Denominador	Unidad	
Razón de Mortalidad Materna	Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo	Número de partos atendidos	Razón por cien mil.	
Tasa de Satisfacción Global	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EAPB	Número total de afiliados encuestados por la EAPB durante el semestre	%	

Fuente: elaboración de los autores

Anexo 2. EPS asociadas en Acemi en el año 2011

EPS asociadas en Acemi			
Aliansalud	Compensar	Famisanar	SOS
Cafesalud	Coomeva	Salud Total	SURA
Comfenalco Valle	Cruz Blanca	Sanitas	

	Metodología de recopilación de la información: Explicación de los aspectos del proceso de recolección de la información y medición del indicador.	Observación
	Pasos: 1.del periodo de análisis se toman todos los casos de muertes ocurridas en el periodo de análisis en mujeres durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo conocidas como accidentales, incidentales o no-obstétricas. , independientemente de la duración o sitio de este. 2. Se divide por el total de partos. 3.Se multiplica por 100.000	Para la construcción del la razón de mortalidad materna, debe aceptarse el numero de nacimientos como igual al numero de nacidos vivos, para hacer posible la construcción de este indicador, mientras el DANE con la intervención del MPS ajusta el formato de nacidos vivos y de certificado de defunción (requerimiento hecho hace cuatro años por las aseguradoras).
	Pasos: 1.Del periodo de análisis se identifican del universo de afiliados aquellos que en el periodo de análisis utilizaron los servicios administrativos o asistenciales. 2. Se toma una muestra representativa de ellos y se contactan entrevistándolos sobre el nivel de satisfacción (muy satisfecho, satisfecho, regularmente satisfecho, no satisfecho) 3. Se sustituyen aleatoriamente los usuarios que no se logran contactar para respetar el tamaño de la muestra 4.Se cuentan la cantidad de cada tipo de respuesta. 5. Se suma los que se consideran satisfechos (muy satisfechos y satisfechos o su equivalente) y divide por el total de la muestra. 6.Se multiplica por 100	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal



Anexo 3. Actividades preventivas

Actividades preventivas	Actividades ejecutadas				Población objeto			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Detección de alteraciones de la agudeza visual								
Número de consultas de oftalmología para detección de las alteraciones de agudeza visual a los 55, 60, 65, 70, 75, 80 y más años	139.861	167.763	185.061	181.926	678.597	709.052	746.820	793.110
Número de mediciones de agudeza visual realizadas a los 4, 11, 16 y 45 años	449.798	523.812	582.158	514.312	1.012.911	1.034.791	1.068.757	1.114.486
Detección de alteraciones del adulto								
Número creatinina adultos 45 y más años	486.543	639.979	557.264	525.883	4.042.854	4.224.345	4.460.529	4.759.657
Número de consultas de detección de alteraciones del adulto por médico	535.198	629.604	601.388	592.206	4.042.854	4.224.345	4.460.529	4.759.657
Número glicemia basal en adultos 45 y más años	504.160	650.513	566.387	534.994	4.042.854	4.224.345	4.460.529	4.759.657
Número parcial de orina adultos 45 y más años	484.536	609.499	555.569	530.297	4.042.854	4.224.345	4.460.529	4.759.657
Número perfil lipídico en adultos 45 y más años	590.756	978.184	597.472	572.542	4.042.854	4.224.345	4.460.529	4.759.657
Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 Años								
Número de consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez por médico	630.692	699.935	754.030	720.693	12.855.572	13.315.193	13.920.415	14.680.268
Número de consultas de control de crecimiento y desarrollo (médico - enfermera)	1.554.647	1.754.592	1.924.862	1.707.716	12.855.572	13.315.193	13.920.415	14.680.268
Detección de alteraciones del desarrollo del joven								
Número de consultas de desarrollo del joven por médico	739.729	810.306	680.665	692.710	3.851.526	3.973.423	4.144.923	4.365.770
Número examen de hemoglobina jóvenes (mujeres)	134.867	163.028	131.707	99.886	1.962.352	2.032.750	2.130.683	2.256.116
Detección del cáncer de cuello uterino								
Número de citologías cervicouterinas realizadas y leídas	2.429.509	2.704.323	2.937.451	2.887.125	4.561.147	4.771.122	5.031.012	5.346.627
Número colposcopia realizadas	122.531	157.294	192.602	150.569	4.561.147	4.771.122	5.031.012	5.346.627
Número toma de biopsia cuello uterino	87.913	122.966	138.693	123.128	4.561.147	4.771.122	5.031.012	5.346.627
Detección del cáncer de seno								
Número de mamografías realizadas y leídas	337.431	415.469	430.749	437.685	1.675.318	1.762.736	1.871.632	2.006.065

	% Base para programar	Cobertura %				Meta	Cumplimiento			
		2008	2009	2010	2011		2008	2009	2010	2011
	100	21	24	25	23	20	4	4	4	4
	100	44	51	54	46	50	2	4	4	3
	23	52	66	54	48	40	4	4	4	4
	23	58	65	59	54	40	4	4	4	4
	23	54	67	55	49	40	4	4	4	4
	23	52	63	54	48	40	4	4	4	4
	23	64	101	58	52	40	4	4	4	4
	30	16	18	18	16	80	1	1	1	1
	98	12	13	14	12	50	1	1	1	1
	24	80	85	68	66	20	4	4	4	4
	20	34	40	31	22	20	4	4	4	4
	61	87	93	96	89	80	4	4	4	4
	3	90	110	128	94	80	4	4	4	4
	3	64	86	92	77	80	2	4	4	3
	50	40	47	46	44	20	4	4	4	4

Anexo 3. Actividades preventivas (continuación)

Actividades preventivas	Actividades ejecutadas				Población objeto			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Número toma de biopsia seno por punción con aguja fina	22.267	25.877	21.871	23.872	1.675.318	1.762.736	1.871.632	2.006.065
Planificación familiar hombres								
Número de consulta control planificación hombres	49.259	50.485	40.290	23.809	4.052.856	4.162.052	4.318.788	4.522.227
Número de consulta planificación hombres	47.355	58.965	45.383	30.226	4.052.856	4.162.052	4.318.788	4.522.227
Número de esterilizaciones masculinas realizadas	44.887	30.260	22.859	20.132	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Planificación familiar mujeres								
Mujeres con anticoncepción hormonal métodos modernos (excepto hormonal oral)	19	298.005	664.182	753.138	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Número aplicación de dispositivo intrauterino	74.308	58.665	44.675	38.357	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Número de consultas de planificación familiar de control realizadas a mujeres (por médico o enfermera)	902.518	1.160.184	1.383.274	1.385.013	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Número de consultas de planificación familiar de primera vez realizadas a mujeres (por médico o enfermera)	445.297	468.811	455.785	391.040	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Número de esterilizaciones femeninas realizadas	90.481	82.922	76.957	69.117	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Número de mujeres con anticoncepción de emergencia	7.853	15.784	17.492	15.400	4.466.155	4.661.635	4.909.957	5.214.056
Salud bucal								
Número aplicación de flúor tópico	1.132.316	1.250.844	1.429.516	1.254.752	3.935.348	4.044.596	4.204.661	4.414.724
Número de controles de placa bacteriana	4.418.892	5.166.781	5.643.273	5.539.210	15.075.493	15.620.433	16.330.217	17.214.280
Número detartraje supragingival	2.853.112	3.142.307	3.236.036	2.932.091	12.572.239	13.035.605	13.640.767	14.397.288
Atención del recién nacido								
Número consulta médica de control postparto	210.271	229.240	242.269	201.281	208.719	229.957	254.846	283.904
Número de atenciones institucionales del parto (parto y cesárea)	236.096	240.484	251.624	220.198	208.719	229.957	254.846	283.904
Número aplicación de vitamina K	225.521	238.476	249.387	216.518	196.247	212.171	230.197	250.642
Número de consultas médicas de control del recién nacido (por médico o enfermera)	223.874	232.752	249.588	223.886	208.719	229.957	254.846	283.904

	% Base para programar	Cobertura %				Meta	Cumplimiento			
		2008	2009	2010	2011		2008	2009	2010	2011
	3	44	49	39	40	20	4	4	4	4
	4	286	285	220	124	50	4	4	4	4
	2	550	667	495	315	80	4	4	4	4
	18	537	347	249	206	80	4	4	4	4
	6	0	114	240	257	80	1	4	4	4
	5	344	260	188	152	80	4	4	4	4
	33	61	75	85	80	50	4	4	4	4
	5	190	191	176	143	80	4	4	4	4
	2	104	91	80	68	80	4	4	4	2
	3	6	11	12	10	80	1	1	1	1
	150	19	21	23	19	20	3	4	4	3
	113	26	29	31	28	20	4	4	4	4
	20	113	121	119	102	20	4	4	4	4
	100	101	100	95	71	90	4	4	4	2
	100	113	105	99	78	95	4	4	4	2
	100	115	112	108	86	90	4	4	4	3
	100	107	101	98	79	90	4	4	4	2

Anexo 3. Actividades preventivas (continuación)

Actividades preventivas	Actividades ejecutadas				Población objeto			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Número exámenes de TSH realizados a recién nacidos (toma y análisis)	225.132	238.995	249.293	216.499	208.719	229.957	254.846	283.904
Número hemoclasificación RN	227.224	236.936	248.750	217.414	208.719	229.957	254.846	283.904
Detección de alteraciones del embarazo								
Número aplicación de TD o TT gestantes	312.128	334.225	352.318	321.099	208.719	229.957	254.846	283.904
Número consulta odontológica general de la gestante	247.306	257.448	278.333	259.782	208.719	229.957	254.846	283.904
Número de consejería para VIH gestantes	232.943	262.283	264.625	254.994	208.719	229.957	254.846	283.904
Número de consultas prenatales de primera vez por médico	255.857	307.928	294.366	286.512	208.719	229.957	254.846	283.904
Número glicemia en gestantes	315.070	317.284	343.013	305.563	208.719	229.957	254.846	283.904
Número hemoclasificación en gestantes	238.021	250.229	271.975	245.248	208.719	229.957	254.846	283.904
Número hemograma completo gestantes	297.751	340.528	350.824	319.070	208.719	229.957	254.846	283.904
Número suministro de multivitamínicos gestantes	1.178.386	1.209.806	1.445.206	1.365.566	208.719	229.957	254.846	283.904
Número ultrasonografía pélvica obstétrica	492.248	539.570	510.188	450.870	208.719	229.957	254.846	283.904
Número uroanálisis gestantes	464.999	492.467	514.201	456.240	208.719	229.957	254.846	283.904
Número de consultas de control prenatal realizadas (médico - enfermera)	1.219.820	1.211.352	1.377.376	1.286.956	208.719	229.957	254.846	283.904
Detección temprana de sífilis congénita	734.686	729.570	593.753	599.101	208.719	229.957	254.846	283.904
Vacunación								
Número aplicación de antipolio	993.852	871.636	857.373	786.290	196.247	212.171	230.197	250.642
Número aplicación de conjugada contra H. influenza	383.859	564.986	564.399	528.118	208.719	229.957	254.846	283.904
Número aplicación de DPT menores hasta 11 meses	684.392	680.140	764.374	703.071	445.112	475.008	509.171	548.113
Número aplicación de triple viral niños	323.780	343.789	401.889	346.627	481.845	498.064	520.868	549.622
Número aplicación vacunas contra fiebre amarilla	203.234	240.234	206.387	334.695	15.075.493	15.620.433	16.330.217	17.214.280
Número dosis antihepatitis B aplicadas en menores de 1 año	587.676	606.930	629.529	573.159	15.075.493	15.620.433	16.330.217	17.214.280
Número dosis aplicadas BCG	207.901	216.160	219.613	197.384	208.719	229.957	254.846	283.904

	% Base para programar	Cobertura %				Meta	Cumplimiento			
		2008	2009	2010	2011		2008	2009	2010	2011
	100	108	104	98	76	90	4	4	4	2
	100	109	103	98	77	90	4	4	4	2
	160	93	91	86	71	90	4	4	3	2
	100	118	112	109	92	20	4	4	4	4
	100	112	114	104	90	85	4	4	4	4
	100	123	134	116	101	85	4	4	4	4
	100	151	138	135	108	85	4	4	4	4
	100	114	109	107	86	85	4	4	4	4
	130	110	114	106	86	85	4	4	4	4
	600	94	88	95	80	85	4	4	4	3
	135	175	174	148	118	85	4	4	4	4
	185	120	116	109	87	85	4	4	4	4
	900	65	59	60	50	85	2	2	2	2
	200	176	159	116	106	90	4	4	4	4
	400	127	103	93	78	90	4	4	4	2
	180	102	136	123	103	90	4	4	4	4
	174	80	74	78	66	90	2	2	2	2
	100	67	69	77	63	90	2	2	2	2
	2	67	77	63	97	90	2	2	2	4
	3	130	130	128	111	90	4	4	4	4
	70	142	134	123	99	90	4	4	4	4

Anexo 4. Número de servicios prestados por las EPS asociadas a Acemi del Régimen Contributivo por departamento y ámbito (2011)

Departamento	Urgencias	%	Hospitalario	%	Alto costo	%
Bogotá	2.398.329	5,38%	830.889	1,87%	86.005	0,19%
Antioquia	730.318	2,74%	362.842	1,36%	52.952	0,20%
Valle	860.571	4,82%	394.703	2,21%	40.547	0,23%
Atlántico	450.755	5,80%	107.462	1,38%	11.657	0,15%
Cundinamarca	423.183	7,10%	104.374	1,75%	10.992	0,18%
Santander	271.427	5,00%	74.675	1,38%	11.260	0,21%
Bolívar	279.096	6,23%	60.063	1,34%	7.591	0,17%
Risaralda	190.170	5,40%	75.095	2,13%	6.555	0,19%
Caldas	148.353	5,56%	58.241	2,18%	7.977	0,30%
Tolima	194.446	7,57%	42.381	1,65%	5.315	0,21%
Magdalena	146.157	7,45%	36.720	1,87%	3.399	0,17%
Cesar	117.722	6,12%	33.829	1,76%	3.780	0,20%
Norte de Santander	145.162	7,76%	29.094	1,55%	4.956	0,26%
Quindio	68.725	4,96%	31.608	2,28%	2.689	0,19%
Cauca	40.253	3,14%	22.845	1,78%	2.333	0,18%
Córdoba	58.477	5,24%	15.737	1,41%	2.230	0,20%
Meta	66.911	7,01%	17.708	1,86%	1.740	0,18%
Huila	46.570	5,55%	20.390	2,43%	2.355	0,28%
Sucre	42.546	6,26%	12.247	1,80%	1.792	0,26%
Boyacá	43.878	6,51%	17.786	2,64%	1.483	0,22%
Guajira	33.866	5,51%	14.546	2,37%	1.109	0,18%
Nariño	18.212	4,60%	11.551	2,92%	1.067	0,27%
Caquetá	16.214	11,90%	9.694	7,12%	463	0,34%
Putumayo	4.293	3,32%	4.474	3,46%	170	0,13%
Casanare	4.735	3,68%	3.102	2,41%	343	0,27%
San Andrés	8.169	8,34%	2.784	2,84%	162	0,17%

	Ambulatorio				%	Domici-liario	%	Total
	Atención farmacéutica ambulatoria	Consulta externa	Otros servicios ambulatorios	Total				
	7.931.980	17.705.561	15.172.068	40.809.609	91,61%	420.577	0,94%	44.545.409
	5.245.422	8.780.096	11.371.045	25.396.563	95,23%	125.204	0,47%	26.667.879
	3.158.679	6.581.634	6.640.166	16.380.479	91,69%	189.604	1,06%	17.865.904
	1.541.591	2.784.776	2.821.693	7.148.060	91,92%	58.076	0,75%	7.776.010
	1.077.789	2.355.196	1.966.503	5.399.488	90,59%	22.117	0,37%	5.960.154
	718.045	2.401.377	1.904.311	5.023.733	92,53%	48.466	0,89%	5.429.561
	873.593	1.598.595	1.643.605	4.115.793	91,87%	17.712	0,40%	4.480.255
	545.044	1.451.477	1.245.204	3.241.725	92,00%	10.046	0,29%	3.523.591
	509.120	1.069.915	866.235	2.445.270	91,70%	6.815	0,26%	2.666.656
	518.418	993.140	804.532	2.316.090	90,15%	11.017	0,43%	2.569.249
	325.138	699.323	743.975	1.768.436	90,16%	6.678	0,34%	1.961.390
	284.625	738.354	739.215	1.762.194	91,54%	7.586	0,39%	1.925.111
	229.985	840.592	619.113	1.689.690	90,28%	2.704	0,14%	1.871.606
	200.224	526.798	553.697	1.280.719	92,47%	1.284	0,09%	1.385.025
	213.058	540.028	444.285	1.197.371	93,49%	18.010	1,41%	1.280.812
	147.600	497.257	393.688	1.038.545	93,06%	1.042	0,09%	1.116.031
	94.804	357.476	403.772	856.052	89,68%	12.119	1,27%	954.530
	159.500	322.592	280.784	762.876	90,95%	6.562	0,78%	838.753
	137.846	243.218	240.393	621.457	91,49%	1.214	0,18%	679.256
	72.311	262.792	274.467	609.570	90,40%	1.588	0,24%	674.305
	101.057	203.474	260.160	564.691	91,86%	487	0,08%	614.699
	64.426	163.925	134.444	362.795	91,61%	2.383	0,60%	396.008
	6.297	46.212	57.232	109.741	80,56%	118	0,09%	136.230
	8.422	62.377	49.316	120.115	92,97%	143	0,11%	129.195
	9.169	48.245	62.337	119.751	93,19%	574	0,45%	128.505
	9.781	26.418	49.688	85.887	87,72%	911	0,93%	97.913

Anexo 4. Número de servicios prestados por las EPS asociadas a Acemi del Régimen Contributivo por departamento y ámbito (2011) (continuación)

Departamento	Urgencias	%	Hospitalario	%	Alto costo	%
Chocó	5.326	6,46%	3.334	4,04%	497	0,60%
Guaviare	1.500	2,04%	1.300	1,77%	61	0,08%
Arauca	628	2,21%	461	1,62%	59	0,21%
Amazonas	1.365	11,66%	254	2,17%	13	0,11%
Vichada	1	1,23%	1	1,23%	-	0,00%
Guainía	19	33,33%	4	7,02%	1	1,75%
Vaupés	1	4,17%	-	0,00%	-	0,00%
Total general	**6.817.378**		**2.400.194**		**271.553**	

Anexo 5. Balance general de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos)

	Activo				Pasivo	
Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %	2010	2011
Aliansalud	83.827.015	74.659.289	-9.167.726	-10,9%	71.366.838	60.911.663
Salud Total	321.243.029	365.396.570	44.153.541	13,7%	274.721.998	301.887.905
Cafesalud	179.513.360	162.052.396	-17.460.964	-9,7%	153.289.730	159.478.877
EPS Sanitas	305.148.479	379.950.832	74.802.353	24,5%	275.781.234	343.667.282
Compensar	130.870.282	147.183.633	16.313.351	12,5%	96.287.027	112.342.704
Comfenalco Antioquia	34.738.247	55.003.905	20.265.658	58,3%	19.759.928	92.521.493
SURA EPS	190.446.628	247.430.381	56.983.753	29,9%	146.839.200	191.892.881
Comfenalco Valle	43.172.934	73.192.236	30.019.302	69,5%	38.571.316	56.083.926
Colpatria	42.476.601	29.626.063	-12.850.538	-30,3%	20.492.873	19.334.617
Coomeva	451.734.745	563.796.193	112.061.448	24,8%	334.363.411	439.614.475
Famisanar	206.458.417	254.676.457	48.218.040	23,4%	167.329.110	211.432.577
SOS	116.451.646	118.171.938	1.720.292	1,5%	111.056.557	130.479.635
Cruz Blanca	128.116.183	110.644.834	-17.471.349	-13,6%	98.152.630	112.132.294
Total	**2.234.197.566**	**2.581.784.727**	**347.587.161**	**15,6%**	**1.808.011.852**	**2.231.780.329**

	Ambulatorio				%	Domici-liario	%	Total
	Atención farmacéutica ambulatoria	Consulta externa	Otros servicios ambulatorios	Total				
	6.277	30.082	36.578	72.937	88,47%	351	0,43%	82.445
	8.489	33.710	28.152	70.351	95,76%	253	0,34%	73.465
	3.491	9.063	14.690	27.244	95,74%	63	0,22%	28.455
	336	2.980	6.727	10.043	85,79%	32	0,27%	11.707
	2	13	64	79	97,53%	-	0,00%	81
	-	11	22	33	57,89%	-	0,00%	57
	-	15	8	23	95,83%	-	0,00%	24
				125.407.410		**973.736**		**135.870.271**

	Pasivo		Patrimonio			
	Variación absoluta	Variación %	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
	-10.455.175	-14,6%	12.460.177	13.747.626	1.287.449	10%
	27.165.907	9,9%	46.521.031	63.508.665	16.987.634	37%
	6.189.147	4,0%	26.223.630	2.573.519	-23.650.111	-90%
	67.886.048	24,6%	29.367.245	36.283.550	6.916.305	24%
	16.055.677	16,7%	34.583.255	34.840.929	257.674	1%
	72.761.565	368,2%	14.978.319	-37.517.588	-52.495.907	-350%
	45.053.681	30,7%	43.607.428	55.537.500	11.930.072	27%
	17.512.610	45,4%	4.601.618	17.108.310	12.506.692	272%
	-1.158.256	-5,7%	21.983.728	10.291.446	-11.692.282	-53,2%
	105.251.064	31,5%	117.371.334	124.181.718	6.810.384	6%
	44.103.467	26,4%	39.129.307	43.243.880	4.114.573	11%
	19.423.078	17,5%	5.395.089	-12.307.697	-17.702.786	-328%
	13.979.664	14,2%	29.963.553	-1.487.460	-31.451.013	-105%
	423.768.477	**23,4%**	**426.185.714**	**350.004.398**	**-76.181.316**	**-18%**

Anexo 6. Estado de Resultados de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos)

Ingreso operacional

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	301.134.992	298.935.283	-2.199.709	-0,7%
Salud Total	967.195.520	988.141.079	20.945.559	2,2%
Cafesalud	535.171.922	528.491.809	-6.680.113	-1,2%
EPS Sanitas	877.989.894	893.201.129	15.211.235	1,7%
Compensar	586.602.104	667.865.067	81.262.963	13,9%
Comfenalco Antioquia	235.802.308	250.701.700	14.899.392	6,3%
SURA EPS	921.470.721	1.019.120.867	97.650.146	10,6%
Comfenalco Valle	188.631.935	207.812.950	19.181.015	10,2%
Colpatria	66.746.777	55.425.937	-11.320.840	-17,0%
Coomeva	1.932.610.658	2.034.579.594	101.968.936	5,3%
Famisanar	809.028.094	870.689.207	61.661.113	7,6%
SOS	496.770.640	516.380.132	19.609.492	3,9%
Cruz Blanca	366.600.932	380.956.384	14.355.452	3,9%
Total	8.285.756.497	8.712.301.138	426.544.641	5,1%

Gasto asistencial

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	279.788.580	266.718.408	-13.070.172	-4,7%
Salud Total	913.915.033	922.470.260	8.555.227	0,9%
Cafesalud	499.274.048	502.980.161	3.706.113	0,7%
EPS Sanitas	823.555.018	873.848.897	50.293.879	6,1%
Compensar	533.771.449	611.041.585	77.270.136	14,5%
Comfenalco Antioquia	223.832.110	276.942.980	53.110.870	23,7%
SURA EPS	834.550.775	926.368.946	91.818.171	11,0%
Comfenalco Valle	178.012.366	195.111.078	17.098.712	9,6%
Colpatria	64.144.725	58.915.044	-5.229.681	-8,2%
Coomeva	1.753.854.248	1.838.103.240	84.248.992	4,8%
Famisanar	735.521.346	781.084.722	45.563.376	6,2%
SOS	457.669.165	476.794.998	19.125.833	4,2%
Cruz Blanca	328.377.954	353.000.329	24.622.375	7,5%
Total	7.626.266.817	8.083.380.648	457.113.831	6,0%

Gasto administrativo

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	19.152.142	30.064.630	10.912.488	57,0%
Salud Total	38.123.300	40.959.405	2.836.105	7,4%
Cafesalud	34.339.679	53.470.791	19.131.112	55,7%
EPS Sanitas	57.892.198	79.053.235	21.161.037	36,6%
Compensar	57.068.889	62.095.694	5.026.805	8,8%
Comfenalco Antioquia	13.901.632	22.454.762	8.553.130	61,5%
SURA EPS	72.334.318	76.798.120	4.463.802	6,2%
Comfenalco Valle	14.341.651	16.990.340	2.648.689	18,5%
Colpatria	9.349.456	8.830.674	-518.782	-5,5%
Coomeva	165.177.054	174.599.462	9.422.408	5,7%
Famisanar	63.772.572	74.145.003	10.372.431	16,3%
SOS	45.095.022	42.230.075	-2.864.947	-6,4%
Cruz Blanca	25.930.655	51.434.033	25.503.378	98,4%
Total	616.478.568	733.126.224	116.647.656	18,92%

Gasto comercial

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	2.378.192	904.437	-1.473.755	-62,0%
Salud Total	26.162.825	25.863.346	-299.479	-1,1%
Cafesalud	9.783.094	8.959.705	-823.389	-8,4%
EPS Sanitas	11.315	14.726	3.411	30,1%
Compensar	0	0	0	-
Comfenalco Antioquia	2.160.778	2.403.420	242.642	11,2%
SURA EPS	18.446.596	20.751.252	2.304.656	12,5%
Comfenalco Valle	2.168.953	2.830.228	661.275	30,5%
Colpatria	0	0	0	-
Coomeva	17.861.835	20.247.152	2.385.317	13,4%
Famisanar	14.048.751	13.527.950	-520.801	-3,7%
SOS	10.929.235	9.716.651	-1.212.584	-11,1%
Cruz Blanca	6.780.341	7.640.306	859.965	12,7%
Total	110.731.915	112.859.173	2.127.258	1,9%

Anexo 6. Estado de Resultados de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos) (continuación)

Resultado técnico

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	-183.922	1.247.808	1.431.730	-778,4%
Salud Total	-11.005.638	-1.151.932	9.853.706	-89,5%
Cafesalud	-8.224.899	-36.918.848	-28.693.949	348,9%
EPS Sanitas	-3.468.637	-59.715.729	-56.247.092	1621,6%
Compensar	-4.238.234	-5.272.212	-1.033.978	24,4%
Comfenalco Antioquia	-4.092.212	-51.099.462	-47.007.250	1148,7%
SURA EPS	-3.860.968	-4.797.451	-936.483	24,3%
Comfenalco Valle	-5.891.035	-7.118.696	-1.227.661	20,8%
Colpatria	-6.747.404	-12.319.781	-5.572.377	82,6%
Coomeva	-4.282.479	1.629.740	5.912.219	-138,1%
Famisanar	-4.314.575	1.931.532	6.246.107	-144,8%
SOS	-16.922.782	-12.361.592	4.561.190	-27,0%
Cruz Blanca	5.511.982	-31.118.284	-36.630.266	-664,6%
Total	-67.720.803	-217.064.907	-149.344.104	220,5%

Ingreso no operacional

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	279.788.580	266.718.408	-13.070.172	-4,7%
Salud Total	913.915.033	922.470.260	8.555.227	0,9%
Cafesalud	499.274.048	502.980.161	3.706.113	0,7%
EPS Sanitas	823.555.018	873.848.897	50.293.879	6,1%
Compensar	533.771.449	611.041.585	77.270.136	14,5%
Comfenalco Antioquia	223.832.110	276.942.980	53.110.870	23,7%
SURA EPS	834.550.775	926.368.946	91.818.171	11,0%
Comfenalco Valle	178.012.366	195.111.078	17.098.712	9,6%
Colpatria	64.144.725	58.915.044	-5.229.681	-8,2%
Coomeva	1.753.854.248	1.838.103.240	84.248.992	4,8%
Famisanar	735.521.346	781.084.722	45.563.376	6,2%
SOS	457.669.165	476.794.998	19.125.833	4,2%
Cruz Blanca	328.377.954	353.000.329	24.622.375	7,5%
Total	7.626.266.817	8.083.380.648	457.113.831	6,0%

Gasto no operacional

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	583.504	1.844.302	1.260.798	216,1%
Salud Total	2.194.715	3.921.506	1.726.791	78,7%
Cafesalud	2.616.089	9.513.812	6.897.723	263,7%
EPS Sanitas	4.104.174	10.787.513	6.683.339	162,8%
Compensar	2.503.777	1.784.031	-719.746	-28,7%
Comfenalco Antioquia	649.000	1.919.035	1.270.035	195,7%
SURA EPS	3.542.321	9.060.876	5.518.555	155,8%
Comfenalco Valle	0	1.546.516	1.546.516	-
Colpatria	594.083	492.550	-101.533	-17,1%
Coomeva	13.954.006	14.721.857	767.851	5,5%
Famisanar	3.776.145	6.500.849	2.724.704	72,2%
SOS	1.668.427	5.911.665	4.243.238	254,3%
Cruz Blanca	6.404.183	9.062.895	2.658.712	41,5%
Total	42.590.424	77.067.407	34.476.983	81,0%

Impuesto a la Renta

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	621.621	718.295	96.674	15,6%
Salud Total	1.156.003	5.921.304	4.765.301	412,2%
Cafesalud	1.317.619	227.132	-1.090.487	-82,8%
EPS Sanitas	390.274	432.773	42.499	10,9%
Compensar	0	0	0	-
Comfenalco Antioquia	0	0	0	-
SURA EPS	15.000	40.000	25.000	166,7%
Comfenalco Valle	0	0	0	-
Colpatria	0	0	0	-
Coomeva	1.264.336	3.731.463	2.467.127	195,1%
Famisanar	0	0	0	-
SOS	0	2.431.631	2.431.631	-
Cruz Blanca	583.280	246.150	-337.130	-57,8%
Total	5.348.133	13.748.748	8.400.615	157,1%

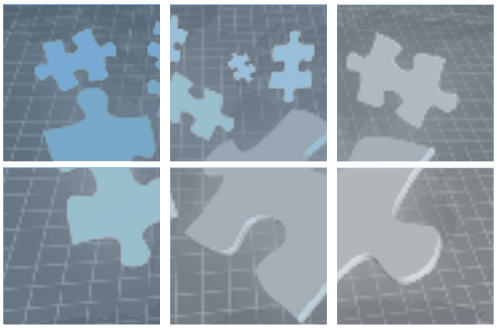
Anexo 6. Estado de Resultados de EPS del Régimen Contributivo a diciembre de 2010 y de 2011 (cifras en miles de pesos) (continuación)

Resultado final

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	820.122	1.287.449	467.327	57,0%
Salud Total	2.347.040	12.022.049	9.675.009	412,2%
Cafesalud	1.382.666	-24.796.369	-26.179.035	-1893,4%
EPS Sanitas	3.968.249	-18.860.293	-22.828.542	-575,3%
Compensar	731.482	257.673	-473.809	-64,8%
Comfenalco Antioquia	-3.352.585	-52.470.577	-49.117.992	1465,1%
SURA EPS	7.469.669	6.327.276	-1.142.393	-15,3%
Comfenalco Valle	-5.841.070	-8.555.488	-2.714.418	46,5%
Colpatria	-3.850.785	-7.944.041	-4.093.256	106,3%
Coomeva	-331.075	3.220.172	3.551.247	-1072,6%
Famisanar	790.340	425.708	-364.632	-46,1%
SOS	-15.276.151	-17.905.187	-2.629.036	17,2%
Cruz Blanca	1.043.920	-33.144.084	-34.188.004	-3275,0%
Total	-10.098.178	-140.135.712	-130.037.534	1287,7%

Patrimonio

Entidad	2010	2011	Variación absoluta	Variación %
Aliansalud	12.460.177	13.747.626	1.287.449	10,3%
Salud Total	46.521.031	63.508.665	16.987.634	36,5%
Cafesalud	26.223.630	2.573.519	-23.650.111	-90,2%
EPS Sanitas	29.367.245	36.283.550	6.916.305	23,6%
Compensar	34.583.255	34.840.929	257.674	0,7%
Comfenalco Antioquia	14.978.319	-37.517.588	-52.495.907	-350,5%
SURA EPS	43.607.428	55.537.500	11.930.072	27,4%
Comfenalco Valle	4.601.618	17.108.310	12.506.692	271,8%
Colpatria	21.983.728	10.291.446	-11.692.282	-53,2%
Coomeva	117.371.334	124.181.718	6.810.384	5,8%
Famisanar	39.129.307	43.243.880	4.114.573	10,5%
SOS	5.395.089	-12.307.697	-17.702.786	-328,1%
Cruz Blanca	29.963.553	-1.487.460	-31.451.013	-105,0%
Total	426.185.714	350.004.398	-76.181.316	-17,9%



* En los casos en los que el valor inicial, año 2010, es negativo y el valor del año final, 2011, es positivo, la variación porcentual es negativa y se debe entender como una reducción de las pérdidas. Por ejemplo, si para el 2010 el resultado operacional de una Entidad es -200 millones y para el 2011 el resultado operacional es 100, la variación absoluta y porcentual es 300 millones y -300%, respectivamente. La interpretación de la variación porcentual corresponde a una reducción en la magnitud de las pérdidas. La verificación del cambio porcentual se puede realizar al multiplicar el valor inicial por la tasa de crecimiento, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$V_1 = V_0 * (1+X)$$

Donde:

V_1: Valor final

V_0: Valor inicial

X: Variación porcentual del periodo 0 al periodo 1

Anexo 7. Márgenes financieros y razones de rentabilidad EPS-C. Variación absoluta en puntos porcentuales

(Costo médico / Ingreso Op.)

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	92,91%	89,22%	-3,69
Salud Total	94,49%	93,35%	-1,14
Cafesalud	93,29%	95,17%	1,88
EPS Sanitas	93,80%	97,83%	4,03
Compensar	90,99%	91,49%	0,50
Comfenalco Antioquia	94,92%	110,47%	15,54
SURA EPS	90,57%	90,90%	0,33
Comfenalco Valle	94,37%	93,89%	-0,48
Colpatria	96,10%	106,30%	10,19
Coomeva	90,75%	90,34%	-0,41
Famisanar	90,91%	89,71%	-1,21
SOS	92,13%	92,33%	0,21
Cruz Blanca	89,57%	92,66%	3,09
Total	92,04%	92,78%	0,74

(Gasto admón. / Ingreso Op.)

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	6,36%	10,06%	3,70
Salud Total	3,94%	4,15%	0,20
Cafesalud	6,42%	10,12%	3,70
EPS Sanitas	6,59%	8,85%	2,26
Compensar	9,73%	9,30%	-0,43
Comfenalco Antioquia	5,90%	8,96%	3,06
SURA EPS	7,85%	7,54%	-0,31
Comfenalco Valle	7,60%	8,18%	0,57
Colpatria	14,01%	15,93%	1,93
Coomeva	8,55%	8,58%	0,03
Famisanar	7,88%	8,52%	0,63
SOS	9,08%	8,18%	-0,90
Cruz Blanca	7,07%	13,50%	6,43
Total	7,44%	8,41%	0,97

(Gasto comercial/ Ingreso Op.)

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	0,79%	0,30%	-0,49
Salud Total	2,71%	2,62%	-0,09
Cafesalud	1,83%	1,70%	-0,13
EPS Sanitas	0,00%	0,00%	0,00
Compensar	0,00%	0,00%	0,00
Comfenalco Antioquia	0,92%	0,96%	0,04
SURA EPS	2,00%	2,04%	0,03
Comfenalco Valle	1,15%	1,36%	0,21
Colpatria	0,00%	0,00%	0,00
Coomeva	0,92%	1,00%	0,07
Famisanar	1,74%	1,55%	-0,18
SOS	2,20%	1,88%	-0,32
Cruz Blanca	1,85%	2,01%	0,16
Total	1,34%	1,30%	-0,04

Margen técnico

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	-0,06%	0,42%	0,48
Salud Total	-1,14%	-0,12%	1,02
Cafesalud	-1,54%	-6,99%	-5,45
EPS Sanitas	-0,40%	-6,69%	-6,29
Compensar	-0,72%	-0,79%	-0,07
Comfenalco Antioquia	-1,74%	-20,38%	-18,65
SURA EPS	-0,42%	-0,47%	-0,05
Comfenalco Valle	-3,12%	-3,43%	-0,30
Colpatria	-10,11%	-22,23%	-12,12
Coomeva	-0,22%	0,08%	0,30
Famisanar	-0,53%	0,22%	0,76
SOS	-3,41%	-2,39%	1,01
Cruz Blanca	1,50%	-8,17%	-9,67
Total	-0,82%	-2,49%	-1,67

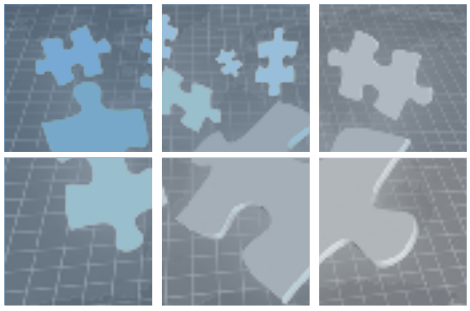
Anexo 7. Márgenes financieros y razones de rentabilidad EPS-C. Variación absoluta en puntos porcentuales

Margen neto

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	0,27%	0,43%	0,16
Salud Total	0,24%	1,22%	0,97
Cafesalud	0,26%	-4,69%	-4,95
EPS Sanitas	0,45%	-2,11%	-2,56
Compensar	0,12%	0,04%	-0,09
Comfenalco Antioquia	-1,42%	-20,93%	-19,51
SURA EPS	0,81%	0,62%	-0,19
Comfenalco Valle	-3,10%	-4,12%	-1,02
Colpatria	-5,77%	-14,33%	-8,56
Coomeva	-0,02%	0,16%	0,18
Famisanar	0,10%	0,05%	-0,05
SOS	-3,08%	-3,47%	-0,39
Cruz Blanca	0,28%	-8,70%	-8,98
Total	-0,12%	-1,61%	-1,49

Rentabilidad patrimonio

Entidad	2010	2011	Variación absoluta
Aliansalud	6,58%	9,36%	2,78
Salud Total	5,05%	18,93%	13,88
Cafesalud	5,27%	-963,52%	-968,79
EPS Sanitas	13,51%	-51,98%	-65,49
Compensar	2,12%	0,74%	-1,38
Comfenalco Antioquia	-22,38%	139,86%	162,24
SURA EPS	17,13%	11,39%	-5,74
Comfenalco Valle	-126,94%	-50,01%	76,93
Colpatria	-17,52%	-77,19%	-59,67
Coomeva	-0,28%	2,59%	2,88
Famisanar	2,02%	0,98%	-1,04
SOS	-283,15%	145,48%	428,63
Cruz Blanca	3,48%	2228,23%	2224,75
Total	-2,37%	-40,04%	-37,67

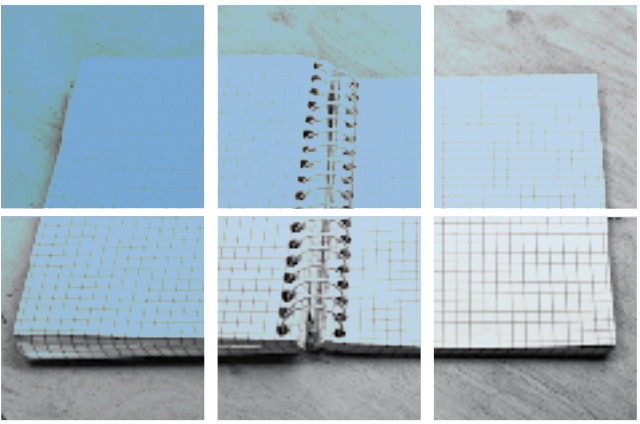


** La rentabilidad sobre el patrimonio acá presentada se debe entender como el indicador de rentabilidad del periodo analizado. Para efectos de las comparaciones realizadas entre las Entidades y los periodos contenidos en el informe no es necesario anualizar la utilidad para calcular la rentabilidad sobre el patrimonio. Además, anualizar una variable no corresponde a multiplicar por el número de periodos que se tiene en un año, ya que, por ejemplo, el resultado de las Entidades acá presentadas está ligado al comportamiento de la tasa de empleo formal, que presenta un comportamiento estacional. Por lo tanto, el resultado de las Entidades también estaría influenciado por este comportamiento estacional (entro otros factores diferentes de periodo a periodo). La forma correcta de anualizar esta variable debería utilizar técnicas que permitan corregir la estacionalidad presente en la variable, objetivo que está fuera de los alcances de este documento, que son netamente informativos.

Anexo 8.Población afiliada al Régimen Contributivo. Diciembre de 2010 y 2011

ENTIDAD	Número de Afiliados Diciembre 2010	Número de Afiliados Diciembre 2011	Variación %
Aliansalud	358.337	349.601	-2,44%
Salud Total	1.723.926	1.800.020	4,41%
Cafesalud	795.224	835.257	5,03%
EPS Sanitas	895.900	988.790	10,37%
Compensar	760.079	771.709	1,53%
Comfenalco Antioquia	322.636	353.027	9,42%
SURA EPS	1.330.999	1.462.419	9,87%
Comfenalco Valle	318.964	297.959	-6,59%
Colpatria	73.221	66.965	-8,54%
Coomeva	2.938.262	3.025.583	2,97%
Famisanar	1.309.997	1.320.803	0,82%
Servicio Occidental de Salud	792.863	836.007	5,44%
Cruz Blanca	634.473	648.636	2,23%
Total general	**12.254.881**	**12.756.776**	**4,10%**

Fuente: Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad (SIAM)



Observaciones, glosario y referencias

Observaciones

Se realizan ajustes a algunos datos publicados en *Cifras e indicadores del Sistema de Salud - EPS asociadas a Acemi 2010*, debido a una nueva metodología de estandarización de los datos enviados por las EPS.

Para algunos de los indicadores publicados se considera que:

- Falta estandarización y persisten discrepancias en la interpretación de los indicadores.
- Se presentan únicamente los resultados de los indicadores más consistentes en el tiempo y que permiten una adecuada interpretación en los resultados.
- Hay mejoría en los sistemas de información y por tanto en los reportes.
- Se identifican áreas claras donde se observa mejoría en los resultados.
- Aún existen retos a futuro, tanto para mejorar la información disponible como los resultados en salud.

Para la versión *Cifras e indicadores del Sistema de Salud - EPS asociadas a Acemi 2010*, se presentan correcciones en algunos indicadores para la información de periodos anteriores, debido a ajustes de homologación en las fuentes de información utilizadas.

Glosario

Acemi: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Agremia a las aseguradoras en salud privadas o mixtas que administran planes de salud obligatorios y subsidiados, y planes adicionales, ya sean de medicina prepagada, planes complementarios y planes prepagados de servicios de atención y medicina pre hospitalaria (SAMEP).

BDUA: Base de Datos Única de Afiliados.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

EPS: Empresa Promotora de Salud, quien asegura a una población que presenta afiliación familiar.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud, incluyendo clínicas, hospitales, centros de salud o instituciones que realizan procedimientos diagnósticos.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

RC: Régimen Contributivo, parte del SGSSS a la que pertenecen los trabajadores dependientes e independientes con capacidad de pago de manera obligatoria en Colombia.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SIAM: Sistema de Información de Afiliaciones y Movilidad. Reporte de las EPS asociadas a Acemi.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Sigob: Sistema de Gestión y Seguimiento a las Metas del Gobierno.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

Referencias

American Cancer Society. (2013). *Cáncer de cuello uterino: detección temprana y prevención*. Disponible en:

http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf

Barua, B.; Rovere, M. & Skinner, B. J. *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2011 report*. Canadá: Fraser Institute.

Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). (2009). *Recursos humanos de la salud en Colombia – 2008 (tercera edición)*. Bogotá, D. C.: Pontificia Universidad Javeriana.

Comisión de Regulación en Salud. *Acuerdo 029 de 2011: "Por el cual se sutituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud"*. Disponible en: http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo-29de2011.pdf

Departamento Administrativo de la Función Púbica. *Decreto 019 de 2012: "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública"*. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Decreto%20Ley%20019%20de%202012%20Antitramites.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2007). Proyecciones de población 2005-2020: Colombia. Tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985-2020. Disponible en:

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf

Eslava C., J. C. (2002). Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública* [en línea], *vol. 4*, (número 1), pp. 1-12. Consultado en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124006420020001000001&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0124-0064.

Ministerio de la Protección Social. *Decreto 1011 de 2006: "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud. *Resolución 412 de 2000: "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"*. Disponible en:

http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf

Ministerio de Salud. *Resolución 3384 de 2000: "Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000"*. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%203384%20DE%202000.pdf

Ministerio de Salud (1997). *El Plan Obligatorio de Salud (POS) Contributivo y Subsidiado. Estudio de Costos*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Solicitud información a entidades promotoras de salud para el "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2013": Instructivo abril 2012*. Consultado en:

http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ESTUDIO%202012/SOLICITUD_ABRIL_2012x.pdf

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. *Boletín # 3: Indicadores IPS, Sistema de Información para la Calidad 2006-2011*. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección Social.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Estadísticas sanitarias mundiales 2007*. Disponible en:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2007Sp_Web.pdf

Rodríguez, J. (2010). *Análisis de los estudios de carga de enfermedad, su referencia internacional y en el tiempo, y su interpretación para orientar las políticas públicas en Colombia*. Estudio realizado para Acemi.

Rodríguez Páez, F. G. et al. (2013). *Uso y capacidad instalada de los servicios de urgencias*. Bogotá D. C.: Universidad Jorge Tadeo Lozano.

Sánchez López, J. & Bueno Cavanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 17, pp. 138-144.

Desde hace algunos años Acemi viene enfocándose, además de su responsabilidad gremial, en el estudio y análisis de los problemas y de las oportunidades del sector salud colombiano, mediante investigaciones, estudios, encuentros académicos y producción de literatura sobre el Sistema de Salud.

El objetivo de este esfuerzo de carácter académico es contribuir a que los colombianos tengan el mejor sistema de salud, acorde con nuestra capacidad institucional, política y económica.

acemi
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral