



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)

**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Epidemiología y Demografía**

Bogotá, junio de 2017
Versión 4

Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)



**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Epidemiología y Demografía
Colombia, 2017**

Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada
a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB).
Colombia, 2017

© Ministerio de Salud y Protección Social

Elaboración

Claudia Marcela Moreno Segura
Sandra Milena Villada Alzate
Jancy Andrea Huertas Quintero
Andrea Johanna Avella Tolosa
Angélica Nohelia Molina Rivera
Ana Carolina Estupiñan Galindo
Paula Melisa Palacios Torres

Actualización

María Belén Jaimes Sanabria
Claudia Milena Cuéllar Segura
Luz Stella Ríos Marín
Sandra Milena Villada Alzate
Lady Alexandra Castillo Vargas
Aley Bricelyn Montenegro Niño

Cuidado del texto

Adriana Llano Restrepo

© Ministerio de Salud y Protección Social Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, junio 2017

Ministerio de Salud y Protección social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

SANDRA LILIANA GIRÓN VARGAS
Directora de Epidemiología y Demografía

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| ABREVIATURAS | 9 |
| PRESENTACIÓN | 10 |
| Introducción | 11 |
| Objetivos de la guía | 12 |
| Objetivo general | 12 |
| Objetivos específicos | 12 |
| 1. Capítulo I. Marco normativo y conceptual | 13 |
| 1.1 Marco Normativo | 13 |
| 1.2 Marco Conceptual | 19 |
| 2. Capítulo II. Orientaciones metodológicas | 22 |
| 2.1 Fuentes de datos para el análisis de la información de la población afiliada a las eapb | 22 |
| 2.1.1 Consulta de cubos y módulo geográfico | 23 |
| 2.1.2 Libro de cálculo | 23 |
| 2.1.3 Ruta del proceso de la caracterización de la población afiliada | 23 |
| 2.2 Métodos de análisis | 24 |
| 2.2.1 Estimación de intervalos de confianza para razón de tasas | 24 |
| 2.2.2 Estimación y ajuste directo de tasas | 25 |
| 2.2.3 Estimación de carga de la mortalidad mediante los Años de Vida Potencialmente Perdidos | 25 |
| 2.3 Medidas de desigualdad | 26 |
| 2.3.1 Las medidas simples de la desigualdad (comparaciones por pares) | 26 |
| 2.4 Presentación de la información | 27 |
| 3. Capítulo III. Orientaciones para la consolidación de la caracterización de la población afiliada a las EAPB | 27 |
| 3.1 Caracterización de los contextos territorial y demográfico | 28 |
| 3.1.1 Contexto territorial | 29 |
| 3.1.2 Contexto demográfico | 29 |
| 3.2 Caracterización de la mortalidad | 31 |
| 3.2.1 Mortalidad por grandes causas y mortalidad específica según subgrupos | 31 |
| 3.2.2 Mortalidad mediante el uso de AVPP | 35 |

| | | |
|--|---|----|
| 3.2.3 | Mortalidad trazadora..... | 36 |
| 3.2.4 | Mortalidad materno-infantil y en la niñez..... | 37 |
| 3.2.5 | Análisis de la letalidad..... | 41 |
| 3.3 | Caracterización de la morbilidad | 41 |
| 3.3.1 | Principales causas de morbilidad atendida | 41 |
| 3.3.2 | Morbilidad trazadora..... | 42 |
| 3.3.3 | Patologías y eventos de alto consumo..... | 44 |
| 3.4 | Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud | 48 |
| 3.4.1 | Determinantes intermedios de la salud | 48 |
| 3.4.2 | Determinantes estructurales de las inequidades en salud | 51 |
| 3.5 | Priorización..... | 51 |
| 3.5.1 | Priorización en los municipios | 53 |
| 3.5.2 | Priorización departamental y distrital..... | 54 |
| 3.5.3 | Matriz de priorización | 55 |
| Capítulo IV. Reporte de la caracterización | | 58 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | | 60 |

Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1 . Ruta del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB | 23 |
| Tabla 2. Tipos de registro del anexo técnico | 27 |
| Tabla 3. Indicadores territoriales..... | 29 |
| Tabla 4. Indicadores demográficos..... | 30 |
| Tabla 5. Indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas..... | 32 |
| Tabla 6. Indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por sub causas..... | 33 |
| Tabla 7. Indicadores de la tasa ajustada de AVPP | 36 |
| Tabla 8. Indicadores de mortalidad trazadora | 36 |
| Tabla 9. Indicadores de mortalidad materno-infantil y en la niñez | 37 |
| Tabla 10 Indicadores de mortalidad infantil y niñez | 38 |
| Tabla 11. Indicadores de letalidad | 41 |
| Tabla 12. Indicadores de morbilidad atendida por grandes causas..... | 42 |
| Tabla 13. Indicadores de morbilidad trazadora..... | 43 |
| Tabla 14. Otros indicadores de morbilidad trazadora | 44 |
| Tabla 15. Indicadores de patologías y eventos de alto consumo | 47 |
| Tabla 16. Indicadores de determinantes intermedios | 50 |
| Tabla 17. Indicadores de determinantes intermedios | 50 |
| Tabla 18. Calificación por factor crítico..... | 56 |
| Tabla 19. Grupos de riesgo | 58 |



Figura

Ilustración 1. Determinantes Sociales de la Salud..... 20

ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| ASIS | Análisis de Situación de Salud |
| AVPP | Años de Vida Potenciales Perdidos |
| BD | Bodega de Datos |
| CNSSS | Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud |
| CONPES | Consejo Nacional de Política Social y Económica |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| DED | Dirección de Epidemiología y Demografía |
| DSS | Determinantes Sociales de Salud |
| DTS | Dirección Territorial de Salud |
| EAC | Enfermedades de Alto Costo |
| EAPB | Entidades Administradoras de Planes de Beneficios |
| ENOS | Eventos de Notificación Obligatoria en Salud |
| EOC | Entidades Obligadas a Compensar |
| EPS | Entidades Promotoras de Salud |
| INS | Instituto Nacional de Salud |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud |
| MSPS | Ministerio de Salud y Protección Social |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OTIC | Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación |
| PDSP | Plan Decenal de Salud Pública |
| PENDES | Plan Estratégico Nacional de Estadísticas |
| PIC | Plan de Intervenciones Colectivas |
| PISIS | Plataforma de Integración de datos de SISPRO |
| POS | Plan Obligatorio de Salud |
| ROSS | Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales |
| SEASS | Sistema de Calificación y Evaluación de Actores del Sistema de Salud |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SISBEN | Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales |
| SISPRO | Sistema de Información de la Protección Social |
| SIVIGILA | Sistema de Vigilancia en Salud |
| SNAIPD | Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada |
| SOGC | Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud |
| TICs | Tecnologías de la Información |

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS definió la Política de Atención Integral en Salud reglamentada en la Resolución 429 de 2016 dirigida a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones, como es el caso de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB.

Con el fin de empezar a sincronizar la puesta en marcha de la Política Pública en la formulación de los diferentes planes, entre ellos el Plan de Salud Territorial y los Planes Operativos Anuales y de Inversión establecidos en la Resolución 1536 de 2015 (Planeación Integral para la Salud), se hace necesario que las EAPB como actores del SGSSS cuenten con los insumos fundamentales para la construcción de dichos planes como lo es la caracterización de la población afiliada a las EAPB.

Por ello la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, con la competencia de promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de salud, elaboró la primera guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las EAPB, el cual se constituye en el instrumento que orienta el desarrollo del proceso de la caracterización a la vez que facilita la comprensión y su hacer mediante el uso de instructivos y anexos que complementan la guía.

La guía está compuesta por cuatro capítulos: el primero está conformado por el marco normativo y conceptual, describe las diferentes normas y los aspectos teóricos que cimientan el proceso; el segundo presenta las orientaciones metodológicas y describe el proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB, las fuentes de información disponibles y los métodos de análisis; el tercero brinda las orientaciones para la consolidación de la caracterización de la población afiliada a las EAPB, presenta los cinco componentes que se desarrollarán y su respectivo método de análisis. Finalmente, el cuarto capítulo enuncia los productos que debe entregar la EAPB al Ministerio de Salud y Protección Social– MSPS.

INTRODUCCIÓN

La Resolución 1536 de 2015 define en el artículo 12 que la caracterización de la población afiliada a las EAPB obedece a una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB. Es responsabilidad de las EPS y demás EAPB efectuar la caracterización poblacional por cada departamento, distrito y municipio donde tenga afiliados.

La misma resolución define la periodicidad del reporte anual que deben hacer las EAPB, quienes deben enviar dicha información a este Ministerio el primer día hábil de septiembre, a través de PISIS, la Plataforma de Integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

La Guía de Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB se elaboró con el fin de definir los lineamientos conceptuales, técnicos y metodológicos aplicables al análisis de la información para la identificación y priorización de los problemas, desagregados por departamento, distrito y municipio, donde las EAPB cuenten con población afiliada y enfocaran la gestión del riesgo de sus afiliados.

La guía permítase ha desarrollado buscando facilitarle al lector identificar el proceso, las herramientas de análisis, los indicadores definidos, utilizar los anexos relacionados con cada parte del proceso y ampliar dicha información mediante la información y anexos descritos y publicados en el link ubicado en esta dirección URL:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ANEXOS%20EAPB.zip>

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Objetivo general

Pautar los lineamientos conceptuales, técnicos y metodológicos aplicables al análisis de la información para la caracterización de la población afiliada a las EAPB con el fin de permitir a las EAPB identificar y priorizar los problemas, desagregados por departamento, distrito y municipio donde cuenten con población afiliada y enfocar la gestión del riesgo de sus afiliados en el marco de coordinación intersectorial y transectorial establecido por el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021.

Objetivos específicos

1. Definir los elementos metodológicos y técnicos aplicables a los análisis críticos de los datos para la caracterización de la población afiliada a las EAPB.
2. Establecer las orientaciones metodológicas, estadísticas y epidemiológicas para la elaboración de la caracterización de la población afiliada a las EAPB
3. Consolidar capacidades técnicas, analíticas y de decisión de los profesionales de EAPB, mediante el manejo y uso de herramientas informáticas, estadísticas y epidemiológicas para la caracterización.

CAPÍTULO I. MARCO NORMATIVO Y CONCEPTUAL DE LA CARACTERIZACIÓN

1.1 MARCO NORMATIVO

La necesidad de realizar los análisis de situación de salud en los territorios, así como de organizar y caracterizar las poblaciones objeto de aseguramiento según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas desde lo individual y lo colectivo son competencias que otorga la ley, a los actores del Sistema de Salud del país.

Desde las competencias conferidas por la Ley 715 de 2001 le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud, con el propósito de disponer de información adecuada y oportuna para la elaboración de los análisis de situación de salud y la toma de decisiones administrativas, la investigación, así como para desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y normas que se requieran para facilitar la formulación e implementación de las políticas relacionadas con sus competencias, que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia.

De igual manera, en el Decreto 1841 de 2013 y la Resolución 000429 del 2016, este Ministerio adoptó el Plan Nacional de Salud Pública PDSP 2012-2021 y expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en los cuales se establece que todo proceso de planeación integral en salud se debe fundamentar en el análisis del territorio y la caracterización de la población asegurada.

De acuerdo con el marco de la Política de Atención Integral en Salud se requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad.

El modelo cuenta con diez componentes operacionales y el primero de los cuales es “Conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo”, que requiere la aplicación de los lineamientos conceptuales y metodológicos que brinda la presente Guía para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB.

Por su parte la implementación del Plan Decenal de Salud Pública recurre a la metodología de PASE a la Equidad para que los departamentos, distritos y municipios elaboran el Análisis de la Situación de Salud Territorial, ASIS puedan identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. La información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud, debe priorizar las necesidades y problemas en la población afiliada

contrastándola con las prioridades establecidas por el MSPS y por cada entidad territorial en el ASIS, orientando así los grupos objetivo que debe gestionar.

Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud (PTS), de acuerdo con el respectivo Plan de Desarrollo Territorial. Una vez establecidas las prioridades deben ajustar y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas; así mismo, liderar los procesos de gestión de la salud pública. Tanto el ASIS como los planes territoriales tienen representatividad municipal, departamental y distrital.

A continuación se resumen las bases normativas que ordenan el cumplimiento de estas competencias por parte del sector salud y exclusivas para el desarrollo de la caracterización de la población a cargo de los aseguradores en salud.

Ley 9 de 1979. Código Sanitario Nacional. El título VII contempla la recolección, procesamiento y difusión de la información epidemiológica y regula aspectos de utilidad, obligatoriedad y manejo de la información. En su artículo 480 establece la obligatoriedad de la información epidemiológica para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamente el Ministerio de Salud.

Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Enfatiza la importancia de diagnosticar el estado de salud de la población y utilizar la información de salud para la elaboración de planes locales de atención; de igual forma, en los artículos 178 y 180 determina como función de las EPS “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” y determina el deber de estas, en la evaluación sistemática de la calidad de los servicios que ofrecen a sus usuarios.

Decreto 1485 de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Define la responsabilidad de las EAPB, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado para administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención (artículo 2).

Acuerdo 117 de 1998, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Define que a las EPS les corresponde adelantar las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública; en los artículos 5 y 6 se establece los grupos de riesgo objeto de

intervención por las actividades preventivas y la aplicación de guías integrales de atención para las enfermedades de interés para promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir, así mismo, establece la competencia de las EAPB para priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales (artículo 8).

Acuerdo 125 DE 1999, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones. Define en su artículo 14 que las EAPB deberán realizar la programación de actividades, intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, los cuales deben estar ajustados a las prioridades territoriales en materia de Salud Pública, definidas por las Direcciones Seccionales de Salud y que para esta planeación el Ministerio de Salud establecerá por acto administrativo los lineamientos para la elaboración y presentación de los mismos.

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. Adoptó las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de Protección Específica y Detección Temprana y la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública. Las resoluciones 3442 de 2006; 4003, 769 y 1973 del 2008 y 2257 de 2011, así como los acuerdos 380 de 2007 y 395 de 2008 establecen, actualizan y modifican nuevas normas técnicas y guías de atención para Enfermedades de Interés en Salud Pública.

Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Norma por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dicho Sistema se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en salud Pública y se dictan otras disposiciones. Define en el capítulo II la obligatoriedad de realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia de acuerdo con el nivel territorial donde este se aplique.

Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad e Indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El Ministerio de Salud

y Protección Social debe hacer seguimiento y evaluación a la calidad en la atención en salud a través de la adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que entregará información oportuna sobre indicadores de calidad de los servicios de salud que los usuarios deben tener como criterios en el momento de decidir libremente su afiliación, de manera que puedan tomar decisiones informadas, como contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además del establecimiento de tres niveles de operación del sistema de información: general, interno y externo mediante indicadores trazadores y fichas técnicas de implementación obligatoria.

Decreto 4747 de 2007. Regulación de algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. En el artículo 5 establece como requisito para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades, entre otros, los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Ley 1122 de 2007 que modifica la Ley 100 de 1993. Algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 32 define que la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país; dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Así mismo, obliga al MSPS a definir la Plataforma de Integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), que entre sus funciones debe i) facilitar el seguimiento y monitoreo de actores en salud, garantizando que los actores del Sistema suministren datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. ii) Registrar la información sobre actores del sector salud, capturada y sistematizada por el SIVIGILA en el Instituto Nacional de Salud. iii) Recoger y sistematizar información para monitorear resultados en salud de las Entidades Territoriales, aseguradoras y prestadores de servicios con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados, previsto en el artículo 2º de esta Ley.

Ley 1438 de 2011. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Orienta la gestión institucional hacia un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, adicionalmente el artículo 111 establece la creación de sistemas de evaluación y calificación de las Direcciones Territoriales de Salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permitan conocer públicamente: i) número de quejas, ii) gestión de riesgo, iii) programas de percepción y control de enfermedades, implementados, iv) resultados en la atención de la enfermedad, v) prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, vi) listas de espera; administración y vii) flujo de recursos. Así mismo, en el artículo 114 refiere la obligación de las Entidades Promotoras de

Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos establecidos; de no hacerlo estas Instituciones serán reportadas ante las autoridades competentes, quienes aplicarán las sanciones correspondientes de acuerdo a lo establecido en el artículo 116 de la misma Ley.

Decreto Ley 4107 de 2011: Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y gestión en materia de salud pública, además de mejorar la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública; y específicamente a la Dirección de Epidemiología y Demografía, según el artículo 21, le corresponde promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud y realizar estrategias de promoción y prevención de factores de riesgos sanitarios, en coordinación con entidades territoriales o privadas involucradas.

Resolución 2257 de 2011. Por la cual se adoptan los Protocolos y Guías para la Gestión de la Vigilancia en Salud Pública. Las Guías de Atención Clínica Integral y las Guías de Vigilancia entomológica y control para las enfermedades transmitidas por vectores, estableciendo las guías de atención clínica integral de las patologías de Dengue, Malaria, Leishmaniosis y Chagas.

Resolución 4505 de 2012. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. Define los criterios para la recolección y consolidación del registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por las Direcciones Municipales de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, reglamenta su reporte y monitoreo en el país.

Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Establece la obligatoriedad de cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como del Sistema de Protección Social, del PDSP 2012-2021, que incluye que los actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan. De igual forma en su artículo 3 define que la implementación y ejecución del PDSP estará a cargo de las entidades territoriales y las entidades administradoras de planes de beneficios, entre otras.

Resolución 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. Define en su artículo 12 el concepto de caracterización de la población como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) contempladas en los planes de beneficios. Resalta en su artículo 14.4 como una de las responsabilidades de las EAPB concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las Entidades Territoriales de Salud, departamentales y distritales en el marco de sus competencias.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

El PDSP, como producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y como pacto social y mandato ciudadano, define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Para materializar el PDSP se requiere del liderazgo de las autoridades territoriales y locales, de la participación intersectorial, de la participación comunitaria en sus diferentes formas de organización, y de la acción coordinada de los aseguradores y de los prestadores de servicios de salud, en el marco de las dimensiones prioritarias, componentes y estrategias formuladas por el Plan.

En concordancia es necesario implementar y desarrollar la caracterización de la población afiliada a las diferentes aseguradoras en salud como punto de partida para un plan de gestión del riesgo, debidamente articulado con el análisis de situación de salud de las entidades territoriales, a fin de conocer el estado actual de salud de la población objeto, así como sus necesidades de transformación, con el propósito de orientar la planeación estratégica y operativa concordante con las líneas de acción del PDSP que redunde en un mayor estado de bienestar y salud de la población colombiana.

El MSPS ha avanzado significativamente en el SISPRO permitiendo con ello optimizar la realización de análisis de las condiciones que afectan la salud en diferentes escenarios, instancias y grupos poblacionales, facilitando la planeación, programación, monitoreo y evaluación de las políticas de y para la salud, los planes territoriales y los planes de beneficios.

En este contexto, la metodología para el ASIS, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 1999 y que fue adoptada y adaptada por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con las necesidades, brinda la oportunidad de describir y analizar la situación de salud de la población colombiana, además de identificar y priorizar las principales causas determinantes de los efectos en salud, dentro del ámbito territorial y demográfico en el que viven y se desenvuelven las personas.

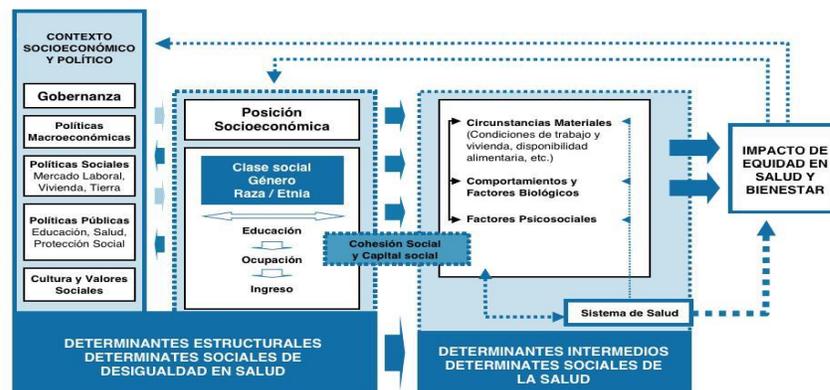
El ASIS ha sido definido como un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes sociales, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores, facilitando identificar necesidades y prioridades, así como las intervenciones y programas apropiados (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

Los Determinantes Sociales de la Salud, DSS son las circunstancias en que las personas nacen,

crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos en los ámbitos mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2005). El marco de DSS ha sido incorporado en el PDSP 2012– 2021, revelando la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades en las condiciones de salud de las personas de acuerdo a condiciones que responden a diferencias en los niveles de ingreso, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico, ubicación geográfica y régimen de afiliación, entre otras.

Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Sin embargo, aunque la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, el efecto no es inmediato puesto que otros determinantes más específicos o intermedios tienen una influencia sobre la salud de forma más directa, en términos de condiciones materiales (condiciones de vivienda y trabajo), circunstancias psicosociales (factores o condiciones de estrés, relaciones y apoyo social), factores de comportamiento y factores biológicos y el sistema de salud (en cuanto acceso, exposición y vulnerabilidad), como se representa en la figura 1.

Ilustración 1. Determinantes Sociales de la Salud, DSS



Fuente: Comisión de determinantes de salud. OMS, 2006.

El proceso implementado para la elaboración de los ASIS de las entidades de salud departamentales, distritales y municipales sirve ahora también como insumo para que las EAPB se beneficien del uso de sus herramientas, conceptos y estrategias para fortalecer la respuesta a su responsabilidad de establecer, actualizar y completar la caracterización de las personas afiliadas, a través del análisis al interior de cada institución, permitiendo conocer el comportamiento de los daños a la salud para priorizar y planear la gestión del riesgo de su

conglomerado poblacional, acorde con el PDSP 2012-2021, pues este análisis debe constituirse en el insumo básico para el plan de intervención y gestión del riesgo en salud de los afiliados de la EAPB, desarrollo fundamental en la implementación operativa del PDSP.

Por ello el Ministerio de Salud y Protección Social publica esta guía metodológica con el propósito de apoyar a las EAPB, en la generación y análisis de su respectiva caracterización poblacional. Así mismo, a través de un componente anexo de esta guía, el Ministerio orienta a las EAPB en la planeación de su modelo de prestación de servicios para que se enfoque en la gestión del riesgo de sus afiliados a través de una estimación de la población Ex ante, Ex post y Contingente en pro de desarrollar las actividades de Protección Específica y Detección temprana que su población afiliada requiere (ver anexos 1.1 y 1.2).

CAPÍTULO II. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

2.1 FUENTES DE DATOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB

Para apoyar el desarrollo de la caracterización de la población afiliada a las EAPB, se han desarrollado 19 anexos integrados por plantillas y sus instructivos, los cuales se encuentran dispuestos en un archivo WinZip que el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso en el link:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ANEXOS%20EAPB.zip>

Estos se listan a continuación:

- 1 Estimaciones de actividades de Protección Específica y Detección temprana
- 2 Compilación de fichas técnicas de los indicadores
- 3 Metodología de ajuste de tasas. Boletín Epidemiológico de la OPS. Vol. 23, No.3 (2002) p.9
- 4 Metodología de cálculo de AVPP. Boletín Epidemiológico de la OPS, Vol. 24, No. 2 (2003) p.1.
- 5 Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 12, No. 6 (2002)
- 6 Desigualdades en salud Boletín Epidemiológico de la OPS, Vol. 25, No. 4 (2004) p.9
- 7 Intervalos de Confianza de tasas. Sullivan, K., & Soe, M. (Ene. 5, 2006)
- 8 Lista OPS 6/67 para la tabulación de la Mortalidad
- 9 Lista para la tabulación de la Mortalidad infantil y del niño
- 10 Lista de grupos de morbilidad para carga de enfermedad
- 11 Población estándar de OMS
- 12 Poblaciones a riesgo
- 13 Documento técnico de los cubos dispuestos en SISPRO
- 14 Priorización
- 15 Plantillas para caracterización
- 16 Ejercicio 30% costos acumulados
- 17 Anexo técnico caracterización EAPB

De igual manera en el sitio web del SISPRO www.sispro.gov.co se disponen los indicadores relacionados con el proceso de caracterización, los cuales se pueden consultar en forma de archivo plano para facilitar su procesamiento y análisis estadístico.

Para apoyar el análisis de los contenidos definidos en la presente Guía de Caracterización se han dispuesto en SISPRO algunas herramientas tales como los cubos y el módulo geográfico.

2.1.1 Consulta de cubos y módulo geográfico

Para acceder a los cubos contenidos en el SISPRO y poder realizar las consultas de la información en estos según el interés de cada usuario, las personas deben realizar un proceso de capacitación ofrecido por la OTIC, de acuerdo al cronograma de las capacitaciones. Para conocer la agenda de los cubos se debe realizar una solicitud al correo: sispro_bodega@minsalud.gov.co. El paso siguiente luego de recibir la capacitación es solicitar la asignación de un usuario y una contraseña para lo cual debe enviar al mismo correo electrónico los siguientes datos: nombre completo, identificación, entidad en la que labora, correo de contacto, una justificación sobre los cubos a usar y la utilidad que le dará al cubo. Para ampliar la información sobre cómo acceder al contenido de los cubos, consulte el anexo 13.

2.1.2 Libro de cálculo

El Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las instituciones y comunidad en general un libro en Excel® organizado en hojas separadas por tema y programadas con las fórmulas descritas en la guía metodológica, para que de manera fácil el usuario digite sus datos y automáticamente se generen los resultados. Esta herramienta puede ser una alternativa útil cuando no se cuenta con otras herramientas, con acceso a internet, o incluso para realizar sesiones ilustrativas con el grupo de trabajo al interior de cada institución. Así mismo, esta guía está acompañada por una serie de instructivos que explican con detalle los procedimientos estadísticos, la información requerida y la forma como se interpretan los resultados obtenidos.

2.1.3 Ruta del proceso de la caracterización de la población afiliada

La ruta del proceso de caracterización de la población va desde el diseño e implementación de la guía metodológica con los componentes de la caracterización hasta la evaluación, tratándose de un proceso circulante, los insumos obtenidos en el desarrollo de la actividad de la evaluación se constituyen en insumos para el plan de mejoramiento y actualización de la caracterización. En la tabla 1 se presenta la ruta del proceso así como las actividades y los responsables del mismo.

Tabla 1 . Ruta del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
|--|---|
| Diseño e implementación de la guía metodológica con los componentes de la caracterización de la población afiliada a las EAPB. | Dirección de Epidemiología y Demografía– Ministerio de Salud y Protección Social. |
| Generación de indicadores no disponibles a | EAPB |

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE |
|--|---|
| partir de las fuentes integradas al SISPSRO | |
| Publicación de indicadores y salidas visuales de los mismos, disponibles a partir de las fuentes integradas al SISPRO | Oficina de Tecnologías de la Información OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social |
| Análisis de la información y documentación para la caracterización de la población afiliada | EAPB |
| Definición de priorización y generación del plan de intervención | EAPB |
| Cargue del resultado de la priorización, de los indicadores generados por las EAPB y de las observaciones de la información, vía plataforma PISIS. | EAPB |
| Consolidación de la caracterización de la población afiliada a las EAPB | Dirección de Epidemiología y Demografía – Ministerio de Salud y Protección Social. |
| Evaluación y mejora del proceso de caracterización de la población afiliada a las EAPB | EAPB, Entidades territoriales y Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social |

2.2 MÉTODOS DE ANÁLISIS

En la caracterización de la población afiliada a la EAPB se emplearán diversos métodos de análisis que cumplirán diferentes objetivos puntuales. El método de estimación y ajuste directo de tasas permitirá reconocer las principales causas de mortalidad y su comportamiento a través del tiempo por medio de comparaciones anuales. El método de análisis de carga de la mortalidad mediante estimación de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), posibilitará dimensionar el impacto de la mortalidad temprana y su valor social. Los métodos de estimación de medidas simples y relativas de desigualdad, tendrán el fin de encontrar las brechas que generan las desigualdades producto de los determinantes sociales de la salud; en este caso se hará uso de diferencias absolutas y relativas de desigualdad. Cada método de análisis descrito tiene un anexo que ejemplifica y facilita su aplicación. (Minsalud, 2014).

2.2.1 Estimación de intervalos de confianza para razón de tasas

La razón de tasas permite identificar diferencias entre la situación de salud de dos poblaciones y definir cuál de ellas está en peor o mejor situación. En ocasiones, existe la posibilidad que pequeñas diferencias puedan generar una conclusión pobre en evidencia, por lo tanto, se sugiere

el cálculo de intervalos de confianza al 95% de las razones de tasas de acuerdo con el método de Rothman KJ y Greenland S (Rotman, K.J y Greenland S., 1998) (Sullivan & Soe, 2006).

$$\text{límites} = e^{[\ln(\text{tasa}) \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{1}{\sqrt{a}}]}$$

La interpretación de la razón de tasas y sus intervalos de confianza permiten una interpretación de los resultados más consistente. El cálculo de los intervalos de confianza también permite la identificación de prioridades lo cual se puede facilitar realizando una semaforización de acuerdo con la razón de tasas en menor, igual o mayor que uno.

2.2.2 Estimación y ajuste directo de tasas

La tasa expresa el riesgo medido por la rapidez de cambio de un estado a otro (sano a enfermo), por unidad de población y de tiempo (tiempo-persona de exposición), se pueden estimar como tasas crudas, tasas específicas o tasas ajustadas. Las **tasas crudas** consideran la información de la población completa e ignoran las diferencias causadas por características como la edad y el sexo entre otras; no son la primera opción para hacer comparaciones. Las **tasas específicas** son aquellas que resumen la información de subgrupos poblacionales relativamente pequeños y bien diferenciados, como por ejemplo: subgrupos de edad.

Las **tasas ajustadas** buscan corregir las diferencias en las tasas crudas debidas a diferencias entre las estructuras poblacionales, causadas por variables de confusión (como la edad), y brindar una mejor opción para hacer comparaciones entre diferentes poblaciones o dentro de una misma población entre subgrupos o momentos diferentes. (Gauvreau, Marcelo Pagano y Kimberlee, 2001). Para la implementación de esta guía se ha adoptado el método directo de ajuste de tasas, que se centra en el cálculo de las tasas que resultarían si en lugar de diferentes distribuciones (por edad, sexo, etcétera), las poblaciones tuvieran la misma distribución de una población estándar (Gauvreau, Marcelo Pagano y Kimberlee, 2001), para lo cual se ha adoptado como población de referencia, la población mundial estándar propuesta por la OMS (Ver Anexo 11), que tiene una estructura poblacional que suma 100.000 habitantes distribuidos por quinquenios de edad y es ampliamente utilizada en los procesos de ajuste de tasas en la literatura científica. Como repaso de este método epidemiológico se recomienda consultar el Boletín Epidemiológico de la OPS, Volumen 23, Número 2 de 2002. (Organización Panamericana de Salud, 2002). (Ver anexo 3).

2.2.3 Estimación de carga de la mortalidad mediante los Años de Vida Potencialmente Perdidos

Con el objetivo de cuantificar la carga de mortalidad que soporta la población como consecuencia de las muertes prematuras, se usan como medida los AVPP, que consideran el tiempo de vida que se pierde como resultado de una muerte prematura y tiene el efecto de otorgar mayor

importancia a la vida que se pierde por enfermedades o eventos en los jóvenes (K., 2da. Edición; Gauvreau, Marcelo Pagano y Kimberlee, 2001).

Para calcular los AVPP es necesario establecer el límite máximo de edad al que se espera que lleguen las personas, o el tope al que la muerte se considera prematura. A través del tiempo, se ha tratado de establecer estos límites y cada postulado ha recibido valoraciones tanto positivas como negativas, entre los enunciados se encuentran la esperanza de vida al nacer propia de la población, la esperanza de vida por edad propia de la población, edades entre 1 y 70 años, entre 0 y 65 años, entre 0 y un valor de vida máxima como 120 años, y la esperanza de vida por edad y sexo de una tabla modelo de mortalidad. De todos ellos, el que más ventajas presenta es el que usa la esperanza de vida por edad estándar y su aplicación es similar al uso de la población estándar en el proceso de ajuste de tasas de mortalidad. Como repaso de este método epidemiológico se recomienda consultar el Boletín Epidemiológico de la OPS, Volumen 24, Número 2 de 2003, (OPS, 2003). (Ver anexo 4).

2.3 MEDIDAS DE DESIGUALDAD

Se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla (OMS, 2008).

Las inequidades en salud son las diferencias injustas en el estado de salud de las personas de diferentes grupos sociales que generan desventaja, discriminación, y limitan el acceso a servicios de salud. Existen diferentes medidas para encontrar las desigualdades que causan los determinantes sociales de la salud, éstas se pueden dividir en simples y complejas, las medidas simples hacen comparaciones por pares de la salud entre los dos subgrupos, como los más y los menos ricos. Según la OMS las comparaciones por parejas simples, históricamente han sido el tipo dominante de medida utilizada en el monitoreo desigualdad, su simplicidad hace que sean intuitivos y fáciles de entender (World Health Organization, 2013).

Entre las medidas más simples se encuentran las diferencias absolutas y las diferencias relativas que hacen comparaciones entre dos subgrupos poblacionales, usualmente extremos: el más y el menos saludable, o los que están en mejor y peor situación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

2.3.1 Las medidas simples de la desigualdad (comparaciones por pares)

Las dos medidas básicas que se pueden utilizar para describir la desigualdad son las de diferencias absolutas (diferencia de tasas) y diferencias relativas (cocientes de tasas). La diferencia absoluta es una expresión de la desigualdad absoluta que existe entre dos subgrupos; es decir, el valor medio de un indicador de salud en un subgrupo restado del valor medio del indicador de salud en otro subgrupo. La diferencia relativa, es una expresión de la desigualdad relativa que existe entre dos subgrupos; ese es decir, el valor medio de un indicador de salud en un subgrupo dividido por el valor medio de ese indicador de salud en otro subgrupo (World Health Organization, 2013).

2.4 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las EAPB de los regímenes contributivo, subsidiados, especial y de excepción deben presentar la información analizada de la caracterización de la población afiliada a través del anexo técnico que contiene 8 tipos de registro con los cortes de tiempo definidos en cada tipo de registro, con fechas vigentes según la normatividad actual, a continuación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Tipos de registro del anexo técnico

| Registro | Descripción | EAPB |
|---------------|---|-------------|
| Tipo 1 | Registro de control | Obligatorio |
| Tipo 2 | Indicadores priorizados de la caracterización por departamento y distrito | Obligatorio |
| Tipo 3 | Indicadores priorizados de la caracterización por municipio | Obligatorio |
| Tipo 4 | Indicadores con fuente directa de EAPB, de la caracterización por municipio y Distrito | Obligatorio |
| Tipo 5 | Indicadores de costos con fuente directa de EAPB, de la caracterización por departamento y distrito | Obligatorio |
| Tipo 6 | Afiliados con diagnósticos de alto costo clasificados | Obligatorio |
| Tipo 7 | IPS contratadas | Obligatorio |
| Tipo 8 | Usuarios asignados a IPS Primaria por municipio de residencia según BDU/A/BDEX | Obligatorio |

CAPITULO III. ORIENTACIONES PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB

La consolidación de la caracterización de la población afiliada a las EAPB tiene en cuenta el desarrollo de los cinco componentes que se listan a continuación:

1. Caracterización territorial y demográfica

2. Caracterización de la mortalidad
3. Caracterización de la morbilidad
4. Caracterización de los Determinantes Sociales de la Salud
5. Priorización

El ejercicio de la caracterización debe efectuarse en cada departamento, distrito y municipio donde la EAPB cuente con algún afiliado, entendiendo como afiliado, la clasificación usada en BDUA, la cual considera como afiliado al activo y al suspendido; y como no afiliado al fallecido y al transferido o desafiliado aplicable a los regímenes de afiliación del contributivo, subsidiado, de excepción y especial. A partir del año 2013 el SGSSS considera la condición de la movilidad entre los regímenes del aseguramiento, entendido como un derecho que faculta la migración entre el contributivo al subsidiado y viceversa, de conformidad en el artículo 5 del decreto 3047 de 2013.

Cabe señalar que la EPS deberá caracterizar su población en el régimen que le reporta BDUA a corte del 30 de junio del año correspondiente, independientemente de su condición de movilidad.

En cada sección de la guía se presenta la fuente de información, el nivel geográfico y otros niveles de desagregación requeridos para cada conjunto de indicadores.

Los indicadores han sido numerados en orden de aparición en el documento sólo para facilitar su ubicación y consulta. Cuando por alguna razón es necesario repetir alguno, se utiliza el numeral asignado la primera vez. Entre los anexos se incluye un listado de fichas técnicas de los indicadores (ver anexos 2, 8, 9, 10, 11 y 12), el cual se recomienda consultar antes de iniciar el análisis de los indicadores y las demás actividades del proceso de caracterización.

Al final de la guía se presentan las orientaciones metodológicas para facilitar el análisis de los diferentes componentes del proceso de caracterización. También se incluye un conjunto de herramientas opcionales que cada EAPB puede utilizar para diferentes actividades dentro de ese proceso, las cuales se encuentran disponibles en el anexo 15.

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Los contextos territorial y demográfico se abordan a partir del análisis de los aspectos más importantes que los definen y desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.

3.1.1 Contexto territorial

Es el entorno donde la EAPB tiene afiliados. Las fuentes de información para este listado de indicadores son la BDUA y la información propia de la EAPB. El nivel de desagregación para los indicadores generados por SISPRO son los ámbitos nacional, departamental y municipal y para los indicadores generados por la EAPB es el municipio donde se encuentra la IPS primaria. Con el fin de orientar el cálculo de estos indicadores se recomienda consultar la plantilla 1. A continuación se listan los indicadores de importancia para la caracterización territorial (ver tabla 3):

Tabla 3. Indicadores territoriales

| Número indicador Indicadores generados por SISPRO | |
|--|--|
| Número indicador | Descripción del indicador |
| 1 | Número de personas afiliadas a la EAPB |
| 2 | Porcentaje de la población afiliada a la EAPB en el departamento por municipio |
| 3 | Porcentaje de la población del departamento afiliada por EAPB |
| 4 | Porcentaje de la población del municipio afiliada por EAPB |

| Número indicador Indicadores generados por la EAPB | |
|---|---|
| Número indicador | Descripción del indicador |
| 5 | Número de personas afiliadas a la EAPB por IPS Primaria en el municipio |

3.1.2 Contexto demográfico

La población afiliada a las EAPB es dinámica y refleja cambios que continuamente generan incrementos o descensos en el número de afiliados. El análisis de la dinámica demográfica considera el tamaño y volumen, estructura, crecimiento, distribución poblacional, y movilidad (Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2008).

El crecimiento poblacional describe la velocidad con que la población aumenta o disminuye de tamaño, su proyección permite tomar medidas preventivas anticipadas para hacer frente a los cambios poblacionales. Se puede medir a través de la diferencia entre la cantidad de personas que para un determinado periodo y espacio “entran” a la EAPB, como es el caso de los nacimientos y afiliaciones, y aquellas personas que “salen” de la EAPB, como es el caso de las defunciones y desafiliaciones.

La tasa de movilidad de la EAPB tiene gran importancia porque permite identificar si el balance demográfico está dado por la relación entre nacimientos y muertes, o por la relación entre los traslados y las afiliaciones; de igual forma la movilidad forzada es un aspecto crucial que se debe definir en el contexto demográfico dada la historia y situación socio-política de Colombia.

Las fuentes de información para este listado de indicadores son la BDUA y la información propia de la EAPB. El nivel de desagregación para los indicadores generados por SISPRO son los ámbitos nacional, departamental y municipal, así como el número de personas afiliadas a la EAPB según sexo y grupo de edad por quinquenios y etapas del ciclo vital. Para los indicadores generados por la EAPB son los ámbitos nacional, departamental y municipal. Con el fin de orientar el cálculo de estos indicadores se recomienda consultar las plantillas de la 2 a la 7. A continuación se listan los indicadores de importancia para la caracterización demográfica (ver tabla 4):

Tabla 4. Indicadores demográficos

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO | Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|--|------------------|---|
| 6 | Razón hombres mujer | 16 | Número de personas en condición de discapacidad |
| 7 | Razón niños mujer | 17 | Tasa de crecimiento total por EAPB |
| 8 | Índice de infancia | 18 | Tasa bruta de natalidad |
| 9 | Índice de juventud | 19 | Tasa General de Fecundidad |
| 10 | Índice de vejez | 20 | Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años |
| 11 | Índice de envejecimiento | 21 | Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años |
| 12 | Índice de dependencia | 22 | Tasa bruta de mortalidad |
| 13 | Índice de dependencia infantil | 23 | Tasa de movilidad de la EAPB |
| 14 | Índice de dependencia del adulto mayor | 24 | Porcentaje de afiliados que declaran ser desplazados |
| 15 | Índice de Friz | 25 | Número de personas afiliadas por pertenencia étnica* **. * Se encuentra por los grupos étnicos: Indígena, Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Palenquero de San Basilio, ROM, Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente. ** Aplica para el régimen Subsidiado por disponibilidad de |

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO | Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | | | la información. |

| Número indicador Indicadores generados por la EAPB | |
|---|--|
| Número indicador | Descripción del indicador |
| 26 | Porcentaje de afiliados a la EAPB con enfermedad laboral |

3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA MORTALIDAD

El análisis de la mortalidad en las EAPB debe incluir los siguientes tipos de mortalidades:

1. Mortalidad por grandes causas y causas específicas según subgrupos
2. Mortalidad mediante el uso de AVPP
3. Mortalidad trazadora
4. Mortalidad materno-infantil y en la niñez (materna, neonatal, infantil y en la niñez).

De igual manera, se sugiere el uso de análisis de carga de la mortalidad mediante el uso de AVPP. Para fines de comparación por parte de las EAPB, el MSPS entregará los indicadores para las tasas ajustadas de mortalidad y las tasas ajustadas para AVPP, calculados por grupos de edad y sexo para las seis grandes causas desagregados para los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal y 67 sub causas desagregados para los ámbitos nacional, departamental y distrital, tanto de las EAPB como de las entidades territoriales. Estos indicadores son generados por SISPRO.

3.2.1 Mortalidad por grandes causas y mortalidad específica según subgrupos

Para realizar el análisis de la mortalidad por grandes causas y sub causas se usa la lista corta 6/67 que agrupa los diagnósticos de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en seis grandes grupos que se dividen en 67 grupos detallados de causas de muerte (Organización mundial de la Salud, 2002).

Para este análisis se utilizarán las tasas ajustadas, teniendo en cuenta que son medidas de resumen que buscan corregir las diferencias entre las estructuras poblacionales, causadas por variables de confusión (como la edad) y, por consiguiente, poder hacer comparaciones más justas. (K., 2da. Edición)

Los indicadores para calcular la mortalidad por grandes causas se encuentran en la Plantilla 8 y disponibles en el link: <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>. (Ver tabla 5).

Dicho análisis le permitirá a la entidad territorial, identificar la primera causa de mortalidad teniendo en cuenta el método de tasas ajustadas en departamentos, distritos y municipios

Tabla 5. Indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por grandes causas

| Número Indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|---|
| 175 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles |
| 176 | Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias |
| 177 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio |
| 178 | Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal |
| 179 | Tasa ajustada de mortalidad por causas externas |
| 180 | Tasa ajustada de mortalidad por todas las demás enfermedades |
| 181 | Tasa ajustada de mortalidad por signos, síntomas y afecciones mal definidas |

Luego se procede a hacer el análisis comparativo de las causas de mortalidad por las 67 sub causas en los ámbitos nacional y departamental y la EAPB. Plantilla 10. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Indicadores de tasas ajustadas de mortalidad por sub causas

| Código Indicador | Generados por el SISPRO |
|-------------------------|---|
| 67 | Porcentaje de muertes por feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas |
| 68 | Porcentaje de muertes por feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento |
| 69 | Porcentaje de muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta |
| 70 | Porcentaje de muertes por trastornos respiratorios específicos del período perinatal |
| 71 | Porcentaje de muertes por sepsis bacteriana del recién nacido |
| 72 | Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal |
| 182 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales |
| 183 | Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis |
| 184 | Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia |
| 185 | Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades inmunoprevenibles |
| 186 | Tasa ajustada de mortalidad por meningitis |
| 187 | Tasa ajustada de mortalidad por septicemia, excepto neonatal |
| 188 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida |
| 189 | Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas |
| 190 | Tasa ajustada de mortalidad por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias |
| 191 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago |
| 192 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea |
| 193 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon |
| 194 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón |
| 195 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos respiratorios e intra-torácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón |
| 196 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer |
| 197 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero |
| 198 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero |

| Código Indicador | Generados por el SISPRO |
|-------------------------|---|
| 199 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada |
| 200 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata |
| 201 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de otros órganos genitourinarios |
| 202 | Tasa ajustada de mortalidad por leucemia |
| 203 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines |
| 204 | Tasa ajustada de mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas |
| 205 | Tasa ajustada de mortalidad por tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido |
| 206 | Tasa ajustada de mortalidad por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas |
| 207 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas |
| 208 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón |
| 209 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón |
| 210 | Tasa ajustada de mortalidad por paro cardíaco |
| 211 | Tasa ajustada de mortalidad por insuficiencia cardíaca |
| 212 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares |
| 213 | Tasa ajustada de mortalidad por aterosclerosis |
| 214 | Tasa ajustada de mortalidad por las demás enfermedades del sistema circulatorio |
| 215 | Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre |
| 216 | Tasa ajustada de mortalidad por otros accidentes de transporte y los no especificados |
| 217 | Tasa ajustada de mortalidad por caídas |
| 218 | Tasa ajustada de mortalidad por accidentes causados por disparo de arma de fuego |
| 219 | Tasa ajustada de mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales |
| 220 | Tasa ajustada de mortalidad por accidentes que obstruyen la respiración |
| 221 | Tasa ajustada de mortalidad por exposición a la corriente eléctrica |
| 222 | Tasa ajustada de mortalidad por exposición al humo, fuego y llamas |
| 223 | Tasa ajustada de mortalidad por envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas |
| 224 | Tasa ajustada de mortalidad por los demás accidentes |
| 225 | Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidios) |
| 226 | Tasa ajustada de mortalidad por agresiones (homicidios) |
| 227 | Tasa ajustada de mortalidad por eventos de intención no determinada |

| Código Indicador | Generados por el SISPRO |
|-------------------------|--|
| 228 | Tasa ajustada de mortalidad por las demás causas externas |
| 229 | Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus |
| 230 | Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales |
| 231 | Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento |
| 232 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis |
| 233 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores |
| 234 | Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema respiratorio |
| 235 | Tasa ajustada de mortalidad por apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal |
| 236 | Tasa ajustada de mortalidad por cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado |
| 237 | Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema digestivo |
| 238 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema urinario |
| 239 | Tasa ajustada de mortalidad por hiperplasia de la próstata |
| 240 | Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio |
| 241 | Tasa ajustada de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas |
| 242 | Tasa ajustada de mortalidad por el resto de las enfermedades |

3.2.2 Mortalidad mediante el uso de AVPP

Los AVPP permiten identificar las causas de mortalidad que mayor impacto tienen sobre la mortalidad prematura en la EAPB. Las tasas de mortalidad ajustadas por AVPP permitirán identificar las causas que mayor cantidad de AVPP provocan controlando la confusión que puede generar variable edad. Con estos análisis se podrán identificar tendencias en el tiempo.

Esta información está disponible para las EAPB a partir de 2012, dado que la base de datos de BDUA se encuentra disponible a partir del segundo semestre del mismo año y la base de datos de Estadísticas Vitales del DANE está disponible en SISPRO desde 2005.

En el link <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/> se encuentran dispuestos los indicadores de la tasa cruda de Años de vida Potencialmente Perdidos; en la plantilla 9 se proponen los indicadores de la tasa ajustada de AVPP, con fines de comparación entre la EAPB y la Entidad Territorial. (Ver tabla 7)

Tabla 7. Indicadores de la tasa ajustada de AVPP

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|-------------------------|---|
| 243 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades transmisibles |
| 244 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias |
| 245 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio |
| 246 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal |
| 247 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por causas externas |
| 248 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por todas las demás enfermedades |
| 249 | Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por signos, síntomas y afecciones mal definidas |

3.2.3 Mortalidad trazadora

Para hacer monitoreo y seguimiento al PDSP se definieron los siguientes eventos de mortalidad, que son de interés para las EAPB. Se hará un análisis comparativo entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Estos indicadores son generados por SISPRO con nivel de desagregación en los ámbitos nacional, departamental y municipal. Para ello, se utilizará la plantilla 11. (Ver siguiente tabla)

Tabla 8. Indicadores de mortalidad trazadora

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|-------------------------|--|
| 196 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama (en la mujer) |
| 197 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino |
| 229 | Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus |
| 183 | Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis |
| 188 | Tasa ajustada de mortalidad por VIH |
| 200 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata |
| 191 | Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago |
| 233 | Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores |
| 250 | Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años |

3.2.4 Mortalidad materno-infantil y en la niñez

El monitoreo y reducción de la mortalidad materno-infantil y en la niñez hace parte de los compromisos pactados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por lo tanto son parte importante para la caracterización de la población afiliada a las EAPB (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2003).

El análisis de la mortalidad materno-infantil y la niñez se subdivide en el análisis de los indicadores trazadores de mortalidad materno, infantil y niñez, así como en el análisis por las 16 causas de mortalidad para este mismo grupo.

En el primer caso, estos indicadores son generados por SISPRO con un nivel de desagregación nacional, departamental y municipal. Se hace una comparación entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Las EAPB que utilizan las plantillas como herramienta para apoyar el análisis de la mortalidad materno-infantil y niñez, deben utilizar la plantilla 12.

Tabla 9. Indicadores de mortalidad materno-infantil y en la niñez

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|---|
| 251 | Razón de mortalidad materna |
| 252 | Tasa de mortalidad perinatal |
| 253 | Tasa de mortalidad infantil |
| 254 | Tasa de mortalidad en la niñez |
| 255 | Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años |
| 256 | Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años |

El análisis de la mortalidad materno-infantil y en la niñez debe buscar las desigualdades influenciadas por los determinantes intermedios y los estructurales de las inequidades en salud, haciendo uso de técnicas de análisis como diferencias absolutas y relativas entre grupos extremos. Se recomienda realizar análisis de desigualdad con los indicadores que se encuentren en una peor condición en comparación a su referente.

En el segundo caso se usa la lista de tabulación para la mortalidad infantil (menor de un año), mortalidad en niños de 1 a 4 años y mortalidad de la niñez (menores de 5 años) que contiene 16 causas en los que agrupa 67 sub causas de muerte. Se efectuará una comparación entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Para ello se utilizará la plantilla 13.

Estos indicadores son generados por SISPRO, con niveles de desagregación según geografía BDUA, Nacional, departamental y municipal. A continuación se presentan los indicadores. (Ver

Anexo 9).

Tabla 10 Indicadores de mortalidad infantil y niñez

| Tasa de Mortalidad Infantil y en la niñez | | | | | |
|--|--|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Número indicador | Menores de 1 año | Número indicador | De 1 a 4 años | Número indicador | Menores de 5 años |
| 257 | Por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias | 273 | Por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias | 289 | Por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias |
| 258 | Tasa de mortalidad Infantil por tumores (neoplasias) | 274 | Por tumores | 290 | Por tumores |
| 259 | Por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | 275 | Por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | 291 | Por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad |
| 260 | Por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 276 | Por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 292 | Por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas |
| 261 | Por enfermedades | 277 | Por enfermedades del sistema nervioso | 293 | Por enfermedad |

| Tasa de Mortalidad Infantil y en la niñez | | | | | |
|--|---|-------------------------|---|-------------------------|---|
| Número indicador | Menores de 1 año | Número indicador | De 1 a 4 años | Número indicador | Menores de 5 años |
| | del sistema nervioso | | | | es del sistema nervioso |
| 262 | Por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 278 | Por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 294 | Por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides |
| 263 | Por enfermedades del sistema circulatorio | 279 | Por enfermedades del sistema circulatorio | 295 | Por enfermedades del sistema circulatorio |
| 264 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema respiratorio | 280 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema respiratorio | 296 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema respiratorio |
| 265 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema digestivo | 281 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema digestivo | 297 | Tasa de mortalidad infantil por enfermedades del sistema digestivo |
| 266 | Por enfermedades del sistema genitourinario | 282 | Por enfermedades del sistema genitourinario. | 298 | Por enfermedades del sistema genitourinario. |
| 267 | Por ciertas afecciones originadas en el periodo | 283 | Por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 299 | Por ciertas afecciones originadas en el |

| Tasa de Mortalidad Infantil y en la niñez | | | | | |
|--|--|-------------------------|--|-------------------------|---|
| Número indicador | Menores de 1 año | Número indicador | De 1 a 4 años | Número indicador | Menores de 5 años |
| | perinatal | | | | periodo perinatal |
| 268 | Por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 284 | Por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 300 | Por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas |
| 269 | Por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. | 285 | Por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. | 301 | Por signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte |
| 270 | Por todas las demás enfermedades | 286 | Por todas las demás enfermedades. | 302 | Por todas las demás enfermedades |
| 271 | Por causas externas de morbilidad y mortalidad | 287 | Por causas externas de morbilidad y mortalidad. | 303 | Por causas externas de morbilidad y mortalidad |
| 272 | Por síndrome respiratorio agudo grave – SRAG | 288 | Por síndrome respiratorio agudo grave –SRAG | 304 | Por síndrome respiratorio agudo grave – SRAG |

3.2.5 Análisis de la letalidad

El Sistema de Vigilancia para la Salud Pública (SIVIGILA) recoge información de los eventos de interés en salud pública cuya notificación es obligatoria. Para la caracterización de la población se hará seguimiento a siete eventos cuya letalidad genera gran impacto. Se realizará una comparación entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Se utilizará la plantilla 14.

Esta información desagregada para los ámbitos nacional, departamental y municipal generada por SISPRO está disponible en:

<http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>

Tabla 11. Indicadores de letalidad

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|---|
| 305 | Letalidad de leptospirosis |
| 306 | Letalidad de malaria |
| 307 | Letalidad de meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i> |
| 308 | Letalidad de tosferina |
| 309 | Letalidad de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) |
| 310 | Letalidad de dengue grave |
| 311 | Letalidad de síndrome de rubeola congénita |

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD

Para generar la caracterización de morbilidad de la población afiliada a las EAPB se hará uso de los datos contenidos en el cubo de “CU_Indicadores Caracterización”.

Se hará el análisis de las principales causas de morbilidad atendida, de la morbilidad trazadora y de las patologías y eventos de alto consumo.

3.3.1 Principales causas de morbilidad atendida

Para facilitar el análisis de la morbilidad existen agrupaciones de causas según riesgo o sistemas afectados, tales como la lista de morbilidad de 2.036 causas que propone la OMS en la CIE-10, o la lista de agrupación que usa la OMS para el análisis de carga global de la

enfermedad correspondiente a 2004, que agrupa los códigos CIE-10 en cuatro grandes categorías de causas: condiciones transmisibles; maternas, perinatales y nutricionales; enfermedades no transmisibles; y lesiones.

Para hacer la caracterización de la población afiliada a las EAPB se hizo una adaptación de la lista de carga global de enfermedad teniendo en cuenta que los eventos relacionados con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas no se encuentran incluidos en la lista inicial. La lista modificada propuesta en esta guía, permite agrupar las causas de morbilidad atendida en las categorías que se describen a continuación, dentro de los indicadores relacionados. (Ver Anexo 10).

Se hará una comparación entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Se utilizará la Plantilla 15 a 15e.

Esta información está disponible en <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>.

Tabla 12. Indicadores de morbilidad atendida por grandes causas

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|-------------------------|--|
| 312 | Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB |
| 313 | Porcentaje de personas atendidas por condiciones maternas perinatales por EAPB |
| 314 | Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB |
| 315 | Porcentaje de personas atendidas por lesiones por EAPB (En este grupo, además de las lesiones intencionales y no intencionales, se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; y condiciones mal clasificadas). |
| 316 | Porcentaje de personas atendidas por signos y síntomas mal definidos por EAPB |

3.3.2 Morbilidad trazadora

Se debe efectuar una comparación entre los indicadores de la EAPB y la E.T. Se sugiere utilizar la plantilla de caracterización poblacional 16. Estos indicadores son generados por SISPRO con nivel de desagregación en los ámbitos nacional, departamental y municipal. (Ver siguiente tabla).

Tabla 13. Indicadores de morbilidad trazadora

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|-------------------------|---|
| 317 | Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer |
| 318 | Porcentaje de Hipotiroidismo Congénito no tratado |
| 319 | Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH a 18 meses |
| 320 | Prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años |
| 321 | Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años |
| 322 | Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal |
| 323 | Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años |
| 324 | Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años |
| 325 | Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años |
| c | Prevalencia registrada de VIH/Sida |
| 327 | Prevalencia registrada de VIH/Sida en personas de 15 a 49 años |
| 328 | Número de casos de meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i> |
| 329 | Tasa de incidencia de sífilis congénita |
| 330 | Tasa de incidencia de tétanos neonatal |
| 331 | Tasa de incidencia notificada de ESAVI |

A continuación se presentan los indicadores generados por la EAPB con nivel de desagregación en los ámbitos nacional, departamental y municipal: (ver tabla 14)

Tabla 14. Otros indicadores de morbilidad trazadora

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|------------------|--|
| 332 | Porcentaje de casos nuevos de endometritis o sepsis postparto |
| 333 | Tasa de incidencia de ambliopía en niños menores de 5 años |
| 334 | Porcentaje de casos nuevos de amputación por pie diabético |
| 335 | Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix |
| 336 | Tasa de incidencia de insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción |
| 337 | Tasa de incidencia de kecnicterus |

3.3.3 Patologías y eventos de alto consumo

El Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido como enfermedades de alto costo la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, leucemia linfocítica aguda, leucemia mielocítica aguda, linfoma Hodgkin y no Hodgkin, epilepsia, artritis reumatoide e infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

Sin embargo, basándose en la observación reiterada de la distribución de los costos de atención en salud, se ha identificado que toda la población no presenta un riesgo homogéneo; es decir, existen subgrupos dentro de una misma población que por sus características, especialmente por su estado de salud, tienen mayor probabilidad de consumir servicios. Es así como se sabe que en términos generales en toda población existe entre un 20 a 30% de ella, que consume el 70% de los recursos gastados, mientras el resto, sólo requiere servicios que representan el 30% del gasto (P, Crooks, 2005) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Para identificar si se trata de un evento o patología de alto consumo se debe considerar la valoración de los siguientes criterios:

1. **Desviación en el costo. ¿Los recursos para la atención de determinada patología superan un umbral en un lapso determinado?** Se recomienda empezar con la identificación del grupo de pacientes con los costos por servicios de salud más altos, determinados a partir de un umbral en un periodo definido: personas con costos de atención al año por encima del percentil 95%.

Para realizar el cálculo contemplado en el primer criterio se debe seguir la metodología descrita en el anexo 16, identificando de la base de datos de suficiencia de UPC, los usuarios que corresponden al 30% del costo acumulado de la EAPB.

2. **Persistencia. ¿La patología afecta a personas cuyos costos de atención persisten más de 12 meses por encima del umbral?** El fenómeno de regresión a la media consiste en la tendencia de una proporción de individuos de regresar al costo promedio de un periodo a otro incluso sin intervención, razón por la cual debería considerarse que los costos sean persistentes, es decir, si se encuentran por encima del umbral definido en diferentes periodos de análisis. Algunos estudios muestran que alrededor del 50% de los pacientes de alto costo persisten en este grupo de un año a otro, el otro 50% puede corresponder a pacientes con accidentes, enfermedades agudas o enfermedades que pueden resolverse en menos de 12 meses

En este segundo criterio se debe verificar con la base de datos de suficiencia de UPC del año previo, si por el diagnóstico analizado del usuario seleccionado en el punto 1, se ha pagado por su consumo por más de 12 meses.

3. **Posibilidad de Gestión. ¿La patología es susceptible de intervención y manejo por parte de los servicios de salud?** La patología seleccionada debe tener desenlaces críticos como la muerte o la necesidad de una terapia considerada una prestación de alto costo o genere discapacidad moderada a severa. Estos desenlaces deben ser susceptibles de intervención por parte de los servicios de salud con acciones probadas que modifiquen el resultado, permitiendo obtener beneficios en reducir su progresión y uso de servicios de alto costo, manteniendo o mejorando la calidad de la atención. Si bien toda condición de sufrimiento del ser humano es susceptible de alguna intervención por parte de los médicos, al menos para paliar el dolor o ayudar al bien morir, este criterio se refiere a que los servicios puedan modificar los resultados, por ejemplo curación, remisión, disminución de la progresión, sobrevida; además la atención en los servicios de salud debe ser el factor preponderante en el manejo de la enfermedad, por encima de otros determinantes estructurales e intermedios de la salud.
4. **Distribución en la población. ¿La patología tiene una prevalencia normal o alta en la población general?** Para considerar como de alto costo una patología, esta debería ser frecuente en la población general pues la efectividad de las tres estrategias más estudiadas en el mundo para identificar pacientes de alto riesgo (modelación por umbrales, juicio clínico y modelación predictiva) depende de la frecuencia de los fenómenos analizados, cuando la enfermedad analizada es frecuente en la población general, más frecuentemente superará el umbral definido, mejorando el valor predictivo y la probabilidad post test de los criterios o pruebas que se usan como tamiz, para la detección en etapas tempranas en que la evolución de la enfermedad se pueda modificar evitando la progresión hacia estadios más avanzados que se convierten en alto costo; los médicos estarán mejor entrenados para acertar en su juicio pues atienden más personas cuando la enfermedad es frecuente; y la variación afectará menos los modelos

predictivos cuya precisión se afecta por la cantidad de casos incluidos en la generación del modelo. Para efectos de la presente guía se considera frecuente una prevalencia mayor que 0.1%.

La EAPB, basada en el reporte de suficiencia de UPC, genera una base de datos con los pacientes con los costos de atención más elevados y que concentran el 30% de los costos acumulados al año. El costo total calculado para cada paciente, incluye el prorrateo del valor de la cápita por el número total de usuarios de cada EAPB según BDUA. La base debe contener las siguientes variables:

- ID del BDUA como identificación del usuario
- Año de prestación del servicio
- Código departamento de residencia del usuario
- Nombre del departamento de residencia del usuario
- Código municipio de residencia del usuario
- Nombre municipio de residencia del usuario
- Edad del usuario calculada desde la fecha de nacimiento del BDUA con corte a 31 de diciembre del año evaluado.
- Código del Diagnóstico CIE 10 a tres caracteres derivado de la prestación del servicio
- Nombre del Diagnóstico CIE 10 derivado de la prestación del servicio

De acuerdo con los criterios expuestos, las patologías de alto costo se considerarán como aquellas que cumplan simultáneamente con los cuatro criterios descritos. Y se considerarán eventos de alto costo aquellas condiciones que cumpliendo con el primer criterio (desviación del costo), no cumplen alguno o algunos de los tres últimos (persistencia, posibilidad de gestión y distribución en la población general).

La EAPB clasificará cada uno de los diagnósticos entregados como patología o evento de alto costo. Dicha clasificación, debe ser concordante con los criterios establecidos. Para desarrollar este ejercicio se recomienda revisar la plantilla 17. Estos indicadores son generados por la EAPB con niveles de desagregación según geografía BDUA Nacional y departamental

Para ampliar la información de este cálculo se sugiere usar el anexo 16 que contiene ejercicios 30% del costo acumulado dispuesto en el link:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Anexos%20EAPB.zip>

Así mismo, la EAPB debe definir los costos (según su propia información) para poder generar y analizar los siguientes indicadores:

Tabla 15. Indicadores de patologías y eventos de alto consumo

| Número indicador | Indicadores generados por la EAPB |
|-------------------------|--|
| 338 | Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo |
| 339 | Número de personas en la EAPB afectadas por la primera patología de alto costo |
| 340 | Costo total para la EAPB por la segunda patología de alto costo |
| 341 | Número de personas en la EAPB afectadas por la segunda patología de alto costo |
| 342 | Costo total para la EAPB por la tercera patología de alto costo |
| 343 | Número de personas en la EAPB afectadas por la tercera patología de alto costo |
| 344 | Costo total para la EAPB por la cuarta patología de alto costo |
| 345 | Número de personas en la EAPB afectadas por la cuarta patología de alto costo |
| 346 | Costo total para la EAPB por la quinta patología de alto costo |
| 347 | Número de personas en la EAPB afectadas por la quinta patología de alto costo |
| 348 | Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo |
| 349 | Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo |
| 350 | Costo total para la EAPB por el segundo evento de alto costo |
| 351 | Número de personas en la EAPB afectadas por el segundo evento de alto costo |
| 352 | Costo total para la EAPB por el tercer evento de alto costo |
| 353 | Número de personas en la EAPB afectadas por el tercer evento de alto costo |
| 354 | Costo total para la EAPB por el cuarto evento de alto costo |
| 355 | Número de personas en la EAPB afectadas por el cuarto evento de alto costo |
| 356 | Costo total para la EAPB por el quinto evento de alto costo |
| 357 | Número de personas en la EAPB afectadas por el quinto evento de alto costo |

3.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

No existe una condición que explique por sí sola las razones por las cuales una persona se ve abocada a un evento de salud y otra no, ni por qué una comunidad tiene buenas condiciones de salud mientras otra comunidad vecina vive en no tan buenas condiciones (Joan Benacha, 2004). Las alteraciones en la salud son fenómenos sumamente complejos que sustentan sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

Las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen una influencia poderosa sobre la salud. Las desigualdades en estas condiciones acarrear desigualdades en materia de salud; sin embargo la mayoría de desigualdades en materia de salud, entre y en los territorios, son evitables y por ende injustas. La mejora de la salud dependerá entonces de la disminución de estas desigualdades debido a las causas sociales subyacentes. La acción sobre los determinantes sociales de la salud fortalece a las personas, las comunidades y los países (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Por consiguiente resulta útil incluir en esta caracterización, el análisis de estas condiciones bajo la mirada de la determinación social en salud, teniendo claro que de acuerdo con la conceptualización de la OMS existen determinantes intermedios y estructurales que se encuentran íntimamente relacionados con la salud.

3.4.1 Determinantes intermedios de la salud

Los determinantes intermedios de la salud hacen referencia a las condiciones que pueden ser modificadas y que ponen en desventajas a las personas que las poseen frente a los demás, haciéndolos más vulnerables para desarrollar los efectos de salud. Dentro de estas condiciones están las circunstancias materiales, que hacen referencia a las condiciones de vida, de la vivienda, de trabajo, disponibilidad de alimentos y demás. Los factores psicológicos y conductuales que enfatizan la influencia de los hábitos y estilos de vida y el sistema sanitario como circunstancia que puede ejercer impacto positivo o negativo sobre la salud.

Particularmente el análisis del sistema sanitario como determinante intermedio de la salud, se concentra en aportar insumos que soporten los desarrollos de política pública y sus lineamientos en función de la garantía de la prestación efectiva de los servicios de salud, mediante el adecuado y pertinente acceso de la población al sistema, la optimización del recurso humano, de la infraestructura, la tecnología y la sostenibilidad financiera.

Para dar alcance y soportar los desarrollos requeridos en el marco de la política de prestación de servicios de salud, se hace necesario contar con información pertinente para la realización

de los procesos de planificación, toma de decisiones, generación de política pública, acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), con énfasis en los procesos de conformación, organización, gestión, seguimiento y evaluación del desempeño de las redes de prestación de servicios de salud; así como, la adecuada planeación, dimensionamiento y análisis de la infraestructura y dotación de acuerdo con las necesidades y desarrollos de la oferta y las redes de prestación de servicios de salud.

La información requerida debe permitir el monitoreo continuo de los aspectos financieros, de producción y calidad de la prestación de servicios de los prestadores públicos y en examinar las alternativas respecto de la oferta privada existente en el país.

Los indicadores que deben ser tenidos en cuenta se enfocan en:

- a) Identificar la oferta actual de servicios disponibles
- b) Identificar la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en marco de su función de producción
- c) Analizar las brechas en la oferta de servicios de salud para la atención de las necesidades de la población
- d) Establecer los mecanismos de ajuste o fortalecimiento de la capacidad de producción de los prestadores de servicios de salud.

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se hará empleando medidas de desigualdad, simples y complejas. En principio se debe explorar la existencia de diferencias entre los indicadores de la entidad territorial o institución y una unidad de referencia, el análisis se debe realizar calculando razón de tasas e intervalos de confianza al 95%. Los municipios usaran como referencia el valor del indicador del departamento y los departamentos usaran como referencia al país.

Para el análisis de los determinantes intermedios se sugiere calcular diferencias absolutas y relativas de desigualdad. Cuando sea posible el análisis también se puede profundizar explorando la tendencia de cada determinante a través del tiempo y generando posibles hipótesis que expliquen su comportamiento.

Estos indicadores son generados por SISPRO con niveles de desagregación según geografía BDUA en los ámbitos nacional, departamental y municipal. Para orientar el cálculo de estos indicadores se recomienda revisar la plantilla 18, donde se realiza un proceso de comparación al interior de la EAPB y entre la EAPB y la E.T.

Tabla 16. Indicadores de determinantes intermedios

| Número indicador | Indicadores generados por SISPRO |
|-------------------------|---|
| 358 | Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años |
| 359 | Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años |
| 360 | Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida |
| 361 | Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida de 15 a 49 años |
| 362 | Porcentaje de partos institucionales |
| 363 | Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo |
| 364 | Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna |
| 365 | Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal |
| 366 | Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal |

A continuación se listan los indicadores generados por la EAPB, con niveles de desagregación según geografía BDUA, Nacional, departamental y municipal. Para apoyar el cálculo de estos indicadores, se recomienda revisar la plantilla 18, donde se realiza un proceso de comparación al interior de la EAPB.

Tabla 17. Indicadores de determinantes intermedios

| Número indicador | Generados por la EAPB |
|-------------------------|--|
| 367 | Razón de camas por afiliados, objeto de prestación |
| 368 | Razón de camas de cuidado intensivo por afiliados, objeto de prestación |
| 369 | Razón de camas de cuidado intermedio por afiliados, objeto de prestación |
| 370 | Razón de ambulancias básicas por afiliados, objeto de prestación |
| 371 | Razón de ambulancias medicalizadas por afiliados, objeto de prestación |
| 372 | Razón de ambulancias totales por afiliados, objeto de prestación |
| 373 | Razón de médicos generales por afiliados |
| 374 | Razón de enfermeros profesionales por afiliados |
| 375 | Tiempo promedio de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad. |

Adicionalmente a los indicadores de infraestructura, se requiere establecer una distribución de las IPS contratadas para cada servicio, esta información será aportada por la EAPB mediante una base de datos que será cargada vía PISIS al MSPS a través de un anexo técnico y que contendrá las siguientes variables: nombre y código de la EAPB, Nombre y código de habilitación de la IPS contratada, tipo de servicios contratados (medicina general o especialidades) tipo de ámbito contratado (ambulatorio, domiciliario, urgencias, hospitalario) y tipo de IPS de acuerdo a su naturaleza y tipo de red.

3.4.2 Determinantes estructurales de las inequidades en salud

El objetivo de analizar los determinantes estructurales de las inequidades en salud es identificar la influencia de jerarquía y poder determinar las relaciones sociales. Los determinantes estructurales son condiciones de muy difícil modificación, usualmente las personas que nacen bajo ciertas condiciones no pueden ejercer cambios que modifiquen su vulnerabilidad. Entre las condiciones que causan jerarquía se encuentran el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, la raza, el nivel educativo y la ocupación.

Algunos indicadores útiles para estimar las condiciones que se relacionan con las desigualdades socioeconómicas en salud incluyen la distribución de ingresos por municipio; Índice de Pobreza Multidimensional por municipio; proporción de población en necesidades básicas insatisfechas por municipio; porcentaje de hogares con analfabetismo por municipio; porcentaje de hogares con empleo informal por municipio; tasa de desempleo por municipio; población por etnia por municipio; ubicación de la población de acuerdo a su pertenencia étnica por municipio. Para los análisis realizados por la EAPB se utilizarán solo los determinantes listados en la sección de determinantes intermedios.

3.5 PRIORIZACIÓN

Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en “el país de las maravillas” (Banco Interamericano de Desarrollo, 2012). En la actualidad los gobiernos se ven enfrentados a múltiples factores, que afectan las decisiones de gasto en salud. De un lado, crecientes demandas por servicios médicos y del otro, limitados recursos financieros para cubrirlas.

En este contexto la priorización como instrumento para la toma de decisiones se consolida como una estrategia para enfrentar la gran pregunta: ¿con los recursos disponibles, cuáles tecnologías sanitarias deben financiarse para lograr el mayor bienestar de la población posible? (Hauck et al, 2004). Se define la priorización como un enfoque más o menos sistemático para distribuir los recursos disponibles entre las demandas existentes de tal manera que se logre el mejor sistema

de salud posible con los recursos que se tienen. Asimismo, la priorización busca dar respuesta a cómo tomar las decisiones de asignación de recursos, involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos y políticos que puedan incidir en las decisiones de cobertura (Banco Interamericano de Desarrollo, 2012).

Difícilmente algún sistema sanitario dispondrá algún día de recursos suficientes para atender todas las necesidades sanitarias de su población, el objetivo es identificar los procedimientos, las metodologías y los criterios que permitan seleccionar las intervenciones que maximicen los beneficios de salud, dada la restricción presupuestaria (Sánchez, 2008). Teniendo en cuenta la información obtenida en el análisis previo, ya se han ido identificando los efectos de salud más relevantes para la población afiliada a la EAPB y sus determinantes.

Por lo tanto en este bloque se propone hacer el reconocimiento de ellos, con base en un listado de los hallazgos en los bloques de análisis previos. A partir del análisis completo de la mortalidad se deben enumerar las prioridades identificadas en cuanto a mortalidad general, por grandes causas, sub causas, trazadora, materno-infantil y en la niñez, y letalidades, mientras que para la morbilidad se debe identificar la principal causa de morbilidad atendida, la morbilidad trazadora y según alto consumo.

Por parte de la EAPB la priorización se hace por cada componente de la caracterización, articulada con los departamentos, distritos y municipios; es decir, el resultado de la caracterización debe contener los equivalentes a cada componente. La definición de prioridades llega hasta establecer las siguientes prioridades:

1. Prioridad demográfica: plantillas de caracterización 2, 3 y 4 (a, b, c, d, e, f), 5, 6 y 7.
2. Prioridad Territorial: plantilla 1.
3. Prioridad Mortalidad General: Plantillas 8 y 9.
4. Prioridad en mortalidad específica por subgrupo de causas: plantilla 10.
5. Prioridad en mortalidad trazadora: plantilla 11.
6. Prioridad en Mortalidad Materno Infantil y en la Niñez: plantillas 12 y 13.
7. Prioridad en letalidad: plantilla 14.
8. Prioridad en morbilidad atendida: plantilla 15 (a, b, c, d, e).
9. Prioridad en mórbidos trazadores: plantilla 16.
10. Prioridad en Morbilidad alto consumo: plantilla 17.
11. Prioridad en desigualdades: plantillas 18 y 19.

Sin embargo, es de resaltar que la EAPB debe continuar realizando las actividades a las que legalmente está obligadas y que las 11 prioridades obtenidas en el ejercicio anterior pueden estar relacionadas entre sí.

3.5.1 Priorización en los municipios

En el ámbito municipal la priorización se debe realizar de acuerdo a: las características del territorio y demográficas, a la mortalidad, la morbilidad y a la desigualdad. A continuación se dan a conocer los pasos a seguir:

- Priorización de acuerdo con las características del territorio y demográficas:
 1. Determinar para cada indicador si hay diferencias para los afiliados con respecto a la comparación con la entidad territorial y al interior de la EAPB.
 2. Definir como grupo demográfico prioritario aquel que muestre mayores diferencias con respecto a la comparación con la entidad territorial y al interior de la EAPB.
- Priorización de acuerdo con la mortalidad:
 1. Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados con respecto a la entidad territorial y al interior de la EAPB en la mortalidad general, mortalidad trazadora, mortalidad materna infantil y de la niñez, y la letalidad.
 2. Definir como indicador priorizado aquel que muestre la mayor diferencia con respecto a la comparación con la entidad territorial y al interior de la EAPB.
- Priorización de acuerdo con la morbilidad:
 1. Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados con respecto a la comparación con la entidad territorial y al interior de la EAPB en los eventos mórbidos trazadores.
 2. Definir como grupo de morbilidad trazadora prioritaria aquel que muestre la mayor diferencia con respecto a la comparación con la entidad territorial y al interior de la EAPB.
 3. Definir como grupo de morbilidad atendida prioritaria aquella que sea la primera causa de morbilidad en el proceso de análisis.
- Priorización de acuerdo con la desigualdad:
 1. Tomar las prioridades identificadas de todos los municipios del departamento para

todos los componentes de la caracterización.

2. Hacer el análisis de desigualdades entre municipios del mismo departamento para todas las prioridades identificadas.
3. La priorización para el departamento responderá al orden de las magnitudes de las desigualdades encontradas ordenadas de mayor a menor desigualdad.

3.5.2 Priorización departamental y distrital

La priorización que realizarán las EAPB para los departamentos y distritos tendrá tres componentes adicionales; un componente de mortalidad específica por subgrupo, un componente de alto consumo y un componente de análisis de desigualdades.

Primer componente: alto consumo

1. Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados de un departamento y distrito con respecto al nivel nacional y al interior de la EAPB en las patologías de alto costo.
2. Definir como patología de alto costo prioritaria aquella que muestre la mayor diferencia con respecto al nivel nacional y al interior de la EAPB.
3. Determinar si hay diferencias desfavorables para los afiliados de un departamento y distrito con respecto al nivel nacional y al interior de la EAPB en los eventos de alto costo
4. Definir como evento de alto costo prioritario aquel que muestre la mayor diferencia con respecto al nivel nacional y al interior de la EAPB.

Segundo componente: análisis de desigualdades

1. Tomar las prioridades identificadas de todos los municipios del departamento para todos los componentes de la caracterización.
2. Hacer el análisis de desigualdades entre municipios del mismo departamento para todas las prioridades identificadas.
3. La priorización para el departamento responderá al orden de las magnitudes de las

desigualdades encontradas ordenadas de mayor a menor desigualdad.

A partir del análisis previo y una vez se haya definido el listado de indicadores prioritarios tanto para municipios como para departamentos y distritos, se procede a realizar la priorización consolidada por cada entidad territorial, para identificar los problemas de salud que requieren atención prioritaria por la EAPB y que a su vez son el insumo para generar los planes de intervención por parte de las mismas, sin desconocer que la EAPB debe continuar con la prestación del servicio con calidad a todos sus afiliados, así como con la gestión del riesgo en salud de los mismos.

Se deben listar e incluir en la matriz de priorización los indicadores (por cada uno de los componentes) que al comparar el nivel municipal de la EAPB con respecto a la población del municipio, presentaron mayor magnitud en la diferencia de tasas, de igual forma se realizará con la población de cada departamento y distrito donde la EAPB hace presencia y el nivel departamental y distrital de la EAPB; para los indicadores que según el nivel de desagregación geográfica definido previamente, no aplica comparación a nivel municipal, solo se tendrá el análisis de desigualdad a nivel departamental; así mismo, si se definió comparación al interior de la EAPB de nivel nacional frente al departamental, no se requiere realizar otro tipo de comparaciones, como es el caso de los indicadores de alto costo.

3.5.3 Matriz de priorización

Existen muchas metodologías para priorizar y es de resaltar que en la mayoría de los métodos de priorización se puede reconocer un componente subjetivo importante, lo cual no invalida sus resultados pues es el equipo de trabajo el que tiene el mejor conocimiento del entorno. En esta guía se propone priorizar usando una matriz simplificada de factores críticos, metodología de gran sencillez que tiene sus fundamentos en el proceso analítico jerárquico desarrollado por Thomas Saaty en los años 70s (Soe, Kevin M. Sullivan y Minn M., 2006), con múltiples adaptaciones posteriores que la han hecho muy útil en diferentes áreas como la priorización de procesos institucionales a estandarizar en el marco de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad (Ministerio de salud y protección social, 2007)), ampliamente conocidos por las EAPB e IPS.

A partir de los hallazgos en cada uno de los componentes y priorización realizada por la EAPB en los ámbitos municipal, departamental, distrital y en el nacional, se podrá elaborar un listado de problemas de salud para intervenir, de forma tal que el problema que se incluya en la priorización sea el que presente mayor magnitud en la diferencia relativa de indicadores comparados, según los lineamientos descritos previamente. Este listado alimentará una matriz de priorización que evaluará dos factores críticos:



Gravedad del efecto: entendida como la importancia y el impacto con la que se presenta el problema.

La calificación de este criterio debe considerar la magnitud, es decir que tanta población está siendo afectada por el efecto en evaluación; debe considerar la contribución en la carga de mortalidad (enfermedad) del efecto y el exceso de riesgo en la EAPB con respecto a la entidad territorial. Así mismo, debe tener en cuenta el potencial de mortalidad prematura y/o discapacidad relativa; el alto costo que el efecto en evaluación puede generar a los servicios de salud, entre otras características que determinen la gravedad del efecto tales como amenaza al desarrollo humano o amenaza al derecho a la salud.

 **Factibilidad de intervención:** responde a la viabilidad para resolver el problema.

La calificación de este criterio debe considerar la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para el efecto en evaluación, así como la posibilidad de gestionar el riesgo del mismo. De igual forma se debe contemplar la factibilidad económica para desarrollar las intervenciones, la aceptabilidad de las intervenciones posibles, los recursos disponibles y la legalidad de la intervención.

Cada criterio será calificado de 0 a 4, siendo 4 el mayor y 0 el menor valor (Ver Tabla 18), la calificación se realizará según consenso del equipo de trabajo de cada EAPB.

Tabla 18. Calificación por factor crítico

| FACTOR CRÍTICO DE CALIFICACIÓN | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| CALIFICACIÓN | GRAVEDAD DEL EFECTO | FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN |
| 0 | No es grave | No es factible de intervenir |
| 1 | Poco grave | Factible solo a largo plazo |
| 2 | moderadamente grave | Factible a mediano o largo plazo |
| 3 | Grave | Factible a corto plazo |
| 4 | Muy grave | Muy factible a corto plazo |

Posteriormente los criterios serán multiplicados entre sí, generando un puntaje máximo de 16 puntos para cada problema y luego se ordenarán de mayor a menor de acuerdo con el puntaje obtenido. De esta forma los problemas con mayor puntuación en cada dimensión serán seleccionados para ser intervenidos de forma prioritaria y por lo tanto, a partir de ellos, se formularán los planes de intervención. Se recomienda revisar el anexo 14 que contiene la priorización. (Link:

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Anexos%20EAPB.zip>



MINSALUD

10 PLAN DECENTRAL DE SALUD PÚBLICA 2011-2021



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CAPÍTULO IV. REPORTE DE LA CARACTERIZACIÓN

A través de la estructura proporcionada en el Anexo Técnico, se reporta la información de los siguientes productos de la caracterización de la población afiliada a las EAPB: (Ver anexo 17)

1. Priorización en cada uno de los siete (7) componentes descritos, para los ámbitos departamental, distrital y municipal.
2. Reporte de los indicadores con fuente EAPB (no suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social), usados en la caracterización de la población afiliada.
3. Reporte de los grupos de riesgo por indicador priorizado. Los grupos de riesgo usados en el Anexo Técnico de la caracterización son tomados de la tabla de grupo de riesgo que se conformaron en la Política de Atención Integral en Salud. (Ver tabla 19).

Tabla 19. Grupos de riesgo

| ID | Nombre del código del grupo de riesgo |
|-----|--|
| 000 | Sin grupo de riesgo clasificado |
| 001 | Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas |
| 002 | Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas |
| 003 | Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales |
| 004 | Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones |
| 005 | Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento |
| 006 | Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal |
| 007 | Población con riesgo o presencia de cáncer |
| 008 | Población en condición materno –perinatal |
| 009 | Población con riesgo o infecciones |
| 010 | Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales |
| 011 | Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales |
| 012 | Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas |
| 013 | Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente |
| 014 | Población con riesgo o enfermedades raras |
| 015 | Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos |
| 016 | Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes |

4. Base de datos con las características definidas en el anexo técnico para el reporte de las prestaciones de alto consumo, que debe contener las siguientes variables:
 - ID del BDUA como identificación del usuario.
 - Año de prestación del servicio.
 - Código del diagnóstico CIE 10 a tres dígitos derivado de la prestación del servicio.
 - Clasificación de la causa del alto consumo (patología o evento).

3. Base de datos con las características definidas en el anexo técnico para el reporte de las IPS, de la red contratada, que debe contener las siguientes variables:
 - Código de la EAPB (según anexo)
 - Nombre de la EAPB
 - Código de habilitación de la IPS contratada (12 dígitos)
 - Tipo de servicios contratados (según anexo técnico)
 - Tipo de ámbito contratado (según anexo técnico)
 - Tipo de IPS respecto a su naturaleza (según anexo técnico)
 - Tipo de red para las IPS privadas (según anexo técnico)

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2012). Serie de Notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. *Procesos de priorización explícita en salud: un enfoque sistémico*.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2012). Series de notas técnicas sobre procesos de priorización de salud. *Introducción a la Serie de Priorización Explícita en Salud*.
- Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715*. Bogotá, Colombia.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2008). *El enfoque en la planeación del desarrollo municipal*.
- Gauvreau, Marcelo Pagano y Kimberlee. (2001). *Fundamentos de estadística, 2da Edición*. Ediciones Paraninfo S.A.
- Joan Benacha, M. A. (2004). Las clases sociales y la pobreza. *Gaceta Sanitaria Vol: 18 No 1*, 16-23.
- K., P. M. (2da. Edición). *Fundamentos de bioestadística*. Editorial S.A.
- Krieger, N. (2008). Ladders, pyramids and champagne: the iconography of health inequities. *Journal Epidemiology Community Health*, 1098-1104.
- Maria Cristina Schneider. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica Rev Panam Salud Publica. Vol:12, 6*.
- Ministerio de la protección social. (2006). *Decreto 3518 de 2006*.
- Ministerio de salud y protección social. (2007). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/programapars.aspx>
- Ministerio de salud y protección social. (2011). *Alto Costo*. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de salud y protección social. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales Colombia 2014*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Minsalud. (Diciembre de 2014). *RID*. Recuperado el Julio de 2016, de RID: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%2028112013.pdf>
- OMS. (2008). *Documento de referencia 3: Conceptos clave*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf
- OPS. (2003). Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potencialmente de Vida Perdidos. *Boletín epidemiológico. Vol:24, No 2*, 1-16.
- OPS. (2004). Paquetes de Programas de Mapeo y Análisis Espacial en Epidemiología y Salud Pública. *Boletín Epidemiológico. Vol. 25, No. 4*, 1-16.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). Análisis de Situación de Salud. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, Vol. 20. No 3.
- Organización Panamericana de Salud. (2002). Tendencias Demográficas y de Mortalidad en la Región de las Américas, 1980-2000. *Boletín epidemiológico*, 1-16.
- P, Crooks. (2005). *Perm Journal*, Vol. 9. *Managing High-Risk, High-Cost Patients: The Southern California Kaiser Permanente*, 93.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2003). *Informe sobre Desarrollo Humano 2003*. New York: Ediciones Mundi-Prensa.
- Rotman, K.J y Greenland S. (1998). "Measures of Disease frequency". En: *Rothman, K.J. Modern Epidemiology*. Bostón: Little: Brown and Company.

Salud., X. d. (2016). Obtenido de
http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62713&idioma=es
Sánchez F. . (2008). *Cómo establecer las prioridades en salud y servicios en salud? Métodos de priorización y disparidades regionales*. España.
Soe, Kevin M. Sullivan y Minn M. (2006). *Confidence Intervals for a Rate*.
Sullivan, K., & Soe, M. (2006). Confidence Intervals for a Rate. *Public Health Reports*.
World Health Organization. (2013). *Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries*. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
World Health Organization. (s.f.). *Handbook on Health Inequality Monitoring*.