

2011

BOLETÍN INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI



CALI, UN NUEVO LATIR!



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

BOLETÍN INFORMATIVO
DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
DE LA SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI

Alejandro Varela Villegas

Secretario de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Maritza Isaza Gómez

Jefe Grupo de Epidemiología y Salud Pública

Jorge Holguín

Responsable Vigilancia Epidemiológica

Luz María Gómez

Responsable Línea Estilos de Vida Saludable

Elizabeth Camacho

Epidemióloga Vigilancia Epidemiológica

Joas Benítez

Epidemiólogo Área de Aseguramiento

Elsa Patricia Muñoz

Asesora Secretaría de Salud de Cali

Agradecimientos

Martha Ospina Martínez

Directora Ejecutiva Cuenta del Alto Costo



CALI, UN NUEVO LATIR!



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE SALUD

**BOLETIN INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES
CRONICAS NO TRANSMISIBLES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE
CALI. No. 002 MAYO DE 2011**

**“CALIDAD DE LA INFORMACION DISPONIBLE COMO MEDIO DE ANALISIS
DE LA MAGNITUD DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y EL
CUMPLIMIENTO DE LA PRIORIDAD No. 6 DEL PLAN NACIONAL DE SALUD
EN SANTIAGO DE CALI”**

SANTIAGO DE CALI, JUNIO DE 2011

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Morbilidad Por Enfermedades Cardiovasculares Cali 2010.....	2
Reporte Al Programa De Estilos De Vida Saludable, Septiembre De 2010.....	3
Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus según régimen y aseguradora Comportamiento de la HTA y DM según edad y sexo	
Morbilidad por Hta, Dm y Erc según la Cuenta de Alto Costo. Cali, Junio 2010.....	4
Reporte de Hipertensión, Diabetes y Mixta, a la Cuenta de Alto Costo Reporte de Enfermedad Renal Crónica a la Cuenta de Alto Costo	
Morbilidad por Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) por Asegurador de los regímenes contributivo y Subsidiado con afiliados en la ciudad de Cali a partir de Información de RIPS del año 2010.....	10
Cumplimiento En La Entrega De RIPS Uso De Los Servicios	
Mortalidad Por Enfermedades Cardio Cerebro Vasculares Y Renales Crónicas.....	12
Comportamiento de la mortalidad por ECNT Cali 2010 Mortalidad prematura por enfermedades ECV-ECCV-ERC- 2010 Comportamiento histórico de la mortalidad 1998-2010 Mortalidad por Hipertensión Mortalidad por Diabetes	
Conclusiones.....	17
Referencias.....	19

Introducción

“CALIDAD DE LA INFORMACION DISPONIBLE COMO MEDIO DE ANALISIS DE LA MAGNITUD DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y EL CUMPLIMIENTO DE LA PRIORIDAD No. 6 DEL PNS EN SANTIAGO DE CALI”

Desde hace varios años las enfermedades cardio-cerebrovasculares son la primera causa de muerte y discapacidad en nuestro país. Los programas nacionales del Ministerio de la Protección Social, así como las Secretarías de Salud Departamental, Distritales y Municipales han venido fortaleciendo las acciones entorno al control y seguimiento de estos eventos, sin embargo se siguen priorizando las intervenciones y recursos en el control de las enfermedades transmisibles o perinatales a través de diversos programas verticales, dejando en segundo plano las acciones y programas focalizadas en la priorización de los cambios de hábitos y estilos de vida en la población y las intervenciones que promuevan la reducción de la enfermedades cardiovasculares (ECV) en Colombia. Muchas intervenciones eficaces, y costo-efectivas para prevenir la ECV aún no se implementan en nuestro país a pesar de la evidencia de que son razonablemente financiables, no es necesariamente por falta de recursos sino en buena medida por la falta de reconocimiento de los tomadores de decisiones sanitarias y los políticos sobre el impacto sanitario, económico y social de la epidemia de enfermedades crónicas en general y de la cardiovascular en particular. El poder reconocer este nuevo fenómeno epidemiológico permitirá diseñar e implementar políticas públicas que faciliten su difusión y su llegada a los puntos de servicio. (1).

Desde el año 2007 la SSPM de Cali comenzó a estructurar un plan analítico de la situación de salud definido como ASIS- Análisis Situacional Integrado de Salud, integrando los diferentes subsistemas de información: estadísticas vitales, registro individual de prestación de servicios e información de los programas de las diferentes áreas analíticas: promoción y prevención, salud ambiental entre otras. En el área de enfermedades crónicas, se viene realizando el análisis integrado de: estadísticas vitales, RIPS y la información que reportan las IPS de la red pública de los eventos priorizados: HTA y Diabetes junto con el reporte de algunas IPS de la red privada.

Sin embargo, aunque se ha fortalecido el trabajo desde hace cuatro años, la información no ha sido completa y el cumplimiento de las EPS con los compromisos planteados no ha sido constante por lo que en consenso se consideró incluir los datos de la cuenta de alto costo para poder tener una mayor seguridad con relación al número de pacientes con Hipertensión, Diabetes y Enfermedad Renal Crónica, aunque continúa siendo insuficiente porque no está incluido un sector de la población en estos datos, como son algunos regímenes de excepción y especiales.

De acuerdo con los lineamientos del Decreto 3039 de 2007, las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte en la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas las lesiones de causa externa (violencia y accidentes). Del total de muertes registradas en Colombia durante el periodo 1990 al 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3% (DANE). (2)

Dentro de la estructura de causas de morbilidad y mortalidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de los tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares. (2)

Con relación al comportamiento de las Enfermedades Crónicas durante el 2010 se tiene el informe de los datos proporcionados por las EPS y el informe de la base de datos de la cuenta de alto costo de enfermedades Crónicas para Cali, con los siguientes resultados:

1. MORBILIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Cali - 2010

Con relación al 2010 se cuenta con varias fuentes de información con relación al número de pacientes Hipertensos, Diabéticos y con ERC, sin embargo aunque las cifras se aproximan no hay uniformidad en los datos, una de las fuentes de datos fue el reporte de Morbilidad entregado en el informe de Vigilancia de las enfermedades Crónicas realizado con corte a septiembre del 2010, posterior las Instituciones no han realizado entrega de información al grupo de Estilos de Vida Saludable de la Secretaría de Salud Municipal de Cali. Dentro de las actividades adelantadas a partir del segundo Comité de aseguradores y prestadores adelantado en febrero de 2011, se solicitó a las aseguradoras el reporte de los casos de pacientes que a 31 de diciembre eran atendidos en los programas de control de hipertensión arteria (HTA), diabetes Mellitus (DM) o se hacía seguimiento regularmente por la coexistencia de las dos patologías HTA & DM). (Tabla No. 1 y 2)

TABLA No. 1, OCURRENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ASEGURADORA				
Cali, diciembre 2010				
ASEGURADORA / PRESTADOR	Población	Población 40 y más	Población con Dx HTA	Ocurrencia HTA
ALIANSA SALUD EPS	21.103	9.816	1.521	15,5%
CAFESALUD	15.390	5.198	1.525	29,3%
COMFENALCO VALLE	227.885	65.208	13.826	21,2%
COOMEVA EPS	247.875	77.108	17.530	22,7%
CONDOR	57.980	20.945	3.241	15,5%
COSMITET	6.916	6.065	3.806	62,8%
CRUZ BLANCA	51.695	14.914	4.649	31,2%
ECOPETROL		732	323	44,1%
EPS SURA	74.967	27.833	10.556	37,9%
SANITAS EPS	49.699	25.131	3.815	15,2%
SOS - COMFANDI	297.762	92.070	20.119	21,9%
EMSSANAR EPS	293.787	97.774	8.051	8,2%
CAPRECOM EPS	103.039	31.844	6.875	21,6%
COOPSALUD	115.275	43.046	2.001	4,6%
MALLAMAS	420	116	2	1,7%
SALUD COLOMBIA EPS	8.361	2.412	637	26,4%
SALUDCOOP EPS	126.456	35.884	10.151	28,3%
SELVASALUD	14.362	4.721	285	6,0%
NUEVA EPS	169.794	SIN NOTIFICAR		
SALUD COLPATRIA	5.446	SIN NOTIFICAR		
SALUD TOTAL	63.958	SIN NOTIFICAR		
TOTAL	1.952.170	560.817	108.913	19,4%

Fuente: Reporte de las aseguradoras abril de 2011

TABLA No. 2, OCURRENCIA DE DIABETES MELLITUS SEGÚN ASEGURADORA				
Cali, diciembre 2010				
ASEGURADORA / PRESTADOR	Población	Población 35 y más	Población con Dx DM	Ocurrencia DM
ALIANSA SALUD EPS	21.103	11.554	775	6,7%
CAFESALUD	15.390	6.138	280	4,6%
COMFENALCO VALLE	227.885	81.842	6.542	8,0%
COOMEVA EPS	247.875	92.837	5.088	5,5%
CONDOR	57.980	24.675	1.293	5,2%
COSMITET	6.916	6.140	933	15,2%
CRUZ BLANCA	51.695	18.753	995	5,3%
ECOPETROL		762	145	19,0%
EPS SURA	74.967	34.646	6.235	18,0%
SANITAS EPS	49.699	28.542	1.134	4,0%
SOS - COMFANDI	297.762	115.945	7.106	6,1%
EMSSANAR EPS	293.787	116.660	3.084	2,6%
CAPRECOM EPS	103.039	37.941	3.050	8,0%
COOPSALUD	115.275	50.729	400	0,8%
MALLAMAS	420	151	2	1,3%
SALUD COLOMBIA EPS	8.361	2.935	211	7,2%
SALUDCOOP EPS	126.456	44.682	2.302	5,2%
SELVASALUD	14.362	5.746	42	0,7%
NUEVA EPS	169.794	SIN NOTIFICAR		
SALUD COLPATRIA	5.446	SIN NOTIFICAR		
SALUD TOTAL	63.958	SIN NOTIFICAR		
TOTAL	1.952.170	680.678	39.617	5,8%

Fuente: Reporte de las aseguradoras abril de 2011

De acuerdo al reporte de las aseguradoras tendríamos en total 108.913 pacientes Hipertensos y 39.617 pacientes con Diabetes, sin embargo a la fecha no se cuenta con el reporte de las EPSs, Nueva EPS, Salud COLPATRIA y Salud Total, los cuales tienen una población bastante importante de usuarios afiliados con relación al total (12,25%).

REPORTE AL PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, SEPTIEMBRE DE 2010

Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

En el año 2010 se reportaron al sistema de información 122.863 hipertensos inscritos en los programas institucionales, tanto de la red pública como privada; esto correspondería a 8,2% de la población a riesgo (población mayor de 20 años Cali 2010: 1.490.902 personas.). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2007) la prevalencia nacional de hipertensión arterial informada fue de 11,5% en población entre 18 y 69 años, en contraste con la prevalencia de HTA de 16,5% en población mayor de 18 años informada para Cali según la encuesta poblacional de factores de riesgo para ECNT para el mismo año, de acuerdo con esta última, se esperaba tener registrados en programas institucionales de control de HTA cerca de 240.000 hipertensos.

El subregistro evidenciado se explica en parte en el hecho de que el 10% de los casos registrados como inscritos en programa no tienen información de diagnóstico, y por esta razón no se clasificaron ni como hipertensos ni diabéticos; y por otro lado el subregistro evidencia la falta de detección de la enfermedad en la población de riesgo. Si se evalúa la detección de acuerdo con la meta nacional, la cual se establece en relación con la

población mayor de 35 años, los hipertensos registrados corresponden al 13,3% de la población mayor de 35 años de Cali, estando por debajo de la prevalencia esperada en este grupo de población: 20%.

Se reportaron 39.036 diabéticos, de los cuales 16.776 (43%) tienen los dos diagnósticos (HTA & DM); para una prevalencia de 2,6% sobre la población a riesgo (Población mayor de 20 años: 1.490.902); la ENS 2007 registró una prevalencia de Diabetes autoinformada de 3,5% en población de 18 a 69 años; la encuesta de Factores de Riesgo de Cali en 2007 registro una prevalencia informada de 4,7%; , de acuerdo con esta última, se esperaba tener registrados en programas institucionales de control de la hipertensión cerca de 70.072 diabéticos, es decir con un subregistro de cerca del 55% con relación a los datos reportados por las aseguradoras.

Se Registran 10.634 pacientes con Enfermedad Renal Crónica, lo cual corresponde al 1,4% de la población mayor de 40 años de Cali. 10% de los casos registrados no tuvieron información de diagnóstico.

TABLA No. 3

PACIENTES HTA –DIABETES- ERC REGISTRADOS EN PROGRAMA POR EPS. CALI SEPT 2010

Aseguradora	HTA	DM	HTA+DM	ERC	Sin Dato	total	%
NUEVA EPS	21.120	1.684	4.985	7.973	0	35.762	18,7
SOS	3.368	284	1.256	0	16.944	21.852	11,4
COMFNLCO	12.080	2.684	1.756	261		16.781	8,8
COOMEVA	11.530	1.459	1.795	0		14.784	7,7
SANITAS	5.867	1.160	893	119	781	8.820	4,6
SURA	4.631	362	1.066	1.475		7.534	3,9
SALUD TOTAL	5.292	340	1.208			6.840	3,6
COLMEDICA	3.988	921	140	490	781	6.320	3,3
GRUPO SALUDCOOP	2.467	478		187		3.132	1,6
COSMITET	1.394	81	537	113	0	2.125	1,1
SALUD COLOMBIA	612	165	279	2	0	1.058	0,6
CALISALUD	848	13	178			1.039	0,5
EMSSANAR	704	36	147	2		889	0,5
COOSALUD	191	8	46			245	0,1
CAPRECOM	113	3	34			150	0,1
CONDOR	37	1	13			51	0,0
SELVASALUD	32	1	8			41	0,0
AIC	11	0	3			14	0,0
COLPATRIA						0	0,0
Sin Dato	48.578	12.580	2.432	12	668	64.270	33,5
Total	122.863	22.260	16.776	10.634	19.174	191.707	

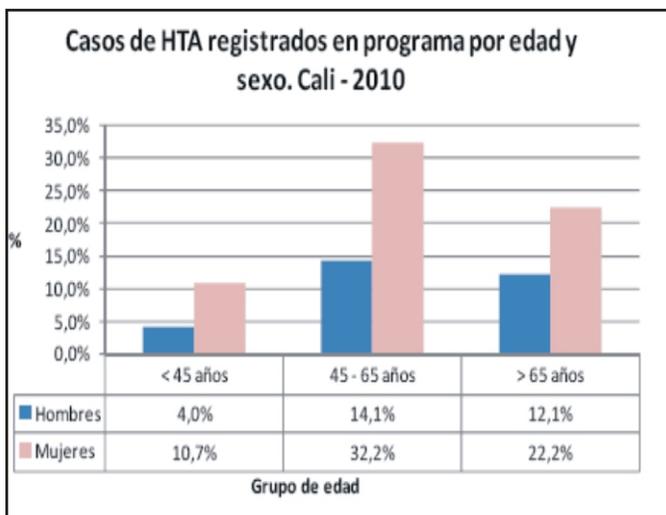
Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus según régimen y aseguradora

Del total de población con riesgo cardiovascular y renal registrada: 191.707, 65% de los casos son aportados por el régimen contributivo, 29,5% por el régimen subsidiado, 5% son no afiliados, 326 (0,2%) del régimen especial y 99 (0,06%) sin dato de régimen.

En relación con la aseguradora la Nueva EPS es la que más aporta casos de las tres patologías; el 75% de pacientes en ERC pertenecen a esta EPS; Comfenalco y Coomeva también aportan de manera importante. El 33% de casos que se registran sin dato de Asegurador, corresponden en su mayoría a población pobre no asegurada reportada por las Empresas Sociales del Estado (ESE). En 19.174 casos no se registro la patología, lo cual corresponde a un problema de calidad del dato en los consolidados enviados a Autoridad Sanitaria por las aseguradoras, principalmente por S.O.S, Sanitas y Aliansalud & Colmedica.

Comportamiento de la HTA y DM según edad y sexo

Tanto en hipertensión arterial como en Diabetes y Enfermedad Renal Crónica y para todos los grupos edad son las mujeres las que más aportan casos; y en el caso de hipertensión en el grupo de 45 a 65 años la proporción de mujeres es más del doble de la proporción de hombres, en Diabetes esta diferencia entre hombres y mujeres, en el mismo grupo de edad, es más cercana (22,4% y 26,8% respectivamente), al igual que en ERC (23% y 29,1% respectivamente).



En cuanto a la edad, en las tres patologías, los pacientes registrados en los programas de control se encuentran en mayor proporción entre 45 y 65 años; alrededor del 18% de los pacientes hipertensos registrados, el 25% de los diabéticos y 7% con ERC, son menores de 45 años.

Entre los años 2008 2009 y junio de 2010 se registraron 23.583 hospitalizaciones por complicaciones cardiovasculares y renales, para una tasa general de hospitalización por estas causas de 10,9 por 1000 personas mayores de 40 años en el año 2008; en 2009, esta tasa se incrementó a 15,6 por 1000 y en 2010 la tasa proyectada registra 10,1 egresos por 1000 personas mayores de 40 años.

En el año 2008 fueron otras complicaciones cardiovasculares y las complicaciones renales las que ocasionaron mas hospitalizaciones, seguidas del infarto agudo de miocardio (I.A.M); en el año 2009 es el I.A.M el que presenta una tasa de hospitalización mayor, seguido del ACV y otras complicaciones C.V.; en 2010 la proyección a Diciembre, son las causas cardiovasculares las que ocasionan mas hospitalizaciones, el I.A.M seguido de las otras complicaciones CV. En el grupo de "otras enfermedades cardiovasculares se incluyeron: angina de pecho, aneurismas o ruptura de aneurismas, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular aterosclerótica, hipertensión esencial y embolia y trombosis. (códigos CIE10: I200-I71-I72-I22-I70-I25-I10X-I74).

En todo el período analizado 2008 a junio de 2010, el 53% de las hospitalizaciones fueron en hombres, de los cuales cerca de la mitad eran mayores de 65 años (49%), 39% de ellos estaban en el grupo de 45 a 64 años y un 11% eran menores de 45 años. En el grupo de las mujeres (47%), 53% eran mayores de 65 años, 33% estaban en el grupo de 45 a 64 años y 14% eran menores de 45 años. Del total de hospitalizaciones registradas en el período, 1615 terminaron en muerte, de los cuales 550 (34%) eran menores de 65 años.

MORBILIDAD POR HTA, DM Y ERC SEGÚN LA CUENTA DE ALTO COSTO. CALI, JUNIO 2010

Debido a las dificultades en la obtención de información confiable con relación al número de pacientes Hipertensos y Diabéticos de la ciudad de Cali, al igual que de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica, en Comité de Prestadores de la Secretaría de Salud Municipal de Cali y las EPS con población afiliada en la ciudad, tomó la decisión de tener la información procesada por la Cuenta de Alto Costo del Ministerio de la Protección Social como fuente oficial de esta información, la cual de acuerdo al cronograma

planteado para el envío de la información cuenta con los datos enviados por las aseguradoras con corte al 30 de junio de 2010.

La base de datos de la Cuenta de Alto Costo fue solicitada de forma oficial y entregada a la Secretaría de Salud Municipal, en esta base de datos se encontraron 151.026 registros de pacientes con HTA, DM y/o ERC sin identificación de los usuarios. Sin embargo, la base de datos presentó algunas inconsistencias las cuales fueron notificadas formalmente a la Coordinación de la misma.

En esta base de datos también se presentó subregistro de la información, encontrándose 305 pacientes registrados sin diagnóstico. Así mismo, no se encontró información de algunas Instituciones como Mallamas,

Magisterio, Puertos, Policía, Ejército Y Fuerza Aérea.

Reporte de Hipertensión, Diabetes y Mixta, a la Cuenta de Alto Costo

En la Tabla No. 4 se puede observar el número de usuarios por sexo informados por cada EPS para el primer semestre del 2010, siendo la Nueva EPS la que presenta el mayor número de pacientes con patología crónica (24%), seguidos de SOS EPS (14%) y COOMEVA EPS (12%), la primera EPS del Régimen Subsidiado en aparecer ocupa el lugar No. 6 en la lista con el 6% de los casos. Así mismo, se puede ver que el 60,1% de los casos corresponde al sexo femenino y 39,9% al sexo masculino.

TABLA No. 4 - . DISTRIBUCION DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA (HTA, DM Y ERC) POR EPS Y SEXO

EPS	F	%	M	%2	Total general	%3
NUEVA EPS	23.081	25%	13.816	23%	36.897	24%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	11.753	13%	8.957	15%	20.710	14%
COOMEVA E.P.S. S.A.	10.921	12%	7.271	12%	18.192	12%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	9.775	11%	6.536	11%	16.311	11%
SALUDCOOP EPS	8.083	9%	6.041	10%	14.124	9%
EMSSANAR ESS	6.849	8%	2.918	5%	9.767	6%
SALUD TOTAL S.A. EPS	4.193	5%	3.446	6%	7.639	5%
SUSALUD EPS	3.855	4%	2.579	4%	6.434	4%
CRUZ BLANCA EPS S.A.	3.452	4%	2.814	5%	6.266	4%
SANITAS S.A. E.P.S.	3.646	4%	2.278	4%	5.924	4%
FPS DE FERROCARRILES NALES DE CBIA	1.864	2,1%	1.318	2%	3.182	2,1%
CAFÉSALUD EPS	1.140	1,3%	927	2%	2.067	1,4%
ALIANSA SALUD E.P.S.	1.060	1,2%	769	1,3%	1.829	1,2%
SALUDCOLOMBIA	420	0,5%	233	0,4%	653	0,4%
COOSALUD E.S.S.	373	0,4%	86	0,1%	459	0,3%
SELVASALUD S.A. EPS ARS	207	0,2%	99	0,2%	306	0,2%
SALUD COLPATRIA E.P.S.	86	0,1%	60	0,1%	146	0,1%
CAPRECOM	36	0,04%	25	0,04%	61	0,0%
MULTIMEDICA EPS	15	0,02%	12	0,02%	27	0,0%
EPS FAMILIAR LTDA	11	0,01%	4	0,01%	15	0,0%
EPS CONDOR S.A.	9	0,01%	5	0,01%	14	0,0%
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	1	0,001%	1	0,002%	2	0,0%
AMBUQ ARS		0%	1	0,002%	1	0,0%
Total general	90830	100%	60196	100%	151026	100%

Fuente: Cuenta de alto costo. Cali junio 30 de 2010)

En la Tabla No. 5 se realizó la distribución de los pacientes con HTA, DM y mixta (HTA más DM) por cada EPS, independientemente de presentar o no ERC, calculando la tasa para cada EPS con relación al total de personas afiliadas a cada una; registrándose en total 109.971 (73%) pacientes con Hipertensión, 13.259 (8,8%) pacientes con Diabetes, 26.128 (17,3%) pacientes con ambas patologías y 1.668 pacientes si registro de estas patologías. La tasa más alta para HTA y DM fue la del Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles con 3.684,2 y 361,4 respectivamente por cada 10.000 afiliados.

**TABLA No. 5. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ENFERMEDAD CRONICA
(HTA, DM, MIXTA) Y EPS, CALI 2010**

EPS	POBLACION EPS	HTA	TASA X 10000 HTA	DM	TASA X 10000 DM	HTA+DM	TASA X 10.000 HTA+DM	SIN REPORTE DE HTA O DM	TOTAL GNRAL
NUEVA EPS	169.794	27.404	1614,0	3.144	185,17	6.104	359,5	245	36.897
SOS EPS	297.762	13.500	453,4	1.175	39,46	5.657	190,0	378	20.710
COOMEVA E.P.S. S.A.	247.875	13.590	548,3	1.571	63,38	2.943	118,7	88	18.192
COMFENALCO VALLE									
E.P.S.	227.885	11.814	518,4	2.601	114,14	1.795	78,8	101	16.311
SALUDCOOP EPS	126.459	9.882	781,4	1.135	89,75	2.635	208,4	472	14.124
EMSSANAR ESS	293.787	7.758	264,1	865	29,44	1.140	38,8	4	9.767
SALUD TOTAL S.A. EPS	63.958	6.020	941,2	586	91,62	1.017	159,0	16	7.639
SUSALUD EPS	74.967	4.776	637,1	369	49,22	1.269	169,3	20	6.434
CRUZ BLANCA EPS S.A.	51.695	4.563	882,7	502	97,11	1.036	200,4	165	6.266
SANITAS S.A. E.P.S.	49.699	4.140	833,0	531	106,84	1.239	249,3	14	5.924
FPS FERROCARRILES									
NLES DE CBIA.	6.916	2.548	3684,2	250	361,48	337	487,3	47	3.182
CAFESALUD EPS	15.390	1.531	994,8	175	113,71	293	190,4	68	2.067
ALIANSALUD E.P.S.	21.103	1.280	606,5	112	53,07	418	198,1	19	1.829
SALUDCOLOMBIA	8.361	447	534,6	31	37,08	174	208,1	1	653
COOSALUD E.S.S.	115.275	266	23,1	144	12,49	22	1,9	27	459
SELVASALUD S.A. EPS									
ARS	14.362	257	178,9	47	32,73	1	0,7	1	306
SALUD COLPATRIA E.P.S.	5.446	105	192,8	14	25,71	27	49,6		146
CAPRECOM	103.039	46	4,5	1	0,10	14	1,4		61
MULTIMEDICA EPS	1.320	24	181,8	2	15,15	1	7,6		27
EPS FAMILISANAR LTDA	939	12	127,8	2	21,30	1	10,6		15
EPS CONDOR S.A. ARS	57.980	6	1,0	2	0,34	5	0,9	1	14
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	6	1	1666,7	0	0,00		0,0	1	2
AMBUQ ARS		1							1
TOTAL GNRAL	1.954.018	109.971	562,8	13.259	67,86	26.128	133,7	1.668	151.026

Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010)

El número de casos de HTA, DM y Mixto en cada régimen por grupos de edades evidencia, que la mayor parte de los casos (más del 50%) se presenta en la población a partir de los 60 años. Los casos de hipertensión se observan en mayor concentración en el grupo etareo entre 60 y 64 años, en el RC, con relación a la DM la mayor concentración se encuentra entre los 55 a 59

años en el RC y para los pacientes con enfermedad mixta, la mayor concentración de casos está entre los 60 a 64 años en el RC. A pesar de tener una menor proporción de casos, es primordial hacerle seguimiento a los casos que se vienen presentando en población menor de 45 años la cual equivale al 10% del total de los eventos. Tabla No. 6

**TABLA No. 6. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ENFERMEDAD CRONICA (HTA, DM, MIXTA)
Y GRUPOS ETAREOS, CALI 2010**

Edad	Hipertensión			Diabetes			Mixto (HTA + DM)			Total
	RC*	RS**	SP***	RC*	RS**	SP***	RC*	RS**	SP***	
0 a 4 años	3	6	0	8	6	1	1			25
5 a 9 años	6	16	3	26	85	2		1		139
10 a 14 años	33	16	2	36	23	1	7	1	0	119
15 a 19 años	79	43	3	81	17	1	8	0	0	232
20 a 24 años	236	65	3	88	31	1	9	5	0	438
25 a 29 años	665	102	6	138	34	1	65	3	0	1014
30 a 34 años	1471	144	10	239	23	1	118	5	0	2011
35 a 39 año	2513	205	4	449	39	3	243	18	1	3475
40 a 44 años	4918	395	14	809	59	5	607	32	2	6841
45 a 49 años	8360	701	35	1261	111	0	1245	75	2	11790
50 a 54 años	11458	857	46	1617	124	4	2270	110	7	16493
55 a 59 años	13133	899	56	1831	116	8	3218	161	11	19433
60 a 64 años	14152	921	46	1672	97	2	3912	186	4	20992
65 a 69 años	12772	900	53	1297	85	6	3834	145	8	19100
70 a 74 años	11998	932	52	1128	72	3	3758	146	12	18101
75 a 79 años	9363	774	54	772	37	5	2893	96	10	14004
80 y mas años										
	10438	915	95	747	54	3	2740	139	20	15151
Total	101598	7891	482	12199	1013	47	24928	1123	77	149358
%	92,4%	7,2%	0,4%	92,0%	7,6%	0,4%	95,4%	4,3%	0,3%	

Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010) - RC*: Régimen contributivo RS**: Régimen subsidiado SP***: Subsidio parcial

Reporte de Enfermedad Renal Crónica a la Cuenta de Alto Costo

Con relación a los pacientes con ERC, se relacionaron independientemente de que tuvieran HTA, DM o ambas patologías, teniendo en total 67.713 pacientes con ERC, el mayor número de casos lo tiene la EPS S.O.S con 20.632 casos (30,5%), sin embargo la Tasa más alta corresponde al Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles con 4.600,9 por cada 10.000 usuarios. Tabla No.7

De acuerdo con las guías de manejo de ERC del MPS, El paciente se encuentra en Estadio 1 si tiene Tasa de Filtración Glomerular (TFG) igual o mayor a 90 ml/min y pruebas clínicas que soportan daño renal, Estadio 2 si tiene TFG entre 60 y 89 ml/min y pruebas clínicas que soportan

daño renal; Estadio 3 si tiene TFG 30 y 59 ml/min. Estadio 4 si tiene TFG 15 y 29 ml/min y Estadio 5 si el paciente tiene < 15 ml/min. De acuerdo a lo anterior, del total de pacientes reportados a la CAC el 17,5% no presenta ERC, el 37,6% aún no ha sido estudiado para ERC y el resto fueron reportados como ERC 44,9% y se distribuyen así: el 21,7% se cuenta en estadio 1, el 39,7% en estadio 2, el 33,3% en estadio 3, el 2,5% en estadio 4 y el 2,7% en estadio 5. La NUEVA EPS es la que presenta el mayor número de pacientes en estadio 5 (631), y el Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles es la Entidad que presenta la tasa más alta de pacientes con ERC reportada (4.600 x 10.000 usuarios).

TABLA 7. DISTRIBUCION DE PACIENTES REPORTADOS CON ERC, POR EPS Y ESTADIO DE LA ERC, CALI 2010

EPS	Estadio de la ERC					Total	Población EPS	Tasa x 10000
	1	2	3	4	5			
SOS EPS	4184	12561	3528	194	165	20632	297762	692,90
COMFENALCO VALLE E.P.S.	3397	4028	2232	249	107	10013	227885	439,39
SALUDCOOP EPS	980	4170	3376	127	114	8767	126459	693,27
NUEVA EPS		4	3937	410	631	4982	169794	293,41
SALUD TOTAL S.A. EPS	1436	1728	1133	115	85	4497	63958	703,12
COOMEVA E.P.S. S.A.			3855	223	207	4285	247875	172,87
SANITAS S.A. E.P.S.	923	1750	1238	100	67	4078	49699	820,54
FPS DE FERROCARRILES NLES DE CBIA.	2387		733	47	15	3182	6916	4600,93
CRUZ BLANCA EPS S.A.	609	1371	621	65	66	2732	51695	528,48
ALIANSA SALUD E.P.S.	558	698	460	49	20	1785	21103	845,85
SUSALUD EPS	12	33	1145	109	55	1354	74967	180,61
CAFÉSALUD EPS	186	546	272	17	80	1101	15390	715,40
EMSSANAR ESS	5	9	10	10	128	162	293787	5,51
COOSALUD E.S.S.	1	8	15	2	61	87	115275	7,55
SALUD COLPATRIA E.P.S.		8	5	2	6	21	5446	38,56
SALUDCOLOMBIA	1		8	1	5	15	8361	17,94
EPS CONDOR S.A.			4	2	8	14	57980	2,41
CAPRECOM				1	1	2	103039	0,19
SALUDVIDA E.P.S. S.A.					2	2	6	3333,33
SELVASALUD S.A. EPS ARS	1					1	14362	0,70
AMBUQ ARS					1	1		
Total general	14680	26914	22572	1723	1824	67713	1951759	346,93

Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010)

En la Cuenta de Alto Costo se Registra el número 6 si no tiene reporte de creatinina vigente o aún no ha sido estudiado para ERC, de acuerdo con este dato, se reportaron 56.905 pacientes en esta situación; la Nueva EPS es la que tiene el mayor número de pacientes pendientes para definir el diagnóstico de ERC seguidos de COOMEVA EPS Y COMFENALCO. Tabla No. 8

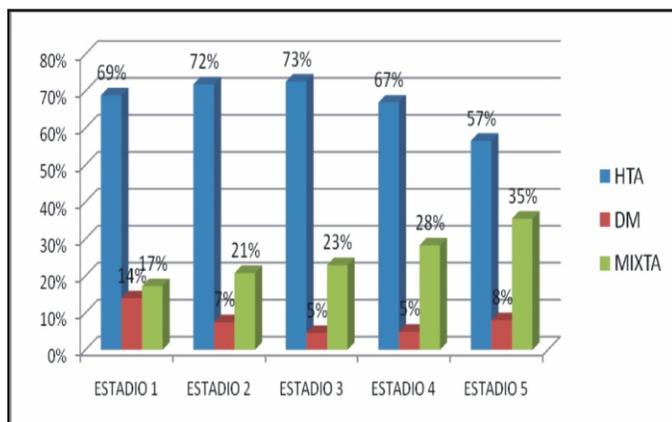
TABLA 8. NÚMERO DE PACIENTES PENDIENTES DE ESTUDIO PARA ERC, CALI 2010

EPS	Sin estudio (6)
NUEVA EPS	31902
COOMEVA E.P.S. S.A.	13907
COMFENALCO VALLE E.P.S.	6298
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	2157
SANITAS S.A. E.P.S.	1846
SALUDCOLOMBIA	638
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	78
ALIANSA SALUD E.P.S.	44
SUSALUD EPS	17
SELVASALUD S.A. EPS ARS	11
SALUD COLPATRIA E.P.S.	7
Total general	56905

Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010)

De acuerdo con el estadio de la ERC se observa un mayor predominio de la HTA en todos ellos, así mismo se puede observar que en el estadio 5 se presenta un aumento de los pacientes con patologías mixtas de hipertensión y diabetes 35%. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Distribución de casos de enfermedades precursoras, según el estadio de ERC, Cali - 2010



Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010)

Se espera que todos los pacientes que tienen ERC estadio 5 estén en alguna de las Terapia de Reemplazo Renal (TRR) existentes (Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Trasplante o tratamiento médico no dialítico para estadio 5). Estas TRR son mutuamente excluyentes. De los 1824 pacientes reportados en este estadio, el 99,1% se encuentran en TRR. Tabla No. 9

TABLA 9. PACIENTES CON ERC EN ESTADIO 5 CLASIFICADOS POR EL TIPO DE TRR QUE RECIBEN, CALI 2010

EPS	Estadio 5	Tipo de TRR				
		Trasplante Renal	Hemodiálisis	Diálisis P.	Tratamiento MD	No reportada
SOS EPS	165	42	82	41		
COMFENALCO VALLE E.P.S.	107	0	61	46		
SALUDCOOP EPS	114	27	63	22	2	
NUEVA EPS	631	158	364	94	12	3
SALUD TOTAL S.A. EPS	85	9	58	14	4	
COOMEVA E.P.S. S.A.	207	69	74	64		
SANITAS S.A. E.P.S.	67	28	37	2		
FPS DE FERROCARRILES NLES DE CBIA.	15	1	6			8
CRUZ BLANCA EPS S.A.	66	16	39	8	1	2
ALIANSA SALUD E.P.S.	20	0	9	11		
SUSALUD EPS	55	24	24	2	5	
CAFÉSALUD EPS	80	9	48	22		1
EMSSANAR ESS	128		114	13		1
COOSALUD E.S.S.	61		54	6		1
SALUD COLPATRIA E.P.S.	6	4	2			
SALUDCOLOMBIA	5		4	1		
EPS CONDOR S.A.	8		8			
CAPRECOM	1		1			
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	2		2			
AMBUQ ARS	1		1			
Total general	1824	387	1051	346	24	16

De los 16 pacientes en estadio 5 que no reportaron TRR el 50% presentó algún tipo de novedad de acuerdo a la Resolución 4700 del 2008, el otro 50% (8 pacientes) no presentaron ninguna novedad y todos pertenecen al Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles. Tabla No. 10

Las novedades que establece la Resolución 4700/2008 son:
0: si el paciente no tuvo ninguna novedad
1: si el paciente falleció
2: si el paciente ingresó en TRR
3: si el paciente aumentó de estadio de la ERC5
4: si el paciente disminuyó de estadio ERC5
5: si el paciente salió de TRR y no ha fallecido pero sigue afiliado a la EPS o EOC que reporta el paciente
6: si el paciente se trasladó a otra EPS o EOC
7: si el paciente se afilió a la EPS durante el período de reporte
8: si el paciente quedó sin afiliación (vinculados)

TABLA No. 10, PACIENTES CON ERC EN ESTADIO 5 SIN REPORTE DE TRR CLASIFICADOS SEGÚN LA NOVEDAD PRESENTADA, CALI 2010

EPS	TRR no reportada	Tipo de novedad de acuerdo a la Res. 4700 de 2008				
		0	1	4	5	7
NUEVA EPS	3				3	
FPS DE FERROCARRILES NLES	8	8				
CRUZ BLANCA EPS S.A.	2			2		
CAFÉSALUD EPS	1				1	
EMSSANAR ESS	1		1			
COOSALUD E.S.S.	1					1
Total general	16	8	1	2	4	1

Fuente: Cuenta de alto costo (Cali junio 30 de 2010)

Aunque la mayoría de pacientes reportados como trasplantados renales se encuentran en el estadio 5, existe una proporción importante de pacientes en los estadios del 1 al 4 que han sido trasplantados. (Tabla 11)

TABLA 11. PACIENTES CON ERC CLASIFICADOS DE ACUERDO AL ESTADIO Y QUE HAN RECIBIDO TRANSPLANTE POR PARTE DE LA EPS QUE REPORTA U OTRA ENTIDAD

EPS	ESTADIO					Total general
	1	2	3	4	5	
NUEVA EPS		4	5	1	158	168
COOMEVA E.P.S. S.A.					69	69
SOS EPS					42	42
COMFENALCO VALLE E.P.S.		1	30	1		32
SANITAS S.A. E.P.S.					28	28
SALUDCOOP EPS					27	27
SUSALUD EPS					24	24
EMSSANAR ESS	5	9	8			22
ALIANSALUD E.P.S.	1	10	5	1		17
CRUZ BLANCA EPS S.A.					16	16
CAFÉSALUD EPS					9	9
SALUD TOTAL S.A. EPS					9	9
SALUD COLPATRIA E.P.S.					4	4
"COOSALUD E.S.S."			2	1		3
FPS DE FERROCARRILES NALES DE COLOMBIA.					1	1
Total general	6	24	50	4	387	471

Fuente: Cuenta de alto costo (Cali, junio 30 de 2010)

Con relación al tipo de terapia que reciben los pacientes con ERC, de 1808 pacientes que reportaron TRR el 58,1% se encuentra recibiendo Hemodiálisis, en comparación con solo un 19,1% que realiza Diálisis Peritoneal, lo cual ilustra en parte las dificultades que pueden tener los pacientes con relación al Manejo autónomo de su terapia y las dificultades de poder tener espacios

Adecuados en sus domicilios que permitan una técnica aséptica adecuada. Es así como en este periodo se reportaron 36 casos de Peritonitis asociadas a Diálisis Peritoneal. (Tabla No. 12)

TABLA 12. PACIENTES CON ERC REPORTADOS EN TTO DE DP QUE PRESENTARON PERITONITIS

EPS	Total general
CAFÉSALUD EPS	1
ALIANSALUD E.P.S.	2
COMFENALCO VALLE E.P.S.	7
COOMEVA E.P.S. S.A.	4
NUEVA EPS	9
SALUD TOTAL S.A. EPS	1
SALUDCOLOMBIA	1
SALUDCOOP EPS	4
SOS EPS	7
Total general	36

Fuente: Cuenta de alto costo (Cali, junio 30 de 2010)

Finalmente, al revisar el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con ERC en todos los estadios y de acuerdo a los grupos de edad, se puede observar que la mayor concentración de pacientes se encuentran en Hemodiálisis a partir de los 45 años (46,1%), en los menores de 14 años se presenta con mayor frecuencia el Trasplante renal y de 15 a 44 años aunque la Hemodiálisis tiene el mayor porcentaje (9,2%), es también importante el número de pacientes que se encuentran con trasplante renal (8,8%). (Tabla No. 13)

TABLA 13. RELACION DE PACIENTES CON ERC CON TIPO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD, CALI - 2010

TRATAMIENTO	0 A 14 AÑOS	15 A 44 AÑOS	45 A 64 AÑOS	65 Y MAS AÑOS	Total general
DP	3	72	152	119	346
HD	2	175	451	423	1051
TRANSPLANTE RENAL	6	168	217	80	471
TTO MEDICO	1	0	5	21	27
TOTAL	12	415	825	643	1895

Fuente: Cuenta de alto costo (Corte a junio 30 de 2010)

Morbilidad por Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) por Asegurador de los regímenes contributivo y Subsidiado con afiliados en la ciudad de Cali a partir de Información de RIPS del año 2010.

A pesar de los inconvenientes e inconsistencias que pudiesen presentar los RIPS, se realizó un ejercicio de análisis de morbilidad para hipertensión y Diabetes revisando el comportamiento en consulta ambulatoria y en hospitalización de estas patologías a partir de los RIPS entregados por las diferentes aseguradoras a la Autoridad Sanitaria. El objetivo del ejercicio fue mostrar la utilidad de los registros para la toma de decisiones y la importancia de la oportuna entrega para monitorear la situación de salud en la ciudad, por ello es de interés colectivo el mejoramiento en la calidad del reporte en oportunidad y contenido.

CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE RIPS.

De las 21 EPS contributivas con presencia en la ciudad, sólo cinco aseguradoras hicieron la entrega de información de RIPS todos los meses durante el año 2010, ellas fueron: Aliansalud, Coomeva, SOS, Salud Colombia y Nueva EPS. Sin embargo, cuatro Empresas Promotoras de Salud :Sura EPS, Salud Total, Saludcoop y Cruz Blanca (EPS) hicieron entrega parcial de los RIPS De esa manera la SSPM dispone de datos de nueve aseguradoras del régimen contributivo para un porcentaje de entrega del 29%. Con los reportes disponibles, se tuvo información según número de afiliados en Cali del 77,5% de la población contributiva que ascendió para el 2010 a 1.369.716 afiliados.

Para el Régimen subsidiado de las siete aseguradoras existentes en el 2010 (Emssanar, Caprecom, Condor, Mallamas, Selvasalud, Coosalud y Calisalud) ninguna reportó completamente todos los meses la información de los RIPS, para un porcentaje de cumplimiento del 56%, que es mucho más alto que del contributivo. Como todas las EPS subsidiadas reportaron información, aunque parcial, se estaría conociendo información del 100% de los afiliados en algún momento del año que fueron 582.443.

**TABLA 14
HOSPITALIZACIÓN POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR REGIMEN DE ASEGURAMIENTO AÑO 2010**

REGIMEN	Total hospitaliza	Total personas hospitaliza	Intensidad de uso	Total de hospitaliza por HTA	% de hospitaliza de HTA en el total	Total de personas hospitaliza por HTA	% Personas hospitaliza por HTA del total	Intensidad de uso específica por HTA	Dias de estancia por HTA	Promedio dias estancia por HTA
CONTRIBUTIVO	97.396	31.070	3	1.347	1,4%	462	1,5%	3	4.136	3
SUBSIDIADO	29.228	20.920	1	601	2,1%	401	1,9%	1	2.863	5

Fuente: RIPS reportados por asegurador año 2010

TABLA 15
HOSPITALIZACIÓN POR DIABETES MELLITUS POR REGIMEN DE ASEGURAMIENTO AÑO 2010

REGIMEN	Total de hospitaliza	Total personas hospitaliza	Intensidad de uso	Total de hospitaliza por DM	% de hospitaliza de DM en el total	Total de personas hospitaliza por DM	% Personas hospitaliza por DM del total	Intensidad de uso especifica por DM	Dias de estancia por DM	Promedio dias estancia por DM
CONTRIBUTIVO	126.624	51.990	2	1.948	1,5%	863	1,7%	2	6.999	4
SUBSIDIADO	29.228	20.920	1	441	1,5%	318	1,5%	1	3.213	7

Fuente: RIPS reportados por asegurador año 2010

CONSULTAS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) POR REGIMEN DE ASEGURAMIENTO AÑO 2010

REGIMEN	Total consultas	Total personas consulta	Intensidad de uso	Total de consultas por HTA	% de consultas de HTA en el total	Total de personas que consulta n por HTA	% Personas que consultan por HTA del total	Intensidad de uso especifica por HTA
CONTRIBUTIV	1.735.285	430.234	4,0	209.707	12,1%	29.239	6,8%	7,2
SUBSIDIADO	212.234	127.493	1,7	18.879	8,9%	16.143	12,7%	1,2

Fuente: RIPS reportados por asegurador año 2010

TABLA No. 16
CONSULTAS POR DIABETES MELLITUS (DM) POR REGIMEN DE ASEGURAMIENTO AÑO 2010

REGIMEN	Total consultas	Total personas consulta	Intensidad de uso	Total de consultas por Diabetes	% de consultas de DM en el total	Total de personas que consulta n por DM	% Personas que consultan por DM del total	Intensidad de uso especifica por DM
CONTRIBUTIVO	1.735.285	430.234	4,0	43.322	2,5%	6.162	1,4%	7,0
SUBSIDIADO	212.234	127.493	1,7	4.673	2,2%	3.450	2,7%	1,4

Fuente: RIPS reportados por asegurador año 2010

Una persona con hipertensión se hospitaliza más veces en el año en el Régimen contributivo (3 hospitalizaciones) que en el Subsidiado (1 hospitalización), sin embargo, el promedio de días de hospitalización, es decir, el promedio de días que dura una persona hospitalizada cada vez que se hospitaliza es mayor en el régimen subsidiado (3 y 5 días respectivamente). En cuanto a las consultas en los programas ambulatorios para Hipertensión se observa un mayor número de controles por persona en el año en el contributivo (7 controles por persona al año) que en el subsidiado (1 control por persona), situación que probablemente podría explicar que las personas del régimen subsidiado tengan mayores días de estancia hospitalaria, por el bajo control en los programas, que hace que cuando llegue a los servicios, busquen los niveles de mayor complejidad, con las respectivas complicaciones de la no intervención oportuna, sin embargo, llama la atención que en el contributivo, a pesar de que se tienen más controles en el año, una misma persona se hospitalice más veces, lo que podría hacer pensar en el fortalecimiento de la calidad de estos

Programas con enfoque de riesgo y en el redireccionamiento de estos usuarios hospitalizados a los programas y su captación.

Para la Diabetes Mellitus los días promedio de estancia hospitalaria son mayores para ambos regímenes que en la hipertensión, 4 días para Diabetes en el contributivo comparado con 3 en Hipertensión y para subsidiado 7 días para Diabetes comparado con 5 días para hipertensión, esto es preocupante, pues la Diabetes es una de las patologías que están llevando con mayor rapidez a Enfermedad renal Terminal y la situación es aún más preocupante cuando los usuarios tienen ambas patologías, lo anterior indica el fortalecimiento de los programas de prevención y control, no sólo en frecuencia de consultas para los usuarios al año (al igual que en hipertensión, en el subsidiado las personas con Diabetes tienen un número menor de consultas al año, 1 consulta, comparado con el contributivo 7 consultas), sino también en mejorar la calidad de los programas, pues a pesar de tener un mayor número de controles en el caso del contributivo, una misma persona se

hospitaliza más veces en el año que en el subsidiado (3 hospitalizaciones por persona para hipertensión en el contributivo comparada con 1 hospitalización en el subsidiado y para Diabetes 2 hospitalizaciones por persona en el contributivo comparada con 1 hospitalización del Subsidiado). Es importante el análisis en las organizaciones de las hospitalizaciones de estas patologías, pues las mismas se considerarían hospitalizaciones evitables, pues existen programas de control y prevención para la identificación oportuna y su manejo eficaz.

Algunas EPS con menor número de afiliados en la ciudad presentaron mayor reporte de hospitalizaciones y consultas o también algunos valores extremos en días promedio de hospitalizaciones superiores a 29 días en estas patologías, situaciones que llevan a pensar en que hay que realizar un plan de mejoramiento en la calidad del RIPS, pero que definitivamente es una fuente importante de información.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIO CEREBRO VASCULARES Y RENALES CRÓNICAS

Comportamiento de la mortalidad por ECNT Cali - 2010

Durante el 2010 se registraron en la base de mortalidad de la SSPM Cali un total de 12.265 defunciones, de estas 6.148 (50,12%) estuvieron relacionadas con enfermedades crónicas, siendo los tumores los que aportan en mayor proporción a la mortalidad; la enfermedad hipertensiva sumada a las complicaciones Cerebrovasculares aportaron cerca del 30% de la mortalidad. Sin embargo, podría haber un subregistro de la información debido a que aún persisten los problemas de clasificación de causa básica de muerte en los certificados de defunción.

TABLA No. 17
DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES CRONICAS. CALI 2010

CAUSA BASICA DE DEFUNCION	Femenino	Masculino	Total general	%
Neoplasias malignas	1324	1117	2441	40%
Enfermedades Cerebrovasculares	531	388	919	15%
Enfermedades Hipertensivas	429	458	887	14,4%
Enfermedades Cardiacas Isquémicas	311	355	666	11%
Otras formas de Cardiopatía	167	234	401	7%
Diabetes mellitus	170	145	315	5%
Insuficiencias renales	90	90	180	3%
Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares	62	73	135	2%
Enfermedad Cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	63	40	103	2%
Cardiopatías reumáticas crónicas	26	11	37	0,60%
Enfermedades de vena, vasos linfáticos y nodos linfáticos, no clasificadas en otra parte	22	12	34	0,55%
Neoplasias in situ y neoplasias de comportamiento incierto o desconocido	10	19	29	0,47%
Otros trastornos del sistema circulatorio y trastorno		1	1	0,02%
Total general	3205	2943	6148	100%

En todo el grupo de enfermedades crónicas la mortalidad fue proporcionalmente mayor en mujeres (52,1%) que en hombres. Se registraron 887 defunciones por enfermedad hipertensiva para una tasa ajustada de mortalidad de 35,9 por 100000 hb. siendo mayor a la del año 2009; presentándose más defunciones en los hombres por esta causa. Se registraron 315 defunciones por diabetes para una tasa de mortalidad ajustada por esta causa de 12,8 por 100000 hb. menor a la registrada en 2009; se registraron más defunciones por esta causa en las mujeres.

Mortalidad prematura por enfermedades ECV-ECCV-ERC- 2010:

Durante el año 2010, 766 personas fallecieron prematuramente a causa de alguna complicación cardíaca, cerebral o renal; 96 sucedieron en personas menores de 45 años y 670 en personas entre 45 a 64 años; la mayor proporción sucedió en hombres entre 45 y 65 años (50%), sin embargo en el grupo de menores de 45 años fueron más las mujeres que murieron prematuramente.

TABLA No 18.
Casos de Mortalidad prematura por ECV ECCV y renal por grupo de edad y sexo. Cali. 2010

CAUSA BASICA DE DEFUNCION	Menores de 45 años			De 45 a 65 años			Total General
	Femenino	Masculino	Subtotal	Femenino	Masculino	Subtotal	
Enfermedades Cerebrovasculares	18	11	29	91	87	178	207
Enfermedades Hipertensivas	9	8	17	59	109	168	185
Enfermedades Cardiacas Isquémicas	6	16	22	51	102	153	175
Diabetes mellitus	8	5	13	47	43	90	103
Insuficiencias renales	5	3	8	24	18	42	50
Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares	2	1	3	10	19	29	32
Enfermedades de vena, vasos linfáticos y nodos linfáticos, no clasificadas en otra parte	2	2	4	5	5	10	14
Total general	50	46	96	287	383	670	766
% Sexo en relación al total	7%	6%		37%	50%		
% Sexo por cada grupo de edad	52%	48%		43%	57%		

Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

Las enfermedades Cerebrovasculares y la enfermedad hipertensiva fueron responsables del 51,1% de las muertes prematuras y la diabetes mellitus fue responsable de cerca del 13,4%.

En relación con régimen de seguridad social, el 39% de los fallecidos prematuramente pertenecían al régimen contributivo, 37% al régimen subsidiado y 18% eran no afiliados. Dentro de los afiliados al SGSSS dentro del régimen subsidiado Emssanar (15%), Calisalud (6%) y Caprecom (5,1%) fueron los que más casos de mortalidad prematura aportaron, en el régimen contributivo fueron Nueva EPS (13%), Coomeva (5,9%) y EPS S.O.S (4,7%).

TABLA No 19. Casos de Mortalidad prematura por ECV ECCV y renal por EPS. Cali. 2010

EPS C Y S	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Hipertensivas	Enfermedades Cardiacas Isquemicas	Diabetes mellitus	Insuficiencias renales	Enfermedades de arterias	Enfermedades de vena	Total general	%
EMSSANAR	34	27	32	17	4	2	2	118	15%
NUEVA EPS	28	20	20	16	11	2		97	13%
CALISALUD*	16	11	8	8	1	1	1	46	6,0%
COOMEVA	11	12	7	6	4	3	2	45	5,9%
CAPRECOM	10	8	9	6	2	4		39	5,1%
COOSALUD	8	13	8	6	1	2		38	5,0%
EPS S.O.S.	11	9	11	3	2			36	4,7%
COMFENALCO	9	7	5	4	1	1		27	3,5%
SALUDCOOP	7	5	8		4	3		27	3,5%
SALUD TOTAL	1	5	4	1	4		1	16	2,1%
CRUZ BLANCA	4	5	2	2		1		14	1,8%
CONDOR	4	5		4				13	1,7%
CAFESALUD	2	1	5	1	1	1		11	1,4%
POLICIA NACIONAL	1	4	2	2				9	1,2%
COLMEDICA	1	3	1	1		1		7	0,9%
SELVASALUD	2	1	1	1	2			7	0,9%
SUSALUD	1	3	1	1		1		7	0,9%
ASMET SALUD	1	1	1	1	1			5	0,7%
MAGISTERIO	2	1	2					5	0,7%
SURA		1	1	1	1	1		5	0,7%
OTRAS EPS	11	8	8	5	3	1	1	37	4,8%
SD	43	35	39	17	8	8	7	157	20,5%
Total general	207	185	175	103	50	32	14	766	100%

En relación con comuna, son las comunas 14, 13, 8, 6 y 10 las que más casos aportan en el orden respectivo; llama la atención que son las comunas del distrito de Agua Blanca, las que, a pesar de caracterizarse por tener población más joven, son las que más casos de mortalidad prematura registran; es necesario profundizar en el análisis, para el monitoreo adecuado en el tiempo de este indicador de impacto de las acciones preventivas en hipertensión y diabetes. Con relación a cada grupo de patologías se observa que para las Enfermedades Cerebrovasculares y Cardiacas Isquémicas la comuna 13 presentó el mayor número de casos, para las Enfermedades Hipertensivas y Diabetes Mellitus la comuna 14 presentó el mayor número de casos y la comuna 6 para las Insuficiencias renales.

TABLA No. 20 Casos de Mortalidad prematura por ECV-ECCV y renal por comuna. Cali. 2010

Comuna	Enfermedades Cerebrovasculares	Enfermedades Hipertensivas	Enfermedades Cardiacas Isquemicas	Diabetes mellitus	Insuficiencias renales	Enfermedades de arterias	Enfermedades de vena	Total general	%
1	3	5	3		1			12	2%
2	8	4	6	2	2		1	23	3%
3	6	4	3	5	1			19	2%
4	8	7	4	4	2	4		29	4%
5	5	5	3	3	1	1	1	19	2%
6	12	9	12	8	5	2		48	6%
7	4	10	3	4	3	2	2	28	4%
8	14	11	11	8	3	4	1	52	7%
9	7	8	5	1	3		1	25	3%
10	7	9	14	3	4	1	2	40	5%
11	8	4	12	1	1	1	1	28	4%
12	4	12	3	4	1		1	25	3%
13	22	15	16	10	4	2	1	70	9%
14	18	17	15	17	3	2		72	9%
15	9	10	11	4	2	3		39	5%
16	10	13	8	3	3	1		38	5%
17	8	10	7	1	2	3		31	4%
18	10	3	6	3	4	1		27	4%
19	9	4	9	4		1	2	29	4%
20	8	7	2	4	1	1		23	3%
21	15	7	8	7	2			39	5%
Rural	3	5	2	2	0	2	0	14	2%
SD	9	6	12	5	2	1	1	36	5%
Total general	207	185	175	103	50	32	14	766	100%

Con relación a la etnia del total de casos de Mortalidad Prematura, 144 casos (19%) pertenecían a la población afrocolombiana y 7 casos (1%) a la población Indígena.

TABLA No. 21
Casos de mortalidad prematura por ECV- ECCV y renal según grupo étnico. Cali. 2010

CAUSA BASICA DE DEFUNCION	1:Indígena	2:ROM-Gitano	4:Palenquero	5:Negro-Mulato-AfroColombiano	6:Ninguno de los anteriores	9:Sin Información	Total general
Diabetes mellitus				20	77	6	103
Enfermedades Cardíacas Isquémicas	2		1	24	142	6	175
Enfermedades Cerebrovasculares	1	2		47	140	17	207
Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares	1		1	1	29		32
Enfermedades de vena, vasos linfáticos y nodos linfáticos, no clasificadas en otra parte				1	12	1	14
Enfermedades Hipertensivas	3	1		39	134	8	185
Insuficiencias renales				12	33	5	50
Total general	7	3	2	144	567	41	766

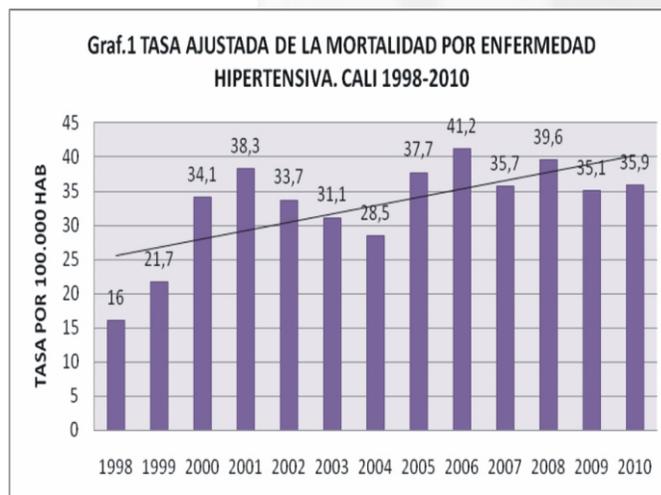
Comportamiento histórico de la mortalidad 1998-2010

En el año 2010 se logró recuperar, con el apoyo del área de sistemas de la oficina de vigilancia, la información de mortalidad del período 1998 a 2002 y se complementó el análisis de tendencia a través del cálculo de la tasa anual ajustada por edad, quedando reconstruida para el caso de HTA y Diabetes del período 1998 a 2009 y en el primer trimestre del 2010 se complementó la información para los casos del 2010.

Mortalidad por Hipertensión

En el año 2010 se registraron 887 muertes por hipertensión, para una tasa cruda de 39,5 por 100.000 hb. y una tasa ajustada de 35,9 por 100.000 hb.; Las

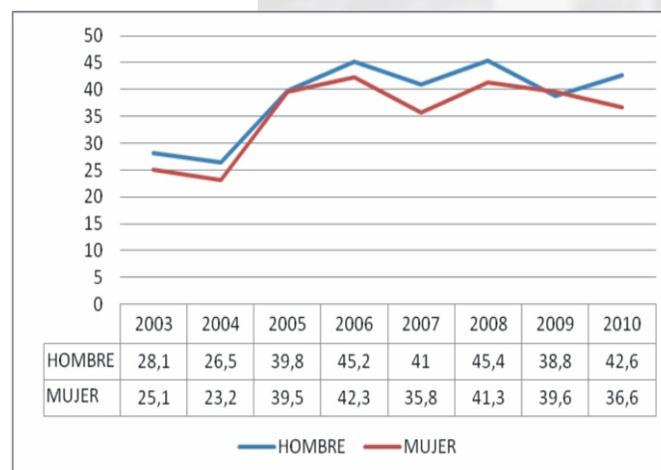
enfermedades hipertensivas se constituyeron, para este año, en la tercera causa de muerte entre el grupo de las enfermedades crónicas ocasionando cerca del 14,4% de las muertes. El comportamiento de la mortalidad por esta causa en el período 1998 a 2010 es hacia el incremento de la tasa.



Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

En el período 2003 a 2008 la hipertensión causó mayor mortalidad en hombres que en mujeres; para el año 2009 se observó un acercamiento entre los dos géneros pero en el 2010 nuevamente se observa una mayor mortalidad por esta causa en los hombres.

Graf. 4. Tasa de Mortalidad por Enfermedad Hipertensiva específica por sexo. Cali 2003-2010

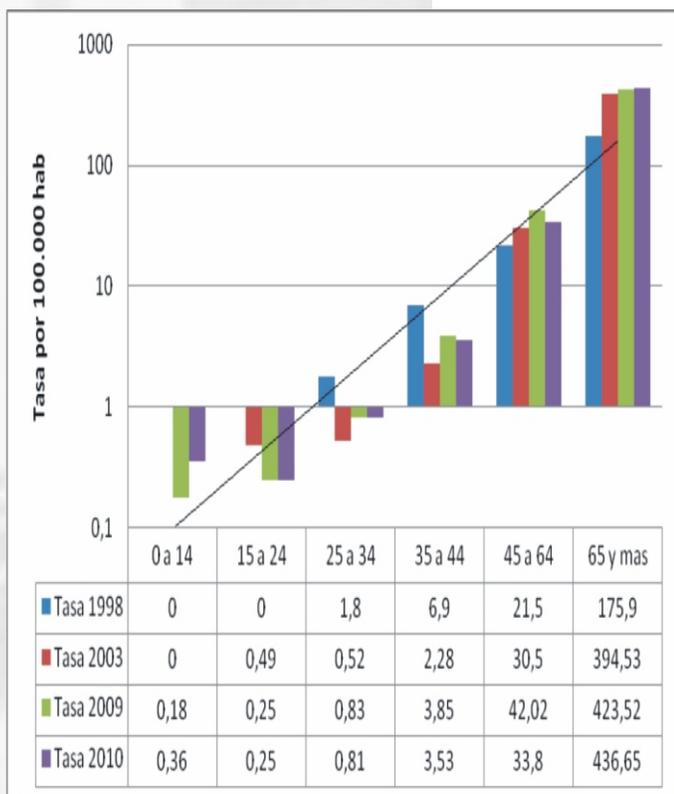


Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

En relación con la edad, en el año 2010 se registraron 17 muertes prematuras, 6 de ellas en personas menores de 35 años y 11 en personas entre 35 y 44 años; al comparar el comportamiento por grupo de edad en el período 1998 a 2003, al inicio (1998), a mitad y al final del período analizado (2010) se evidencia una leve disminución en comparación con el 2009 en donde

hubo un incremento de la tasa en todos los grupos de edad y en relación con mortalidad prematura, la tasa pasó, en el grupo de 0 a 14 años, de 0 al inicio y mitad del período a 0,36 al final del período analizado y en el grupo de 15 a 24 años pasó de 0 al inicio a 0,49 a mitad del período y decreció para el final del período a 0,25, es decir al final del período analizado se registraron muertes prematuras en población menor de 24 años por esta causa.

Graf. 5 Tasa de Mortalidad por Hipertensión específica por edad. Cali comparativo 1998-2010

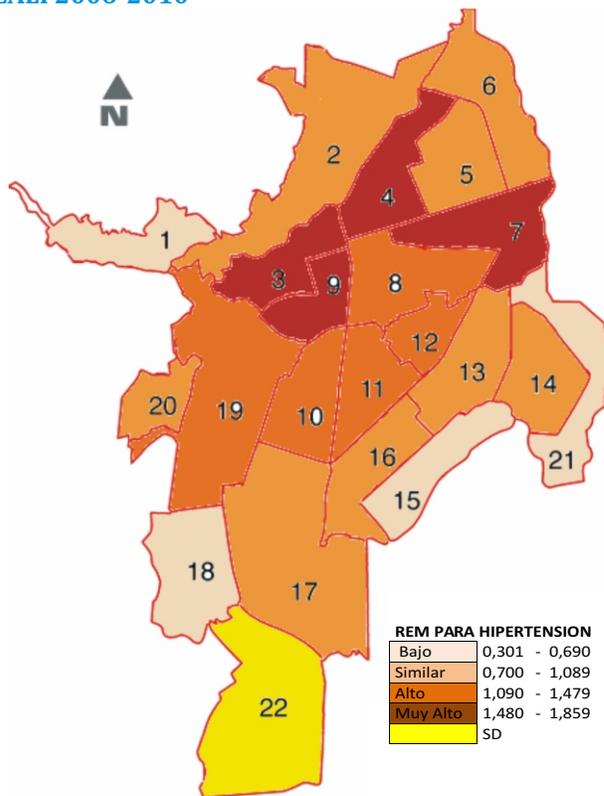


Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

En cuanto al riesgo diferenciado por comuna: en el período 2006 a 2010, se observa que las comunas con exceso de mortalidad por Hipertensión, muy por encima del riesgo de la ciudad fueron las comunas 3, 4, 7 y 9: "Riesgo muy alto".

Las comunas 8,10,11,12, 19 y Rural presentan "riesgo alto" con una REM alta por encima de la de Cali; las comunas 2,13,14,16,17 y 20 presentan un "riesgo similar" al de la ciudad y las comunas 1,5,6,15,18 y 21 presentan un "riesgo bajo" comparado con el de la ciudad, de la comuna 22 no se encontraron registros lo cual se puede considerar como un subregistro en la base de datos.

REM PARA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA POR COMUNA. CALI 2006-2010

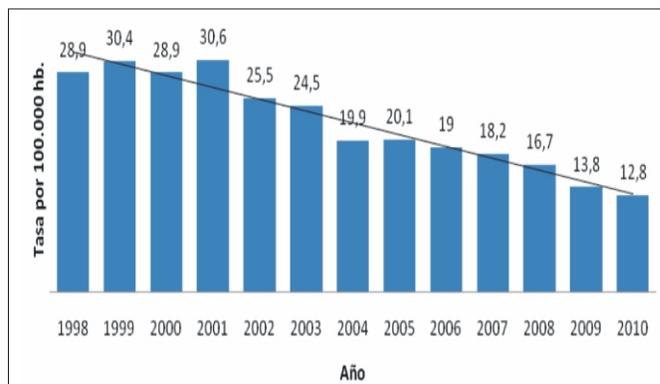


Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali, Proyecciones población DANE

Mortalidad por Diabetes

En el año 2010 se registraron 315 muertes por Diabetes, para una tasa cruda de mortalidad por esta causa de 14,03 por 100.000hb. y una tasa ajustada de 12,8 por 100.000 hb.; entre el grupo de enfermedades crónicas, la Diabetes se constituyó en la cuarta causa de muerte en la ciudad, con aproximadamente el 13,4% del total de muertes por causas crónicas; el comportamiento de la mortalidad por esta causa, en el período comprendido entre el año 1998 al 2010 es hacia la reducción de la tasa.

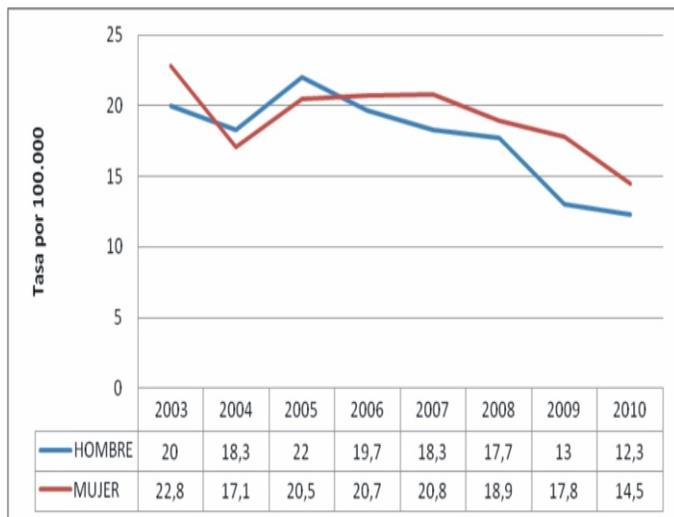
Graf. 6. Tasa ajustada de la Mortalidad por Diabetes Mellitus. Cali 1998-2010



Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

Según edad y sexo, en el período analizado (2003 a 2010), la mortalidad fue mayor en los hombres en los años 2004 y 2005, en los años 2003 y a partir del año 2006 hasta 2009 la tasa de mortalidad fue mayor en las mujeres.

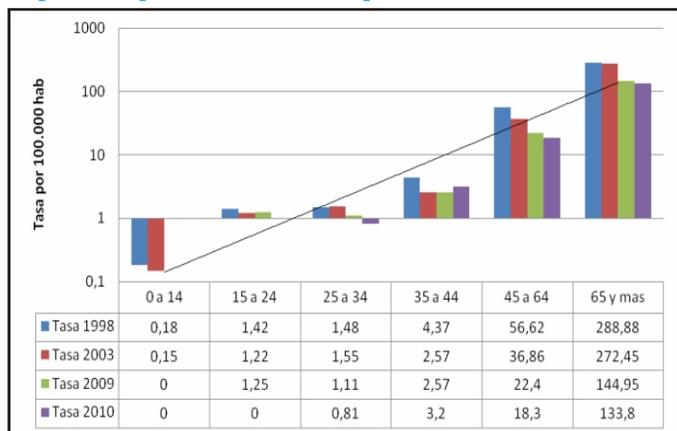
Graf. 7. Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus específica por sexo. Cali 2003-2010



Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

En relación con la edad, en el año 2010 se registraron 13 muertes prematuras, 3 de ellas en personas menores de 35 años y 10 en personas entre 35 y 44 años; al comparar el comportamiento por grupo de edad en el período 1998 a 2003, al inicio (1998), a mitad y al final del período analizado (2010) se evidencia el incremento de la tasa en algunos grupos de edad y en relación con mortalidad prematura, la tasa pasó, en el grupo de 0 a 14 años, de 0,18 y 0,15 al inicio y mitad del período a 0 al final del período analizado y en el grupo de 15 a 24 años pasó de 1,42 al inicio a 1,22 a mitad del período y decreciendo aún más para el final del período a 0, es decir al final del período analizado no se registraron muertes prematuras en población menor de 24 años por esta causa.

Graf. 8 Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus específica por edad. Cali comparativo 1998-2010

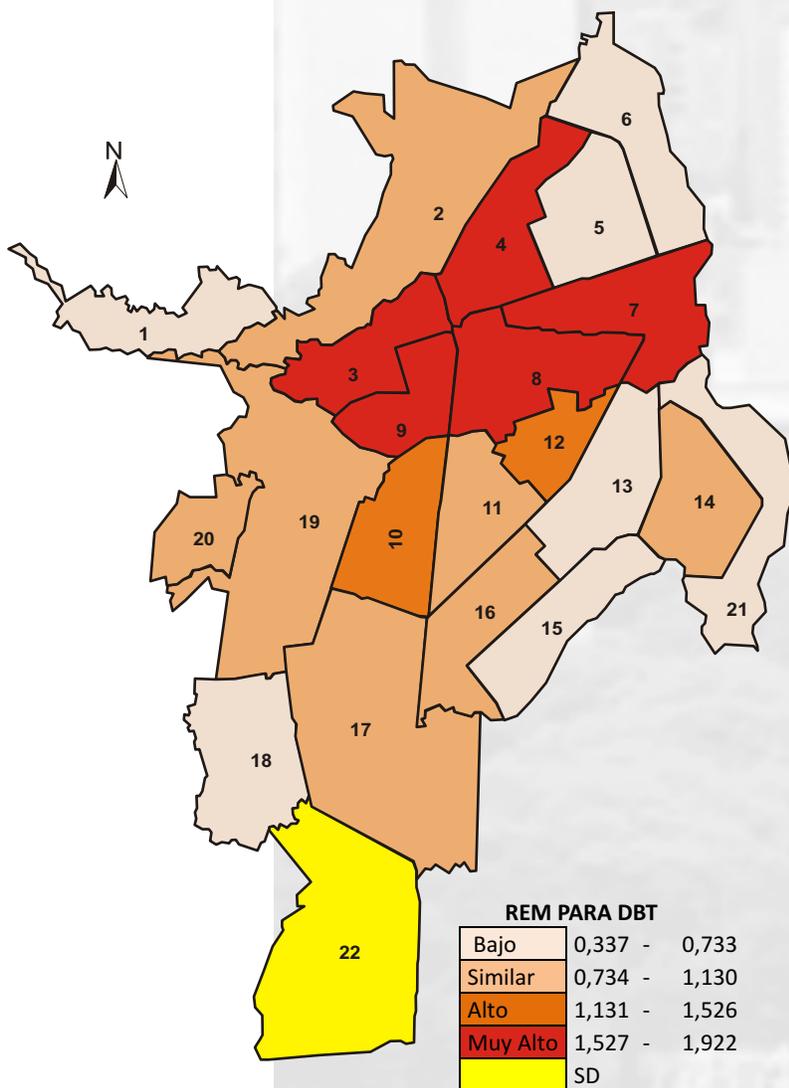


Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali

En cuanto al riesgo de mortalidad diferenciado por comuna:

Las comunas con exceso de mortalidad por Diabetes muy por encima del riesgo de la ciudad fueron las comunas 3, 4, 7, 8 y 9: “Riesgo muy alto”; las comunas 10 y 12 presentan “riesgo alto” con una REM alta por encima de la de Cali; las comunas 2,11,14, 16, 17, 19, 20 y Rural presentaron un “riesgo similar” al de la ciudad y las comunas 1,5,6,13,15,18 y 21 presentaron un “riesgo bajo” comparado con el de la ciudad.

REM PARA DIABETES MELLITUS POR COMUNA. CALI 2006-2010



Fuente: Base de mortalidad. SSPM Cali, Proyecciones población DANE

CONCLUSIONES

Este año finaliza el cuatrienio del Plan Territorial de Salud y se deberá evaluar el cumplimiento de las metas trazadas en el 2008 por las entidades territoriales y cada una de los aseguradores. Sin embargo, las fuentes de información existentes en el municipio sobre los programas de promoción y prevención, morbilidad y mortalidad con relación a las enfermedades crónicas como lo son los RIPS, certificados de defunción, base de datos de la cuenta de alto costo, tienen deficiencias en mayor y menor proporción y no han permitido tener una información más precisa sobre la magnitud del problema de ECNT en la población caleña, para una oportuna toma de decisiones y la programación de objetivos, acciones y metas para el próximo Plan Nacional de Salud Pública para el decenio (2012-2021).

Debido a esta situación la Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali en el programa de Estilos de Vida saludable, ha propuesto una serie de instrumentos para la estandarización y seguimientos de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, los cuales son de libre acceso, entre estos se encuentran: El Instrumento para el Tamizaje de factores de riesgo de Enfermedades crónicas, la Historia Clínica para pacientes con enfermedad crónica, Instrumento de registro y seguimiento de pacientes inscritos en los programas de PyP, formato de Investigación de casos de mortalidad temprana por enfermedad crónica y el instrumento para la elaboración de planes de mejoramiento.

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario que este año con el liderazgo de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, se generen los espacios para que las aseguradoras presenten los avances en el cumplimiento de las metas planteadas para el cuatrienio y socialicen las estrategias y experiencias exitosas que permitirá:

1. Evidenciar y calcular la existencia de factores de riesgo (FR) epidemiológicamente asociados a las enfermedades crónicas y generados por ciertos estilos de vida ligados a conductas y hábitos no saludables, como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, dieta inadecuada, las cuales conllevan, a su vez, a obesidad, hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

2. Fortalecer Las acciones de prevención de estas enfermedades y de muertes prematuras, si se interviene oportunamente sobre los factores de riesgo

En el año 2010 la OPS en reunión con varios países de Sur América acordaron como prioridades en la

prevención y control de las enfermedades crónicas las siguientes estrategias:

1. Fortalecer la capacidad técnica de los equipos que coordinan las acciones de prevención y control de ECNT.

2. Los espacios institucionales que coordinan las ECNT deben abarcar integralmente las líneas de políticas públicas, vigilancia, promoción de la salud y manejo de enfermedades y para ello establecer las relaciones institucionales.

3. Mejorar la calidad de los registros de mortalidad.

4. Necesidad de indicadores comunes para la subregión sobre factores de riesgo morbilidad y mortalidad por ECNT, con prioridad para el tabaco, dieta no saludable inactividad física, obesidad y alcohol y para cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

5. Que se establezcan mecanismos que aseguren el acceso universal a los medicamentos esenciales como prerequisite para el manejo de las ECNT.

6. Definir una lista de medicamentos.

7. Fortalecer los mecanismos de detección temprana y tratamiento de las personas con factores de riesgo priorizados.

8. Desarrollar estrategias para que los servicios de atención primaria de salud fortalezcan la capacidad de autocuidado, con prioridad para los pacientes con diabetes e hipertensión.

9. Desarrollar estrategias para que los servicios de APS fortalezcan los cuidados paliativos domiciliarios y la rehabilitación.

10. Necesidad de cooperación técnica para fortalecer y desarrollar la promoción y el enfoque poblacional en EC.

11. Capacitación para la negociación y el trabajo multisectorial de los equipos técnicos de ECNT.

Cambios necesarios en líneas estratégicas:

1. Desarrollar un marco estratégico y un esquema de financiación que facilite un enfoque poblacional, con herramientas informáticas que permitan la segmentación de la población en función del riesgo, con un sistema de información para su evaluación y mejora,

y la existencia de contratos-programa y de desarrollo de políticas socio-sanitarias e intersectoriales.

2. Potenciación de la salud comunitaria que permita definir estrategias en los planes de salud, alianzas entre los agentes de la comunidad y facilitar el uso por los participantes de recursos complementarios al sistema, como son los existentes en la comunidad.

3. Cambios necesarios en el modelo asistencias. Esto implica una atención más centrada en el paciente, con una mayor definición de roles y competencias profesionales adecuadas a la cronicidad, la potenciación del trabajo en equipo multidisciplinario, una mayor integración y continuidad asistencial.

4. Apoyo al autocuidado. Lo que incluye iniciativas para facilitar la evaluación de la autocompetencia por el propio paciente y por el cuidador cuando resulte necesario.

5. Apoyo a la toma de decisiones por los profesionales. Para ello se requieren estrategias que faciliten el uso en la práctica clínica de guías y protocolos compartidos entre los diferentes entornos asistenciales (Hospital, APS); el desarrollo de iniciativas dirigidas a la evaluación y mejora de la competencia profesional; habilitar vías de comunicación fluidas para facilitar la consultoría entre profesionales en el ámbito clínico, pero también para resolver la problemática social y la aplicación de los valores de la bioética en la toma de decisiones clínicas.

6. Potenciación y mejora de los sistemas de información que permitan que la información sirva realmente para mejorar la práctica clínica. La integración de la información clínica del paciente en una historia clínica informatizada única, que sea compartida por todos los profesionales que atienden al paciente crónico y que facilite la comunicación entre profesionales, evitando la duplicidad de pruebas.

7. Fortalecer todas las acciones de IVC que garanticen que se ejecuten de manera apropiada los programas y se atienda integral y oportunamente a todos los pacientes y usuarios con factores de riesgo.

8. Fortalecer el sistema de vigilancia en HTA, DM y ERC de manera que se tomen medidas oportunas.

9. Generar un ranking público de manera que los ciudadanos tengan elementos de juicio para evaluar las EPS e IPS.

10. Evaluar las diferentes estrategias de promoción de dieta saludable y de la actividad física por parte de las EPS.

11. Evaluar las estrategias de control de pacientes.

12. Listar y clasificar de mayor a menor las estrategias de diagnóstico oportuno y de seguimiento.

REFERENCIAS

1. A. Rubinstein, V. Irazola, Enfrentando la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en los países en desarrollo: la creación de un Centro de Excelencia para combatir la enfermedad Cardiovascular en el Cono Sur, Boletín No 45. Año 2008.
2. Decreto 3039 Ministerio de la protección social Colombia 2007.
3. OPS, Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas, Noticiero mensual del programa de Enfermedades Crónicas de la OPS/OMS. Vol 4 No. 7-8, 2010.
3. A. Rubinstein, V. Irazola, Enfrentando la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en los países en desarrollo: la creación de un Centro de Excelencia para combatir la enfermedad Cardiovascular en el Cono Sur, Boletín No 45. Año 2008.
4. Cuenta de Alto Costo, Instructivo Reporte De Información Resolución 4700 ERC5 Fase 3- 2010
5. SECRETARIA DE SALUD DE CALI CEDETES Universidad del Valle. II Encuesta de Factores de Riesgo del comportamiento para enfermedades crónicas no transmisibles. Cali. 2007.
6. Situación de la Enfermedad Renal Crónica en Colombia 2009, Cuenta de Alto Costo, Bogotá D.C, Diciembre de 2010
7. Resolución 4700 Ministerio de la protección social Colombia 2008.

2011

BOLETÍN INFORMATIVO
DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI

