

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR



compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Estado de salud de la población afiliada a Compensar EPS · Informe 2007

Dirección
Néstor Rodríguez Ardila

Subdirección de Salud
Marta Sofía Giraldo de Trujillo

Gerencia Médica
Juan Carlos Rodríguez Jaillier

Elaborado por:
GESTIONAR INFORMACIÓN Y PROVEER SOPORTE A LA TOMA DE DECISIONES
Bogotá D.C. 2007

Olga Lucía Gómez Suárez
Administradora de Empresas Esp. Aseguramiento

Marco Eliseo Acosta
Estadístico

Arturo Rico Landazabal
MD. Ms. Salud Pública

Luis Edgar Ibarra Rosero
MD. Esp. Epidemiología y Economía

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ASPECTOS GENERALES	7
A. SITUACIÓN GEOGRÁFICA	8
B. FINANCIAMIENTO	11
III. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	13
A. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL	16
B. ACTIVIDAD SOCIOECONÓMICA	20
C. EDUCACIÓN	23
IV. ESTADO DE SALUD	25
V. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	33
VI. MORBILIDAD	39
A. MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA	40
1. MEDICINA GENERAL	40
2. PEDIATRÍA	44
3. MEDICINA ESPECIALIZADA	47
B. MORBILIDAD HOSPITALARIA	50
1. ATENCIÓN OBSTÉTRICA	50
2. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA	53
3. HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA	56
4. CIRUGÍA AMBULATORIA	59
5. IV NIVEL	62
C. MORBILIDAD URGENCIAS	64
D. MORBILIDAD ODONTOLÓGICA	67
VII. MORTALIDAD	71
VIII. CONCLUSIONES	75



I. Introducción

I. INTRODUCCIÓN

Presentamos el informe del Estado de Salud de la Población afiliada a COMPENSAR, correspondiente al 2007, en el cual se evidencia su perfil sociodemográfico, económico, de factores asociados a su proceso de salud-enfermedad, la morbilidad y mortalidad asociada y las principales acciones encaminadas a preservar la salud de nuestros afiliados.

Este documento se constituye un referente para nuestros usuarios, la comunidad y la organización, para evaluar los cambios y la forma como éstos nos permiten presentar un balance social que se traduce en mejor salud para nuestros afiliados.

El modelo de nuestra organización está orientado al mantenimiento y recuperación de la salud, por lo cual son prioritarios los temas que nos ayuden a identificar las necesidades y prioridades, las intervenciones y programas apropiados y la evaluación del impacto en la salud y calidad de vida de la población afiliada a Compensar.

Es además un componente técnico para los procesos de planeación, gerencia y toma de decisiones, especialmente en el apoyo a la definición de prioridades, a la formulación de estrategias de promoción y prevención de la enfermedad, control de riesgos y a la definición de diferentes escenarios prospectivos en este campo.

COMPENSAR EPS se apoya en sistemas de información de avanzada, que incluyen el Data Ware House denominado sistema de información de apoyo al Gestión EUREKA, el cual permite entregar una visión integral de la organización, detectar dificultades estratégicas (aquellos que tienen un mayor impacto cualitativo y cuantitativo en los servicios y en sus costos) y exponer acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción, la organización y gestión de los servicios de salud.



II. Aspectos Generales

II. ASPECTOS GENERALES

A. SITUACIÓN GEOGRÁFICA

Compensar, tiene su sede principal en Bogotá D.C., con un área de influencia predominante en el Distrito Capital y en los Municipios vecinos de Cundinamarca y Boyacá. Contamos con aprobación para afiliarse en los departamentos de Boyacá, Cundinamarca y en Bogotá D.C. en los siguientes municipios:

- Boyacá: Nobsa, Duitama, Sogamoso y Tunja.
- Cundinamarca: Soacha, Chía, Girardot, Tocancipá, Facatativa, Villeta, Zipaquirá, Cajicá, Tabío, Subachoque, Sibaté, Funza, Mosquera, Madrid, La Calera, Cota, Fusagasugá, Agua de Dios, Cáqueza, Choachí, Gachancipá, Sopó, Tenjo, Bojacá, El Colegio, Fómeque, Guachetá, La Mesa, Ubaté, Nemocón, Sesquilé y Vergara.
- Bogotá D.C.

La población se distribuye geográficamente con una participación prioritaria en Bogotá (98.1%), seguida por los Municipios vecinos de Cundinamarca y Boyacá, y una participación menor en el resto de Departamentos del país (Ver tabla 1). Para dar respuesta a las necesidades de salud de esta población, Compensar dispone de una amplia red nacional de prestación de servicios de salud, que permite atender a sus afiliados en el territorio nacional.

Tabla 1. Distribución por departamentos de la población afiliada a Compensar. Año 2007

Departamento	Población	%
Bogotá	604.789	98,1 %
Cundinamarca	11.497	1,9 %
Boyacá	261	0,0 %
Nariño	12	0,0 %
Valle	8	0,0 %
Meta	8	0,0 %
Santander	2	0,0 %
Tolima	1	0,0 %
Risaralda	2	0,0 %
Antioquia	1	0,0 %
Córdoba	1	0,0 %
Cauca	1	0,0 %
Total	616.583	100,0 %

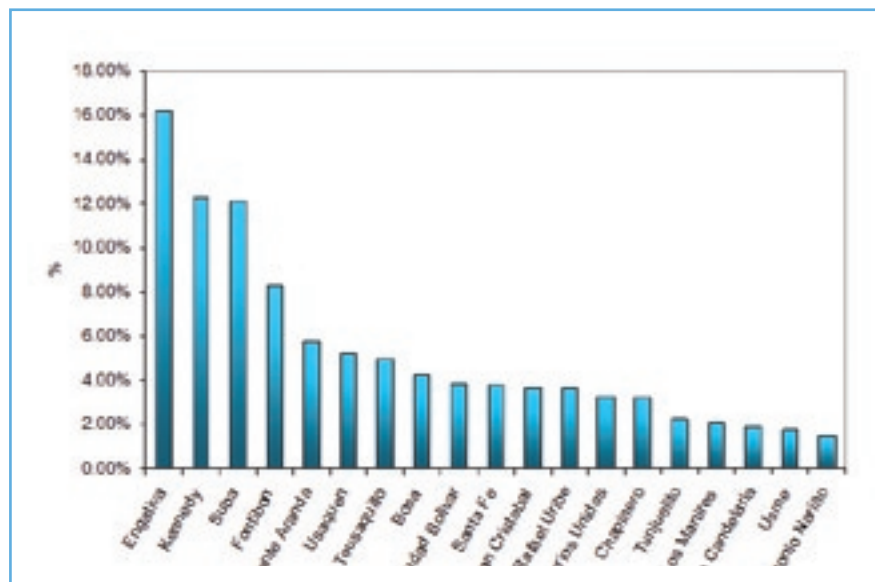
Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población.
Compensar, año 2007

En Bogotá, D.C. la población se ubica en las zonas norte occidental, sur occidental y centro oriental de la ciudad, como se puede observar en el mapa 1, aspecto que permite evaluar las necesidades en salud de la población por zonas, conforme a los factores condicionantes que interactúan en el ciclo salud-enfermedad-salud y las condiciones de acceso a los servicios de salud. Las localidades con mayor participación son Engativá (16%), Kennedy (12%), Suba (12%), Fontibón (8%) y Puente Aranda (6%), ver gráfica 1.

Mapa 1. Distribución por localidad de la población afiliada al régimen contributivo. Compensar, año 2007.



Gráfica 1. Distribución por localidades de residencia de la población afiliada al régimen contributivo. Compensar, año 2007.



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

B. FINANCIAMIENTO

El financiamiento del sector salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social, depende de variables macroeconómicas, las cuales en conjunto determinan la sostenibilidad del sistema. En la tabla 2 se puede observar cómo, pese al crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), unos puntos porcentuales por encima del IPC general, no alcanza a cubrir el incremento del IPC del sector salud y del salario mínimo, variables definitivas para la sostenibilidad del sistema. A continuación presentamos las variables más relevantes y su evolución.

Tabla 2. Evolución de la UPC, IPC general y salud, y salario mínimo. Años 1994 – 2007.

PERIODO	UPC Promedio	Tasa variación UPC	IPC (Inflación Consumidor)	IPC Salud	Crecimiento Salario Mínimo	Diferencia UPC vs IPC	Diferencia UPC vs Salario Mínimo
1994	141.600		22.59	26.78	21.1		
1995	121.000	-14.5	19.46	23.13	20.5	-34.01	-35.05
1996	144.595	19.5	21.63	22.20	19.5	-2.13	0.00
1997	174.999	21.0	17.68	21.47	21.0	-3.34	0.00
1998	207.362	18.5	16.70	20.53	18.5	1.80	0.00
1999	241.677	16.6	9.23	16.13	16.0	7.27	0.49
2000	265.734	10.0	8.75	10.30	10.0	1.25	0.00
2001	289.119	8.8	7.65	10.85	10.0	1.15	-1.15
2002	300.694	4.0	7.07	9.23	8.0	-3.07	-4.04
2003	323.316	7.5	6.49	8.62	7.4	1.04	0.05
2004	346.271	7.1	5.50	6.99	7.8	1.60	-0.75
2005	365.674	5.6	4.85	5.11	6.6	0.75	-0.96
2006	386.881	5.8	4.48	5.28	6.9	1.32	-1.14
2007	404.215	4.5	5.69	6.50	6.3	-1.21	-1.81

Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. DANE, www.dane.gov.co



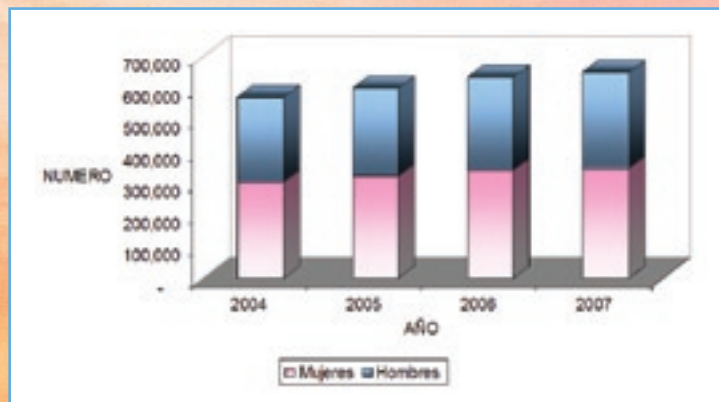
III. Aspectos Sociodemográficos

III. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La población afiliada a Compensar para el 2007 es de 650.385 personas, con un aumento progresivo desde que se aprobó la constitución del programa Compensar EPS por la Superintendencia de Subsidio Familiar en diciembre de 1994 y se autorizó el funcionamiento del programa Compensar EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en marzo de 1995.

La tasa de crecimiento interanual, está sujeta a los fenómenos dinámicos de entrada y salida de la población afiliada, principalmente relacionado con las condiciones de empleo, estacionalidad laboral y la capacidad económica para acceder al Régimen Contributivo. El promedio de crecimiento interanual es del 7%, destacándose un crecimiento mayor en el 2003 con un 10% de crecimiento respecto al año anterior (año 2002 478.664 y año 2003 526.529 con un crecimiento neto de 47.865), ver gráfica 3.

Gráfica 3. Población afiliada al Plan Obligatorio de Salud. Compensar, años 2002 a 2007



Fuente: SIA INTRANET - Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

En forma complementaria, los cambios en el tamaño poblacional, se asocian a la dinámica de los nacimientos, que explican el crecimiento vegetativo (Ver gráfica 4), observando que en el periodo 1999 a 2007, las tasas de natalidad y fecundidad presentan un descenso importante, con excepción del 2007 en que se observa un incremento de las tasas de fecundidad.

Los indicadores demográficos, comparados con los del país y Bogotá, para el 2007, presentan diferencias; es así como en Compensar la tasa general de fecundidad es de 54.1 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (Ver gráfica 4); para el resto del país, según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia² para el 2005, la tasa general de fecundidad es de 83 por cada mil mujeres en edad fértil en Colombia y de 77 por cada 1.000 mujeres en edad fértil en Bogotá.

En forma similar la tasa de natalidad en Compensar para el 2007 es de 15.3 nacidos vivos por cada 1.000 personas (Ver gráfica 4); según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia³ en el 2005, para Colombia es de 22.3 por cada 1.000 personas y para Bogotá de 20.1.

Gráfica 4. Evolución de las tasas general de fecundidad y natalidad en población afiliada a Compensar. Años 1999 a 2007



Fuentes: SAS – EGAS - Eureka (Data Warehouse). Compensar, año 2007

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2005, Profamilia

³ Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2005, Profamilia

A. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL

La composición de la población afiliada a Compensar por género es de 53% mujeres y 47% hombres, como se puede observar en la gráfica 5.

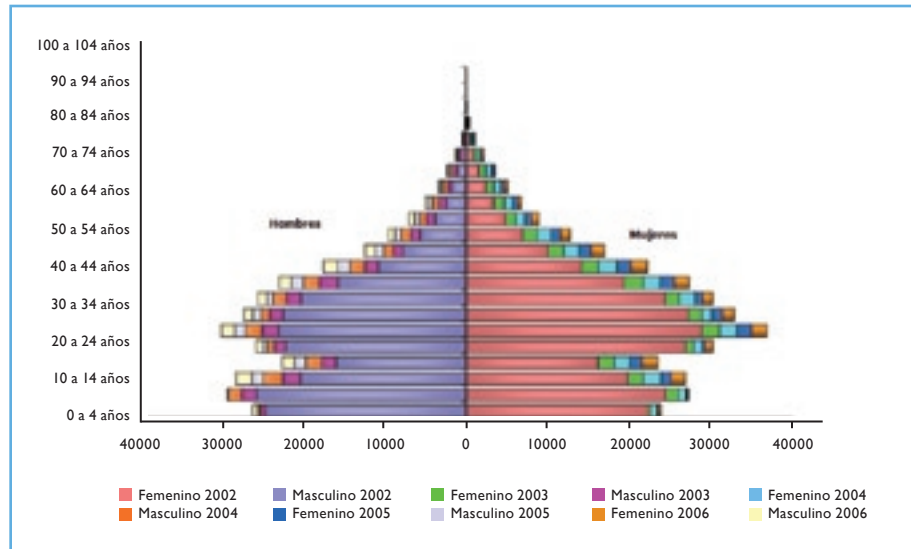
Gráfica 5. Distribución según género de la población afiliada a Compensar. Año 2007



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

La población en su gran mayoría la conforman personas jóvenes, es así como un poco más de la mitad de sus habitantes cuenta con menos de 30 años (53 %), en contraste los adultos mayores de 60 años, son un grupo menor (7.8 % de la población). En forma similar la pirámide poblacional de Compensar, permite observar algunas dinámicas, tales como la baja fecundidad, correspondiendo a una pirámide de población en transición, es decir, en proceso de cambio, evolucionando hacia una disminución en la fecundidad, estabilización en la mortalidad y fenómenos migratorios, estos últimos relacionados principalmente con la dinámica laboral, (Ver gráfica 6.)

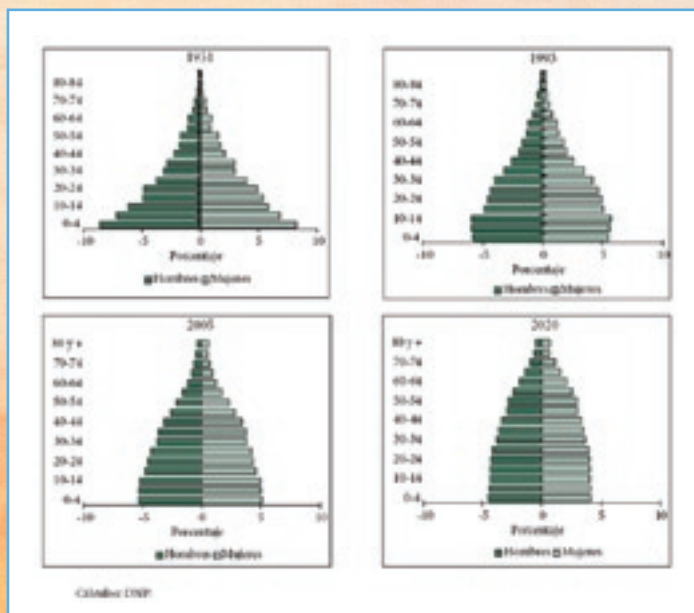
Gráfica 6. Pirámide poblacional afiliados a Compensar.
Años 2002 a 2007



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

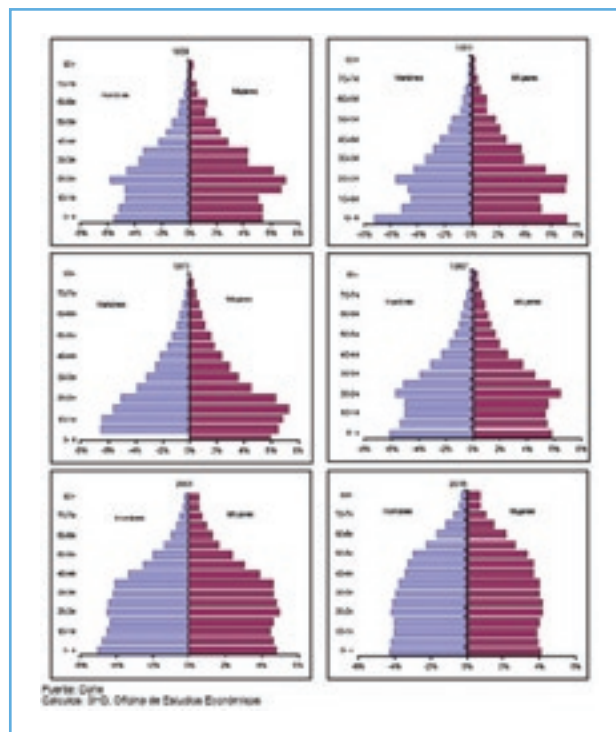
En forma comparativa las pirámides poblacionales de Bogotá, permiten observar fenómenos similares, con una transición hacia el envejecimiento de la población y disminución de las tasas de fecundidad y natalidad (Ver gráfica 7 y 8)

Gráfica 8. Pirámide poblacional Bogotá D.C. Años 1930 a 2015



Fuente: Cálculos DNP

Gráfica 8. Pirámide poblacional Bogotá D.C. Años 1930 a 2015

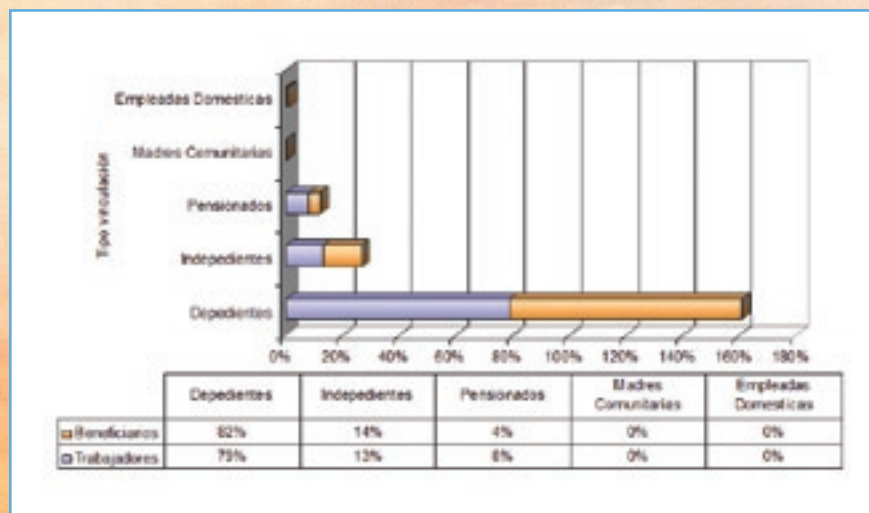


Fuente: DANE. Cálculos SHD, Oficina de Estudios Económicos

B. ACTIVIDAD SOCIOECONÓMICA

La población afiliada a Compensar, está compuesta por trabajadores dependientes, seguido por trabajadores independientes y en un menor porcentaje la población pensionada, madres comunitarias y servicio doméstico (Ver gráfica 9).

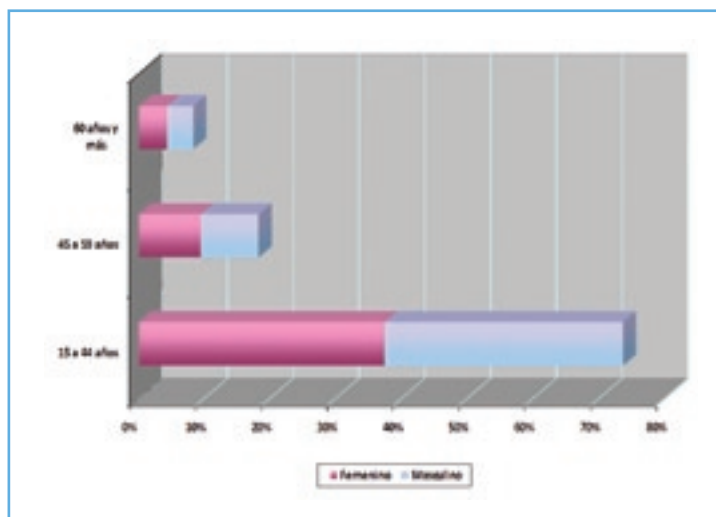
Gráfica 9. Distribución según tipo de vinculación de la población afiliada al Plan Obligatorio de Salud. Compensar, año 2007



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población, Compensar, año 2007

De la población cotizante, la mayor participación está en el grupo de edad entre 15 a 44 años (74%), la cual corresponde a población económicamente activa, que aporta al Sistema de Seguridad Social, seguido por el grupo de 45 a 59 años (18%) y los mayores de 60 años (8%), según se observa en la gráfica 10.

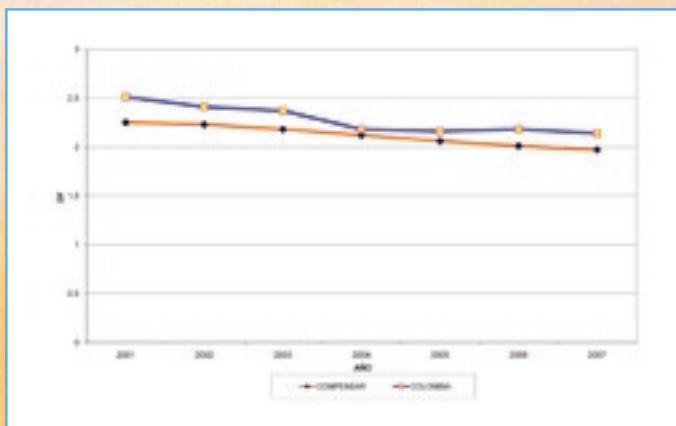
Gráfica 10. Distribución cotizantes según grupo de edad de la población afiliada al Plan Obligatorio de Salud. Compensar, año 2007



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

La densidad familiar en la población afiliada a Compensar disminuye entre los años 2001 a 2007, es así como se observa que para el 2001 es de 2.25, para el año 2004 es 2.12 y en el 2007 es de 1.97, asociada a la conformación familiar y a la posibilidad de empleo, con aumento de los trabajadores y disminución de los beneficiarios que dependen del empleado; estas cifras son comparativamente menores a los resultados generales del Sistema de Seguridad Social (densidad familiar), que pasa de 2.49 en el 2001, a 2.29 en el 2004 y 2.14 en el 2007⁴.

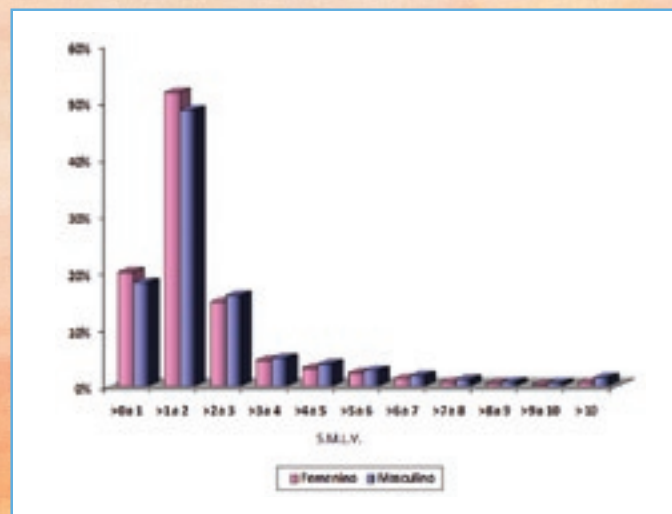
Gráfica 11. Comparativo densidad familiar Colombia - Compensar 2001 - 2007.



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, Año 2007

En forma complementaria la composición salarial, permite observar que el grupo con mayor número de aportantes se ubica entre 0 a 2 salarios mínimos (69%), seguido por los aportantes entre 2 a 4 salarios mínimos (20%) según se observa en la gráfica 12

Gráfica 12. Distribución según nivel salarial y género de la población cotizante afiliada al Plan Obligatorio de Salud. Compensar, año 2007



Fuente: Eureka (Data Warehouse), Módulo Población. Compensar, año 2007

⁴ Balance global de compensación y ajuste de la UPC 2006-2007. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Diciembre de 2007 (El dato del 2007 fue proyectado por los autores de este documento)

C. EDUCACIÓN

La educación de las personas influye directamente en su estado de salud, esta variable junto con los niveles de saneamiento, nutrición y capacidad económica son las que tienen mayor poder de predicción sobre el estado de salud resultante en una comunidad.

Es de esperar que las personas con buenos niveles de instrucción no recurran a prácticas riesgosas que perjudiquen su nivel de salud; en este sentido es importante evaluar continuamente el nivel de escolaridad de los afiliados, y contrastarlo con otras variables, de tal forma que se focalicen las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Respecto al nivel de escolaridad, el 13% de la población tiene educación básica primaria, el 57% nivel de secundaria y el 21% nivel de estudios superiores (técnico o universitario). El nivel de analfabetismo en la población mayor de 15 años es de 2%.