

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES AFILIADOS A LA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS-S) “EMSSANAR”
EN LOS MUNICIPIOS DE PASTO E IPIALES, COLOMBIA, 2010**



**FERNANDA BRAVO ORDOÑEZ
JUAN CARLOS MERA GUERRERO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2015

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES AFILIADOS A LA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS-S) “EMSSANAR”
EN LOS MUNICIPIOS DE PASTO E IPIALES, COLOMBIA, 2010**

FERNANDA BRAVO ORDOÑEZ

JUAN CARLOS MERA GUERRERO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magíster en Salud Pública**

Tutor:

ARSENIO HIDALGO TROYA

Magister en Ciencias Estadísticas.

Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI

2015

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, Enero de 2015

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus más sinceros agradecimientos a todas las personas que brindaron su colaboración y compartieron sus conocimientos para hacer posible la culminación de esta Investigación.

A EMSSANAR ESS, por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo y muy especialmente a su Gerente el Doctor Carlos Fajardo Pabón, por darnos la oportunidad de trabajar, de aprender, de construir conocimiento y de aportar en la formulación de investigaciones que como estas pretenden aportar un granito de arena en favor de la salud de los Nariñenses.

A nuestro tutor y Director de tesis, el Doctor Arsenio Hidalgo Troya, por su esfuerzo, dedicación, apoyo, orientación oportuna, por su valiosa asesoría, que aportaron grandes beneficios en la realización de esta investigación. Gracias por confiar en nosotros para trabajar este proyecto novedoso.

A nuestros familiares que nos acompañaron en este recorrido, que nos escucharon y alentaron en la culminación de esta investigación.

Sobre todo a Dios por esta oportunidad

Muchas Gracias...

Fernanda y Juan Carlos

DEDICATORIA

A DIOS Y A MI FAMILIA

Dedico el éxito y la satisfacción de esta investigación a:
DIOS, por darme la vida a través de mi padre y madre (q.e.p.d.),
quienes con mucho cariño y ejemplo han hecho de mí una
persona con valores para poder desenvolverme como esposa,
madre y profesional.

MI ESPOSO, por ser una presencia constante en todos los
momentos de mi vida, por su amor, apoyo e impulso para seguir
adelante.

A MIS HIJOS Juan David y Carlos Manuel, por ser la razón de
mi vida, por su amor, alegría, comprensión y entendimiento por
todos aquellos ratos que no pudieron tener su madre cerca
A MIS FAMILIARES, que siempre tuvieron una palabra de apoyo
para mí.

Fernanda

Dedico este trabajo a mis hijos por ser el motor de mi vida Diana,
Mishelle y Juan Carlos, a mi esposa por su comprensión y a mis
padres por qué sé que con mis triunfos se enorgullecen

Juan Carlos

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1 Pregunta de investigación.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo general	19
3.2 Objetivo específicos	19
4. MARCO REFERENCIAL	20
4.1 Marco normativo	20
4.2 Marco teórico	22
4.2.1 Determinantes Sociales de Salud	22
4.2.2 El contexto Nariñense que afecta los aspectos individuales y familiares de los afiliados.....	24
4.2.3 El régimen subsidiado.	26
4.2.4 Los afiliados de EMSSANAR.....	27
4.2.5 Caracterización epidemiológica de los afiliados de EMSSANAR.	29
4.2.6 Enfermedades de interés en salud pública.	30
4.2.7 Percepción y estimación del riesgo.....	30
4.2.8 Información en el régimen subsidiado.	32
4.3 Marco Geográfico.....	34
4.3.1 Caracterización de los municipios de Ipiales y Pasto.	34
5. METODOLOGIA.....	36

5.1 Tipo de estudio	36
5.2 Población de estudio.....	36
5.3 Unidad de análisis	36
5.3.1 Muestra.....	36
5.4 Fuentes y técnicas de recolección de la información	37
5.5 Criterios de inclusión.....	38
5.6 Variables.....	39
5.6.1 Variables dependientes.....	39
5.6.2 Variables independientes.	39
5.6.3. Operacionalización de variables.....	39
5.7 Trabajo de campo	39
5.8 Tipo de análisis.....	40
6. RESULTADOS	41
6.1 Objetivo 1: Establecer las características familiares de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.	41
6.2 Objetivo 2: Establecer las características individuales de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.	43
6.3 Objetivo 3: Establecer la relación de los antecedentes personales y familiares de enfermedad con aspectos sociodemográficos de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.	48
7. DISCUSIÓN	54
8. CONCLUSIONES.....	63
BIBLIOGRAFIA	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Marco muestral	37
Tabla 2. Principales características familiares de los afiliados a Emssanar ESS según base de datos, 2010.	42
Tabla 3. Características individuales de los afiliados de Emssanar ESS según base de datos, 2010.	47
Tabla 4. Análisis bivariado de los antecedentes personales de las principales enfermedades de los afiliados a Emssanar ESS según Municipio, Área, Núcleo y Nivel de Sisben.....	52
Tabla 5. Análisis bivariado de los antecedentes familiares de las principales enfermedades de los afiliados a Emssanar ESS según Municipio, Área, Núcleo y Nivel de Sisben.....	53

Pág.

Figura 1.	Antecedentes personales de los afiliados de Emssanar ESS según base de datos, 2010.....	49
Figura 2.	Antecedentes familiares de los afiliados a Emssanar ESS según base de datos, 2010.....	50

RESUMEN

Objetivo. Identificar las características individuales y familiares de los afiliados al régimen subsidiado de la EPS-S “EMSSANAR” en los Municipios de Pasto e Ipiales en el año 2010.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo. Se utilizó información de las encuestas familiar e individual de rutina en la base de datos de EMSSANAR basada en pacientes afiliados a la aseguradora EMSSANAR de los municipios de Pasto e Ipiales, durante el mes de Octubre-Diciembre de 2010.

Resultados. La mayoría de los afiliados son del sexo femenino, habitan zonas urbanas y residen en la Ciudad de Pasto. Se evidencian deficiencias en las viviendas y en los servicios públicos. La mayoría han sido maltratados física o verbalmente y están de acuerdo con el castigo. La mayoría no tiene un comportamiento adecuado frente a su sexualidad y la planificación familiar. Asimismo la mayoría no responde sobre su experiencia y esquema de vacunación. Los antecedentes personales y familiares de Enfermedades Crónicas son frecuentes entre los afiliados del régimen subsidiado de la EPS EMSSANAR, con predominio en zonas urbanas.

Conclusiones. La condición de pobreza, las inadecuadas condiciones de vivienda, desempleo y bajo nivel de escolaridad fue determinante en la falta de autocuidado de estos afiliados. Se deduce que a pesar que las características de los afiliados muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, hay una clara persistencia de barreras financieras, educativas y geográficas que imponen el reto de proveer mejores intervenciones y acciones intersectoriales en salud pública al sistema de salud colombiano en las regiones y en articulación con las EPS como representantes y gestores del sector.

Palabras Claves: Características de la Población, Seguridad Social, Población Vulnerable, Análisis de la Situación, Perfil de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

INTRODUCCIÓN

Una de las políticas sociales en salud más importantes en los últimos veinte años ha sido el régimen subsidiado de salud, creado por la Ley 100 de 1993 para financiar la atención en salud de las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar, siendo entonces la información individual y familiar de estos afiliados, uno de los aspectos más importante a identificar por las Empresas Promotoras de Salud, ya que el afiliado y su familia son el objetivo fundamental de la acción del Régimen Subsidiado.

Es claro que cuando se pensó financiar el Régimen Subsidiado, la Ley 100 de 1993 conjugó recursos públicos de diferentes fuentes con fondos privados provenientes de la solidaridad de las cotizaciones del régimen contributivo, asimismo estos recursos se organizaron administrativamente en torno a los municipios, con el fin de que encabecen el aseguramiento y la ejecución de procesos de operación del régimen subsidiado, donde son los más complejos aquellos de frontera y aquellos que albergan población pobre de otros municipios u otras regiones más desfavorecidas como sucede en el Departamento de Nariño con Ipiales y Pasto respectivamente. Todo ello fue reglamentado en los Decretos 1895 de 1994 y 2357 de 1995, los Acuerdos 23, 77, 244 y 415 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS.

Actualmente hay más de 20 millones de beneficiarios plenamente identificados, cuyo aseguramiento fue promovido por la Ley 1122 de 2007, logrando la cobertura universal en salud en los niveles 1 y 2 del SISBEN. En el marco del Acuerdo 415 de 2009 que propone “disminuir las pérdidas de bienestar sin que, desafortunadamente, se eliminen las brechas frente al óptimo”, cobra importancia la caracterización de los afiliados simultáneamente a la consolidación de la base de datos única de afiliados –BDUA– como

elemento de referencia para las transacciones como parte del reajuste a la operación del régimen subsidiado.

Las Empresas Promotoras de Salud con base en fuentes de información como RIPS y SIVIGILA ha identificado ampliamente la morbilidad y mortalidad en sus zonas de influencia, no obstante carece de caracterizaciones y análisis de su población de acuerdo a sus antecedentes médicos respecto de las características sociales, económicas, demográficas, ambientales y los comportamientos no saludables de los afiliados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado que la ineficiencia en la operación del régimen subsidiado limita el goce efectivo del derecho a la salud de los Colombianos, la carente información por parte de las EPS-S sobre características individuales y familiares contribuye al desmejoramiento de la operación del régimen subsidiado, en virtud de que el escaso conocimiento de los afiliados contradice la prestación adecuada de los servicios de salud, que según la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, obliga a que los actores del sistema de seguridad social en salud garanticen toda atención que sea requerida con necesidad; una premisa que adquiere mayor importancia cuando existe una unificación del Plan Obligatorio de Salud -POS-. Por consiguiente el Ministerio de Salud y de la Protección Social por tener el deber de emprender todas las acciones necesarias para procurar que los contenidos de los POS sean iguales y que las condiciones de operación también, compromete directamente a las Empresas Promotoras de Salud² a poseer información individual y familiar que permita avanzar en el logro de un acceso aún más equitativo a los servicios requeridos con necesidad, en la medida que el afiliado y su familia son objetivo fundamental y único del aseguramiento.

En este reciente escenario de unificación, las Empresas Promotoras de Salud están careciendo de información más detallada sobre el afiliado y su familia para facilitar la conformación de mayores pools de riesgo en los aseguradores, por tanto, una mejor gestión del riesgo epidemiológico y financiero. De otro lado, una caracterización individual y familiar de los usuarios propuesta desde las Empresas Promotoras de Salud, enriquece la competitividad de los mercados en las unidades municipales y la capacidad de respuesta homogénea de las direcciones territoriales, en vista de que hay serias dificultades en las

relaciones de mercado y las limitaciones en el nivel de respuesta de algunas entidades territoriales a las exigencias de la operación del Régimen Subsidiado.

Cabe destacar que la exploración de las características de los pacientes de una EPS-S como EMSSANAR en el Departamento de Nariño, es muy útil en municipios con un número importante de pobladores en zonas urbanas y rurales, que a diferencia de otras regiones del país posee precarias oportunidades socioeconómicas, ambientales y clínicas, lo que aumenta el riesgo de enfermar, y en materia de atención suele representar una sobreutilización de los servicios de salud, lo cual genera ineficiencia e ineficacia sanitaria⁴.

Cabe destacar que la falta de caracterización de la población asegurada se debe en gran parte a la falta de responsabilidad social empresarial de muchos de las EPS, también a la situación de dispersión geográfica de la población en Departamentos tan complejos como Nariño y sus problemas particulares hoy día, tales como la alta movilidad social, el conflicto armado, el desempleo, los problemas ambientales y ocupacionales⁵⁻⁶. El desconocimiento de aspectos individuales y familiares que supere la información que se tiene en el BDUA conllevan a que el sistema de información sea ineficiente e impida la identificación del riesgo y su gestión, con el agravante de que entre los años 2005 y 2010 la población afiliada de esta, la principal EPS en el departamento de Nariño ha crecido en un 33,9%, hay una importante presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles y de antecedentes de estas como cáncer, insuficiencia renal, hipertensión arterial, diabetes, infecciones urinarias, entre otras, y asimismo se requiere fortalecer la necesidad de operación y sistemas de información. Así las cosas, se requiere realizar un esfuerzo por caracterizar a los afiliados de la EPS EMSSANAR, especialmente de los municipios más poblados y con múltiples problemáticas sociales, políticas y económicas⁷⁻⁸.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características individuales y familiares de los afiliados la Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado “EMSSANAR” en los municipios de Pasto e Ipiales en el año 2010?

2. JUSTIFICACIÓN

Es necesario conocer características individuales y familiares de los afiliados de EMSSANAR, especialmente desde el año 2010, en el cual EMSSANAR EPS-S cuenta con el mayor crecimiento de afiliados en su historia y elabora el documento “Diagnóstico del Estado de Salud de la Población Afiliada”⁸, cuyo análisis se hace a nivel departamental y municipal, donde Pasto e Ipiales representan el foco del análisis sobre aspectos demográficos, de atenciones en salud e indicadores de calidad, que indudablemente omiten información importante para la gestión del riesgo, pues levanta esta información a partir de las más importantes fuentes de información, tales como RIPS, SIVIGILA, y no producto de la recolección directa en sus afiliados.

Es claro que el enfoque de riesgo es por una parte responsabilidad de las Entidades Aseguradoras en lo que corresponde a su población afiliada pero de otra parte, es compromiso de las autoridades sanitarias en lo que compete a las acciones de Salud Pública y la población no asegurada. Lo cierto es que tanto unos como otros tienen competencias para poder lograr el cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud Pública. Por tanto cuando no se caracterizan a diferentes grupos de personas, estén o no enfermas, se corre el riesgo de no determinar técnicamente el estado de las personas objeto del aseguramiento⁹. Lo anterior en vista de que la incertidumbre del riesgo de salud es una amenaza real para la economía del sistema de salud, especialmente en las ciudades con mayor desarrollo social y económico pero con mayores inequidades en el Departamento, pues posee un grupo importante de población pobre y vulnerable, tal como sucede en los municipios de Pasto e Ipiales¹⁰.

Por consiguiente, el presente trabajo, pretende proveer información para el diseño y ejecución de proyectos y programas en salud pública que favorezcan a la población afiliada.

Además potencializa el cumplimiento del aseguramiento en salud por parte de EMSSANAR EPS-S, al contar con un instrumento de diagnóstico efectivo y eficiente para la construcción de planes de intervención en salud basados en enfoques de riesgo como planes locales, planes territoriales, planes operativos de las IPS que prestan servicios básicos de atención, así como para la focalización de proyectos de inversión e intervención social.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar las características individuales y familiares de los afiliados al régimen subsidiado de la EPS-S “EMSSANAR” en los Municipios de Pasto e Ipiales en el año 2010.

3.2 Objetivo específicos

Establecer los aspectos sociodemográficos y socioeconómicos inherentes al componente individual y familiar de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

Establecer los aspectos ambientales y/o de contexto inherentes al componente familiar de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

Establecer la relación de los antecedentes personales y familiares de enfermedades relacionadas con aspectos sociodemográficos de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco normativo

A partir de la evolución de conceptos y experiencias en el ámbito sanitario y de gestión, se han renovado algunos enfoques, tal como lo evidencia el informe del 2002 sobre la salud en el mundo, en el que la OMS define el riesgo como la probabilidad de un efecto adverso, o factor que aumenta esa probabilidad, incentivando la realización de actividades sanitarias para su disminución, con un claro énfasis en la responsabilidad compartida de personas, poblaciones y gobiernos en la generación de conductas saludables¹¹.

A nivel nacional, el tema del enfoque de riesgo no es nuevo en cuanto a aseguramiento se refiere, pero sí se constituye hoy en una directriz importante y como tal ha sido incorporada en la legislación, tanto en los lineamientos para la reestructuración del régimen subsidiado como en las normas que desarrollan el sistema de garantía de calidad y las que establecen la política de atención integral de patologías de alto costo. No obstante no parece existir aún una clara concepción sobre lo que esto significa, sobre sus implicaciones para la operación del régimen subsidiado y sobre el papel de los otros actores¹².

En este sentido algunos vacíos creados por el sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud han llevado a replantear la forma como operan algunos de sus componentes en el terreno de la salud pública y del aseguramiento, una expresión de ello son las distintas modificaciones introducidas al régimen subsidiado, tomando como referencia algunos requerimientos normativos¹³, así:

- En el artículo 11 del Acuerdo 117 de diciembre 29 de 1998 que refiere “la responsabilidad de las EPS, entidades adaptadas y transformadas y las administradoras del régimen subsidiado, en establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública”.
- La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, Resolución 3384 de diciembre de 2000, además la revisión bibliográfica de cada una de las actividades que hacen parte de los programas de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública, que definen algunas variables a utilizar en encuestas de estados de salud (Evaluación de entornos de salud, factores determinantes de salud, factores de riesgo, factores protectores, indicadores de morbilidad, indicadores de discapacidad).
- En el Acuerdo 244 del 2002 (Art. 36), particularmente la obligación impuesta a las Aseguradoras del Régimen Subsidiado de operar con un enfoque de riesgos. Y los contenidos en el acuerdo 245 de enero 2003 (Art. 1, 2, 4, y 5), en lo que atañe a la política de atención integral de patologías de alto costo.
- Para dar cumplimiento a los requerimientos del Decreto 515 del 20 de febrero del 2004, por el cual se define el Sistema Único de Habilitación de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, expresa como requisitos básicos, la Administración del Riesgo en Salud de sus Afiliados, desarrollando esquemas de operación que permitan el fomento de la salud, Detección Temprana, Tratamiento y Recuperación de la Enfermedad, procurando disminuir la ocurrencia de eventos

previsibles de enfermedad o eventos de enfermedad sin atención oportuna, garantizando los mecanismos para la prestación de servicios de salud con calidad.

- En la ley 1122 del 2007, en el capítulo IV Artículo 14. En el cual se define el aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. De igual manera, se establece que el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar¹⁴.
- En el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021, además de la Implementación de mecanismos de incentivos financieros por resultados en Gestión del Riesgo en Salud, se espera incluir o excluir de la dinámica de patologías a la denominación o listado de alto costo, mediante criterios técnicos de ingreso y egreso¹⁵.

4.2 Marco teórico

4.2.1 Determinantes Sociales de Salud

Es importante reconocer que el sistema sanitario es un determinante social de la salud en sí mismo, en el cual actores del sistema como las Empresas Promotoras de Salud en Colombia son artífices por su rol en búsqueda de la equidad en salud entre la población, las normas y los valores sociales y políticos como base de un sistema organizativo¹⁶.

Actualmente el reconocimiento y medición de los determinantes sociales de salud proximales, intermedios y estructurales se considera el punto de partida para la práctica de la salud pública, y es por esta importantísima razón por la que los gobiernos nacionales instan poner en marcha sistemas de vigilancia de la inequidad sanitaria a partir de sistemas de información y análisis de esa información por los mismos actores, especialmente los gestores de salud, siendo esto el único camino para evaluar las políticas sanitarias e indicar a los responsables como deben ser formuladas y ejecutadas. La investigación en salud pública preferiblemente debe enfocarse desde los determinantes sociales de la salud o recomendar que otras investigaciones apunten al abordaje de las inequidades en salud, las cuales desde luego fueron construidas a partir de los marcos conceptuales desarrollados por Dahlgreen y Whitehead en 1991 y luego Marmot y Wilkinson en 1999. Es importante mencionar que el marco explicativo de los determinantes sociales de la salud ubica al sistema sanitario como un “determinante intermediario”, el cual debe operar en un nivel en el que se observen diferencias poblacionales en la distribución de la exposición y la vulnerabilidad ante los factores de riesgo para la salud, especialmente en población vulnerable¹⁷.

Es claro que sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios marcos conceptuales como el de Ronald. M Andersen en 1974¹⁸ ha permitido que otros investigadores en diferentes poblaciones resalten los problemas o las mismas barreras de acceso a los servicios de salud desde varios frentes, entre ellos desde las políticas de salud, las características del sistema sanitario, y los resultados obtenidos de la atención en poblaciones en riesgo, todos ellos imprescindible para abordar las inequidades en salud, por ello es fundamental la identificación de grupos potencialmente vulnerables a los riesgos que

podrían no estar accediendo¹⁹, por lo menos a partir de una caracterización si se tratase de afiliados al sistema.

4.2.2 El contexto Nariñense que afecta los aspectos individuales y familiares de los afiliados.

Para entender las características individuales y familiares alrededor de los afiliados de EMSSANAR, es necesario reconocer que se encuentran directamente relacionadas con el contexto del departamento de Nariño, el cual tiene grandes retos. En lo social, no solo en sus zonas rurales sino al interior de sus principales municipios: Pasto e Ipiales, posee un índice de necesidades básicas insatisfechas NBI está por encima del 35%. En materia de vivienda la actividad de la construcción, solo ha pasado de 3,8% en 2000 a 11,03% en 2009, en especial en la ciudad de Pasto, este déficit cuantitativo de vivienda está alrededor de 12% para la capital, mientras que para el Departamento es del 22% urbano y 65% rural, comparado con el 14,4% y 56,5% respectivamente de la referencia nacional. En el censo DANE 2005, se señala que de las viviendas existentes en Nariño, tan solo el 86.5% tienen conexión a energía, el 46.9% conexión a alcantarillado y el 70.8% cuenta con servicios de acueducto²⁰.

Los retos en materia ambiental, se refieren a los altos niveles de contaminación de los ríos del Departamento, la explotación minera descontrolada y los cultivos ilícitos y su transformación para producir clorhidrato de cocaína, son factores altamente impactantes en los cuerpos de agua y la ecología de la región, esto contrasta con la gran variedad de climas, producto tanto de su diversa topografía, incluso en los corregimientos y zonas rurales alrededor de la principales ciudades: Pasto e Ipiales de temperaturas frías²⁰.

La cobertura de suministro de agua apta para el consumo humano en el Departamento es apenas del 31%, correspondiendo al 17% de las cabeceras municipales y

el resto a las principales ciudades que cuentan con suministro de agua apta para consumo humano, esto representa la deficiente inversión de recursos de las administraciones municipales, para la construcción y sostenibilidad de sistemas de suministro de agua potable, a esto se le suma la escasa capacidad técnica encontrada en la operación de los sistemas y la inapropiada selección de tecnologías para el tratamiento de agua²⁰.

En correspondencia con el comportamiento del PIB departamental se incrementó significativamente entre 2009 y 2010, siendo en este último año la tasa de desempleo más alta del país. Igualmente la brecha entre la tasa global de participación (oferta de trabajo) y la tasa de ocupación (demanda de trabajo) se amplió considerablemente entre 2008 y 2010, consecuencia de la desaceleración y contracción del PIB departamental en estos años²⁰.

Respecto a la cobertura de afiliación en Nariño el 85.8% de la población tiene afiliación al SGSSS, es decir 1.425.234 personas, de ellas 1.117.587 personas se encuentran afiliados al régimen subsidiado, en el régimen contributivo están 240.792 y quedan aproximadamente 128.000 nariñenses en condición de pobreza y vulnerabilidad no afiliada. El 90.36% de la población indígena está afiliada al sistema, lo mismo que el 52.06% de la población en situación de desplazamiento. La red de prestadores de servicios habilitada, según nivel de complejidad está conformada por 385 IPS²⁰.

La tasa de mortalidad en menores de 1 año x 1.000 nacidos vivos, Nariño en el año 2011 registró una tasa de 40.56, el doble de la nacional que para el mismo año estaba en 20.13 x 1.000 nacidos vivos. Los problemas respiratorios agudos, las malformaciones congénitas y las diarreas, son los eventos que más generan mortalidad en la infancia. La razón de mortalidad materna, se incrementó de 110 x 100.000 nacidos vivos en 2008 a 112.5, que supera la del país ubicado ese año en 72.88. La cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con diagnóstico de VIH/SIDA, con criterios de inicio de

tratamiento es del 89% y la prevalencia para VIH de 0.1%, el porcentaje de embarazo en adolescentes en Nariño es de 24,6% con respecto al promedio nacional 19,5%. Los casos de malaria que se presentaron en el 2011 fueron de 1.669. En cuanto a los indicadores de desnutrición, se superan los promedios nacionales. De acuerdo a la encuesta nacional de nutrición, ENSIN, Nariño registró para el 2010 una desnutrición crónica de 16%, frente a un promedio nacional de 12%. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (PROFAMILIA 2010), el 33% de los hogares tienen jefatura femenina²⁰.

4.2.3 El régimen subsidiado.

La operación del Régimen Subsidiado involucra variados actores, recursos, funciones, procesos, incentivos e intereses alrededor de la política pública en salud. El marco conceptual adoptado se basa en elementos de la economía de la salud, economía institucional, economía industrial, análisis de procesos y de sistemas de información que finalmente son posibles en la medida que los afiliados son caracterizados, perfilados y priorizados por sus características individuales y familiares para tres ámbitos de análisis como son: el institucional, mercados y el técnico-operativo²¹.

Se ha estimado que el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año 2007 logró una cobertura 88.2% sobre la población nacional, es decir más de 38 millones de afiliados, y cabe destacar que los crecimientos más importantes han estado por cuenta del Régimen Subsidiado, el cual pasó de cubrir 28% de la población, en 2002, a 49%, en 2007, llegando a superar en 10 puntos porcentuales al Régimen Contributivo. Lo anterior implicó que el país pasó de tener 16 millones de personas sin ningún tipo de seguridad social en 2002, a tener cerca de 25 millones en 2007, de manera que es importante reconocer que esto denota el importante esfuerzo adelantado por el Gobierno Nacional en la búsqueda de lograr una mayor cobertura de la población, especialmente de la pobre y vulnerable^{1, 21-22}.

La caracterización de los afiliados contribuye a la equidad bajo el principio de justicia y el derecho que los individuos tienen al acceso a los servicios de salud, donde las personas con menor capacidad económica deben contribuir menos al financiamiento que las de mayor capacidad, y ambos grupos reciben cuidados similares. Asimismo la caracterización de los afiliados contribuye a la operación del Régimen Subsidiado, ya que con una adecuada identificación de la población, es posible conseguir el acceso a los servicios de salud requeridos para prevenir y atender su enfermedad y responder a las dinámicas socioeconómicas a las que se enfrenta el individuo y su familia²¹⁻²².

4.2.4 Los afiliados de EMSSANAR.

Entre los años 2005 y 2010 la población afiliada a EMSSANAR en el departamento de Nariño ha crecido en un 33,9%, donde el mayor incremento se presenta en el género masculino. Los grupos de edad en los que ha habido un menor incremento proporcional son los de 10 a 14 años y el grupo de mayor incremento fueron los de 15 a 19 años⁸.

Este comportamiento poblacional, si bien está influenciado por la dinámica de las nuevas afiliaciones, da cuenta de una población que se encuentra ya en una transición demográfica entre los años 2005 y 2010, dándose el mayor incremento proporcional en los grupos de los menores de 1 año, especialmente el género femenino, mientras que el grupo que mayor incremento obtuvo, fue el de los mayores de 85 años, principalmente en el género femenino. Para el año 2010 disminuyó el índice de masculinidad con respecto a períodos anteriores, sin embargo se han presentado variaciones en los últimos cinco años en algunos de los grupos, tal es el caso de los menores de un año y los adultos mayores de 70 a 75 años. Pero en general, el predominio de población femenina que se miraba años atrás en edades por encima de los 15 años se va atenuando por efectos de la transición demográfica que presenta una población de adultos jóvenes más homogénea frente al índice de

masculinidad, principalmente a expensas del crecimiento de la población masculina sin disminución de la población femenina. Desde la perspectiva epidemiológica, esto lleva a pensar que hay una disminución de la mortalidad en la población masculina en jóvenes entre 10 y 29 años, y que la morbilidad en los grupos de mujeres en edad fértil tanto en eventos relacionados con el embarazo, parto y puerperio como en los eventos de mayor prevalencia en mujeres mayores de 20 años mantendrían patrones similares a los presentados en los últimos cinco años^{7, 23}.

El índice de dependencia global disminuyó progresivamente en puntos porcentuales entre los años 2005 y 2009, sin embargo en el año 2010 tuvo un incremento significativo, lo cual fue similar para la dependencia juvenil, mientras que la dependencia por vejez se mantiene estable durante este periodo. Esto da cuenta de una disminución progresiva de la población menor de 15 años en el departamento, durante el periodo 2005 y 2009, la cual se incrementa nuevamente en el año 2010, a la vez que la población mayor de 65 años se ha mantenido constante⁷.

De seguir la tendencia apreciada hasta el momento, se proyecta una disminución de la proporción de población joven por debajo de los 15 años y un aumento de la población de adultos mayores de 45 años, lo cual en la perspectiva de la población a ser atendida implica un potencial aumento de la atención de enfermedades crónicas de origen cardiovascular en los próximos cinco a diez años, y una atenuación del impacto de la ampliación de la cobertura del POS-S en la población de menores de edad debido a su tendencia a disminuir. Los trastornos del sistema urinario, entre los cuales se cuenta primordialmente las infecciones de vías urinarias afectan principalmente a las mujeres en todos los grupos de edad, pero con mayor frecuencia en las mujeres en edad fértil⁷⁻⁸.

.

Entre los años 2007 y 2010 no se aprecia mayores cambios en el listado de las patologías que se reportan como las 10 primeras causas de morbilidad, salvo en el orden de las mismas dentro de la lista y en el hecho de que las frecuencia tasas de incidencia disminuyeron en el 2008, se estabilizaron en el año 2009 y aumentaron notoriamente en el año 2010⁷.

4.2.5 Caracterización epidemiológica de los afiliados de EMSSANAR.

La morbilidad por consulta externa en los años 2007 a 2010 para todo el departamento de Nariño hubo un predominio de las enfermedades infecciosas sobre el grupo de enfermedades crónicas, principalmente a expensas de la incidencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias entre los menores de cinco años. Entre las enfermedades de evolución crónica resaltan la gastritis y la hipertensión arterial con mayor incidencia en población femenina por encima de los 15 años⁸.

Urgencias: Existe un claro predominio de las enfermedades de origen infeccioso en la consulta del servicio de urgencias, principalmente las gastroenteritis infecciosas que son la principal causa individual de consulta por urgencias, seguidas del dolor abdominal y pélvico. Estas afecciones se presentan principalmente entre los menores de cinco años de ambos sexos. Llama la atención que entre estas primeras diez causas no se encuentre eventos de origen obstétrico, esto esté asociado probablemente con el hecho de que estos eventos se remitan directamente al servicio de hospitalización. Al igual que en la consulta externa, en el reporte de morbilidad por urgencias se incrementan las tasas, en este último año, principalmente en las causas de morbilidad desconocidas y no específicas que fue la causa de mayor aumento en la tasa⁸.

Hospitalización: El conjunto de los eventos obstétricos aparecen como la principal causa de hospitalización en los cuatro años analizados. En el año 2008, el 84,5% de dichos

eventos obstétricos corresponden a atenciones de parto y cesárea, y el 15,5% restante a otro tipo de complicaciones, principalmente los falsos trabajos de parto. Para el año 2009 y 2010 se disminuye la incidencia de partos y cesáreas y se mantuvieron las tasas de incidencia para el resto de eventos obstétricos, especialmente en el año 2010, que aumentaron las causas de morbilidades desconocidas y no específicas⁸.

4.2.6 Enfermedades de interés en salud pública.

Se encuentra que la infección respiratoria aguda figura con la tasa de prevalencia más alta, seguida de la hipertensión arterial y del conjunto de enfermedades infecciosas de origen respiratorio e intestinal. Las lesiones del cuello uterino también empiezan a figurar con una alta tasa de prevalencia de las enfermedades de interés en salud pública. En el Departamento de Nariño, el evento de alto costo con mayor prevalencia es el cáncer con una tasa de 4,7 casos por cada 1.000 afiliados, mostrando las mayores tasas específicas entre los mayores de 65 años. El segundo evento es la insuficiencia renal crónica con 0,46 casos por cada 1.000 afiliados, con una tasa específica de 1,80 por 1.000 afiliados mayores de 65 años, con una concentración de casos que se encuentran en hemodiálisis, seguidos diálisis y prediálisis. Los eventos de alto costo menos prevalentes son el Quemado con 0,01 casos por cada 1.000 afiliados y la infección respiratoria aguda con 0,04 casos por cada 1.000 afiliados⁷⁻⁸.

4.2.7 Percepción y estimación del riesgo.

El concepto de salud corresponde a un elemento subjetivo derivado de la construcción social de los antecedentes históricos de la comunidad, así como de su relación con el medio ambiente, sus creencias religiosas y políticas. La idea de enfermar entraña un pensamiento de causalidad que modifica la percepción del riesgo, es así como ante una misma enfermedad la atribución causal es muy distinta y dependiente del contexto. Es

fundamental que la aceptación de los conceptos de salud y la percepción de los determinantes de riesgo de enfermar como factores dependientes del complejo entorno psicosocial, religioso, ecológico y de agentes personales, resulten de vital importancia para lograr una comunicación efectiva a nivel individual y colectivo con el equipo de salud. Así mismo, no hay que perder de vista que aunque la percepción del riesgo es un factor crítico a la hora de planear las intervenciones, solo modifica la probabilidad de enfermar mediante la modificación de las actuaciones en salud²⁴.

A nivel de América Latina, se han realizado trabajos locales de detección del riesgo biopsicosocial, en el marco del proyecto Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles "CARMEN" de la OPS que incluyó la realización en 1997 de una encuesta aplicada a una muestra representativa de la población para medir la prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la comuna de Valparaíso en Chile^{23,25}.

Colombia, ha desarrollado durante las últimas décadas varios estudios relacionados indirectamente con la determinación de los Estados de Salud, entre ellos sobresalen la Encuesta de identificación de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), Encuestas de Pobreza y Calidad de Vida, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Asimismo, en 1993 a través del Instituto de Seguros Sociales, PROFAMILIA y el Instituto Nacional de Cancerología realizaron la "Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes" y entre 1997 y 1999 se realizó el "Segundo estudio nacional de factores de riesgo para enfermedades crónicas" ambos estudios aplicados sobre muestras probabilísticas de la población colombiana, limitadas al estudio de las enfermedades

crónicas no transmisibles. Finalmente sobresale la implementación del Sistema de Información de Base Comunitaria para la Atención Primaria en Salud “SIMDER”, Fichas Familiares elaboradas e implementadas inicialmente en las IPS-S donde se prestan los Servicios de Salud de la población afiliada. Las experiencias descritas anteriormente aportan información técnica y procedimental valiosa para realizar la estimación del riesgo de enfermar en el colectivo y a su vez el potencial del enfoque de riesgo, que consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños, no obstante es información que proviene de muestras dispersas o poblaciones y no de grupos o comunidades donde existe más posibilidad de concentrar características comunes²²⁻²⁵. Hay que recordar que en Colombia el marco conceptual para la protección social centrado en los pobres se basa en el manejo social del riesgo a partir de tres estrategias: prevención, mitigación y superación de eventos negativos, tres niveles formalidad: informal, de mercado y público y varios actores: hogares, comunidades, organizaciones no gubernamentales, gobierno; todo ello en un contexto de información asimétrica en el cual los actores del sistema en los que se encuentran las Empresas Promotoras de Salud deben con sus agendas y acciones cumplir el rol de la protección a la subsistencia básica y promover la disposición a asumir riesgos¹¹.

4.2.8 Información en el régimen subsidiado.

En la política pública, la información resulta esencial para los reguladores, debido a que deben conocer los problemas y necesidades de sus afiliados, para ello debe diseñar programas, asignar recursos, hacer seguimiento de los progresos y evaluar el impacto de las intervenciones. Colombia sin ser la excepción enfrenta una demanda sin precedentes de información precisa y oportuna del estado de salud de su población así como de la gestión y

efectos de sus intervenciones, especialmente producto de los procesos de reforma y descentralización, donde normalmente los afiliados más afectados son los de los municipios lejanos²⁶⁻²⁸.

Es así como un sistema de seguridad social como el colombiano que se basa en el aseguramiento debe contar con información específica provisto adecuadamente por lo aseguradores que permita favorecer los planes de beneficio, hoy unificados, y prevenir de acciones oportunistas, tales como: la selección adversa y el abuso moral por parte de los agentes. Las problemáticas en información en el régimen subsidiado son principalmente la irregularidad y fragmentación de los sistemas. En el régimen subsidiado, el eje central de la operación está en las relaciones de la entidad territorial municipal, EPS, IPS y población asegurada, de la cual surge la totalidad de la información necesaria para el régimen, donde los actores, incluyendo a las EPS emergen como receptores y no como generadores de información primaria, al punto de que la relación entidad territorial municipal y la población, se reduce a centrar la condición de beneficiario, para lo cual se aplican los instrumentos de focalización y priorización²⁶⁻²⁹.

Si bien las problemáticas de la información en el subsidiado por parte de las EPS, se identifican como tres: las asociadas al proceso de captura de información, los tiempos de ciclo y la articulación de procesos que determinan la afiliación y su manejo en materia contractual, lo cierto es que también otro de los problemas es la falta de personalización de información sobre los afiliados, especialmente en lo que tiene que ver con sus aspectos individuales y familiares para planificar las intervenciones que sean necesarias y satisfacer necesidades de la población y de la misma EPS en su operación y autoevaluación²⁶⁻²⁹.

4.3 Marco Geográfico

4.3.1 Caracterización de los municipios de Ipiales y Pasto.

El Municipio de Ipiales está localizado al Suroriente del Departamento de Nariño. Se encuentra conformada por el casco urbano con 123 barrios distribuidos en siete sectores y el sector rural organizado en cuatro corregimientos y sesenta y cuatro veredas; dentro de la mayoría de ellas se encuentran asentamientos indígenas. La población total del municipio de Ipiales es de 109.116 de los cuales 74.362 se encuentran en la cabecera Urbana y el restante 34.754 está en la zona Rural (DANE, 2005). Del total de la población del municipio de Ipiales, 18.515 personas se encuentran afiliados al régimen subsidiado a la aseguradora EMSSANAR ESS, concentrándose en un 52.68% en el sector urbano y un 47.94% en el sector rural, los cuales en un 20.23% se encuentran clasificándose en el nivel socioeconómico 1, el 16,17 % al nivel 2 y el 63.9% es población indígena. Del total de la población afiliada a EMSSANAR el grupo población que tienen mayor peso es el grupo de 15 a 44 años con un 48 % sobre el total de la población²⁰.

El municipio de Pasto es la capital del Departamento de Nariño y se encuentra localizado al oriente del Departamento. Su distribución política está formada por doce comunas urbanas y trece rurales. La población del municipio de Pasto es de 382.618 habitantes, de los cuales 312.377 se ubican en la zona urbana y 70.241 se ubican en la zona rural³⁰. Del total de la población del municipio 92.109 se encuentran afiliados al régimen subsidiado con la aseguradora EMSSANAR ESS, concentrándose en un 74.35% en el sector urbano y en un 25.65% en el sector rural, de los anteriores un 56.02% se encuentran clasificados en el nivel socioeconómico 1, el 34,57 % en el 2 y el 2.56% al 3, siendo el 6.86% restante población indígena. Del total de la población afiliada a

EMSSANAR el grupo poblacional que tienen mayor peso es también el grupo de 15 a 44 años con un 49 % sobre el total de la población⁸.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo basado en el enfoque cuantitativo, puesto que se utilizaron información de las encuestas familiar e individual de rutina en la base de datos de EMSSANAR.

5.2 Población de estudio

La población objetivo fueron los afiliados de la aseguradora EMSSANAR de los municipios de Pasto e Ipiales del año 2010.

5.3 Unidad de análisis

5.3.1 Muestra.

Pacientes afiliados de la aseguradora EMSSANAR de los municipios de Pasto e Ipiales del año 2010. El marco muestral fue el listado de afiliados a septiembre de 2010 de cada uno de los municipios, que están distribuidos en zona urbana y zona rural según base de datos de EMSSANAR. Se tomo una muestra y no el universo de la base de datos ya que se complemento las encuestas realizada con datos de los antecedentes familiares e individuales necesarios para la investigación para establecer las relaciones de estos con las variables independientes. La zona urbana tenía una división en su mayoría por comunas y barrios y la zona rural en veredas y corregimientos.

Debido a que el parámetro de interés general es estimar proporciones y que la población es finita, para determinar el tamaño de la muestra se utiliza con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 2.75% la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{(N-1)e^2 + z^2pq}$$

Donde N, varía según es el número de afiliados en los municipios de Ipiales y Pasto=110.624

$z = 1.96$ (valor de tabla Normal para un nivel de confianza del 95%)

$p = q = 0.5$ (proporción de éxitos o fracasos o probabilidad de enfermar o no)

$e = 2.75\%$ (valor del máximo margen error asumido)

Reemplazando estos valores en la ecuación se obtuvo la siguiente muestra:

Tabla 1.

Marco muestral

	Población	Muestra
Pasto	92.109	1.028
Ipiales	18.515	220
Total	110.624	1.248

Fuente. Este estudio

Teniendo en cuenta que para el presente estudio se contó con un marco muestral que lo constituyeron los afiliados del municipio de Pasto e Ipiales de la aseguradora EMSSANAR, se realizó un muestreo probabilístico, específicamente aleatorio simple, a fin de que todos los elementos tuvieran la misma probabilidad de ser elegidos en la base de datos y cuyo tamaño se presenta en la tabla 1.

5.4 Fuentes y técnicas de recolección de la información

La recopilación de los datos se realizaron utilizando la base de datos de EMSSANAR que fue producto de entrevistas a partir de unos instrumentos estructurados utilizados por la EPS-S. La información se obtuvo de las encuestas aplicadas durante el mes de Octubre-Diciembre de 2010 correspondientes a la ficha denominada de identificación de

riesgo, la cual contuvo dos componentes: el componente familiar, que recogió información del ambiente y el contexto y categorizados como tal, y la otra, el componente Individual que permitió indagar sobre aspectos sociodemográficos y socioeconómicos categorizadas como tal, los de salud relacionados con hábitos de vida, antecedentes patológicos y ocupacionales categorizados como de conductas saludables. Cabe destacar que de estas fichas se utilizaron algunas variables como dependientes consideradas relevantes por los investigadores, específicamente los antecedentes de salud-enfermedad o médicos.

Para este estudio se contó con los materiales e insumos necesarios para el registro, recopilación y análisis de datos que garantizaron la disponibilidad de la información a través de las Fichas de Riesgo de la Base de la Datos de EMSSANAR.

Cabe mencionar que la mencionada encuesta que alimentó la base de datos analizada contó con un estudio piloto con el fin de revisar la comprensión del lenguaje utilizado, las dificultades en su cumplimentación, el tiempo de realización y la consistencia interna del cuestionario utilizado. Asimismo con respecto al control de calidad y almacenamiento de los datos obtenidos en las encuestas definitivas se estimó que la confiabilidad de los datos se controló antes, durante y después de la recolección, ya que previamente se estimaron los siguientes procedimientos: 1) la inclusión de preguntas de verificación, 2) el diseño de un manual de procedimientos estandarizado, 3) la capacitación al equipo, y 4) la prueba y ajuste de procesos e instrumentos. Para la recolección los encuestadores hicieron uso del consentimiento informado, el cual fue previamente aprobado por el Comité de Ética de EMSSANAR.

5.5 Criterios de inclusión

- Que sean afiliados activos.

- Residentes en los municipios de Pasto e Ipiales, ya sea en la parte rural como urbana en el último año.
- Que decidan participar voluntariamente.
- Que no tenga alguna discapacidad cognitiva que les impida responder a la encuesta.

5.6 Variables

5.6.1 Variables dependientes

Antecedentes de enfermedad personal (AP) y familiar (AF).

5.6.2 Variables independientes.

Características sociodemográficas y socioeconómicas (SD-SE), ambientales y/o de contexto (AC) y conductas saludables (CS).

5.6.3. Operacionalización de variables.

Para el análisis se definieron unas variables de cada una de las fichas utilizadas en el levantamiento de la información.

Ficha familiar. Véase Anexo 1 y 3.

Ficha individual. Véase Anexo 2 y 4.

Variables independientes. Véase anexo 3.

5.7 Trabajo de campo

Para la realización del estudio, las fuentes de información fueron las bases de datos de los afiliados a la EPS-S EMSSANAR de Octubre-Diciembre del 2010, que almacenaban la información de personas voluntarias para la aplicación de una ficha de identificación de riesgo diseñada por la entidad, que en su modelo de construcción tiene un enfoque de diagnóstico tanto individual como general de salud, tomando elementos de salud-enfermedad del individuo y su ambiente familiar, social y natural. La información recogida

fue utilizada exclusivamente para la investigación. Cabe destacar que esta base de datos almacenó información de una encuesta hecha a través de visitas domiciliarias, a cargo de personal entrenado y previamente capacitado bajo el control y coordinación de los responsables de atención básica, quienes verificaron la realización adecuada del trabajo de campo. Las personas incluidas en la muestra se seleccionaron de manera aleatoria según base de datos de afiliación de la EPS-S. Para mantener la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio se utilizó como medio de enlace la ID UNICA del afiliado (verificándose con el carnet de afiliación) y no su nombre. Se tomo una muestra y no el universo de la base de datos ya que se complemento las encuestas realizada con datos de los antecedentes familiares e individuales necesarios para la investigación, para establecer las relaciones de estos con las variables independientes

5.8 Tipo de análisis

La caracterización de la muestra objeto de estudio se hizo a través de tablas y gráficos estadísticos e igualmente mediante la descripción de medidas estadísticas utilizando frecuencias y proporciones.

Se realizaron medidas de frecuencia con el fin de determinar la distribución de la muestra por las variables dependientes e independientes. Por otro lado, se realizó un análisis bivariado utilizando la prueba de dependencia de Chi Cuadrado de Pearson entre cuatro variables independientes elegidas: Municipio, Área, Núcleo familiar y Nivel de Sisben con las variables dependientes (antecedentes de enfermedad personal y antecedentes de enfermedad familiar), esto para establecer diferencias entre las diferentes categorías de las variables independientes, es decir si hay asociación a partir del conjunto de observaciones muestrales. Se establecieron razones de prevalencia de los antecedentes personales y familiares.

6. RESULTADOS

6.1 Objetivo 1: Establecer las características familiares de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

Según la ficha familiar en la base de datos de los afiliados a la EPS EMSSANAR analizados y de los cuales se tiene información para 2010, se distribuyen de la siguiente manera: un 82.4% habitan y están afiliados en el municipio de Pasto y un 17.6% en el Municipio de Ipiales. Entre todos los afiliados el 66.8% viven en zona urbana y el 33.2% en zona rural. La localización de la residencia en barrio fue del 69.6%, en veredas del 21.2% y en corregimientos del 9.3%. El 67.6% de los afiliados fueron clasificados en el nivel 1 de la encuesta Sisben, el 29.1% en nivel 2 y solo un 3.3% en el nivel 3. En cuanto al número de integrantes de las familias, los afiliados fueron clasificados en familias constituidas por dos integrante en el 19.7%, por tres integrantes el 23.5%, por cuatro integrantes el 25.7%, y por 5 integrantes el 14.4%, mientras el otro 16.6% se distribuyó en familias integradas por una personas y entre 6 y 12 personas (Véase Tabla 2).

El 91.3% no viven en zonas propensas a deslizamientos, el 99.4% no viven en zonas propensas a desastres telúricos, el 91.3% no viven en zonas propensas a desastres naturales de tipo volcánico, el 97.1% no viven en zonas propensas a inundaciones y el 99% no viven en zonas propensas a incendios y un 97.8% no viven en zonas propensas a otro tipo de desastres. De los afiliados que no viven en zona de riesgo a contaminantes, un 98.6% no vive en zona de riesgo sanitario, un 98.9% no vive cerca a zona de mataderos, un 79.6% no vive en zonas de criaderos de animales, un 98.1% no vive en zonas donde hay aguas contaminadas, un 93.6% no vive cerca de cementerios, un 81.6% no vive cerca a ladrilleras, un 95.6% no vive cerca a zonas de venta de combustible, un 98.3% no vive en zona de venta o fabricación de pólvora y un 96.9% no vive cerca de tabernas (Véase Tabla 2).

El 78.8% vive en una vivienda tipo casa o apartamento y un 21.2% vive en un cuarto o alcoba. Respecto a la tenencia de la vivienda un 41.7% se reporta con vivienda propia, un 32.1% otro tipo de tenencia y un 26.2% arrendada. En cuanto al agua de consumo un 95.1% consume agua potable y proveniente del servicio de acueducto y el 4.9% consume la proveniente de pozo o manantial. Respecto al tratamiento del agua se reporta que un 61.5% la hierva antes de consumirla y un 34% no la trata para consumirla. Respecto a la eliminación de excretas un 89.5% lo hace en el inodoro y un 5.8% en letrina. De la eliminación de basuras, el 88.1% la recoge, el 5% la queman y el 4.1% la entierran. El 100% cuenta con alumbrado eléctrico. Un 41.5% vive en condiciones de hacinamiento. El 23.4% viven sometidos a cocinar con humo en su vivienda, y un 60.6% tienen animales en su vivienda. El 51.8% tiene pisos en cemento, un 35.3% baldosa o tableta, un 4.3% madera burda y un 7.4% tiene piso de tierra o arena. Respecto al material del techo, el 62.4% tienen teja sin cielo raso y un 36.1% la poseen. Respecto al material de las paredes un 88.3% reporta que es de bloque o material procesado, pero un 10.7% reporta que es de tapia o adobe (Véase Tabla 2).

Tabla 2.

Principales características familiares de los afiliados a Emssanar ESS según base de datos, 2010.

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
Municipios			Tipo de Vivienda		
Pasto	1028	82,4	Casa/Apartamento	983	78,8
Ipiiales	220	17,6	Cuarto o Alcoba	264	21,2
Zona			Refugio	1	0,1
Rural	414	33,2	Tenencia de la vivienda		
Urbana	834	66,8	Propia	520	41,7
Localización			Arrendada	327	26,2
Corregimiento	116	9,3	Otra	401	32,1
Barrio	868	69,6	Material del Piso		
Vereda	264	21,2	Tierra o arena	92	7,4
Integrantes del núcleo familiar			Madera burda	54	4,3
1	101	8,1	Cemento	647	51,8
2	246	19,7	Baldosa o tableta	441	35,3
3	293	23,5	Alfombra o mármol	14	1,1
4	321	25,7	Material de techo		
5	180	14,4	Desechos	10	0,8
6	57	4,6	Paja o palma	8	0,6
7	24	1,9	Teja sin cielo raso	779	62,4
8	15	1,2	Losa o teja con cielo raso	451	36,1
9	6	0,5	Material de paredes		
10	3	0,2	Tela o desechos	4	0,3
12	1	0,1	Guadua o vegetales	5	0,4
Nivel de Sisben			Madera burda	4	0,3
1	844	67,6	Tapia o adobe	133	10,7
2	363	29,1	Material procesado	1102	88,3
3	41	3,3			

Fuente. Este estudio

6.2 Objetivo 2: Establecer las características individuales de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

Según la ficha individual, el 61.2% de los afiliados en la base de datos es mujer, el 73% son cabezas de familia y el 27% son los hijos. Los grupos de edad a los que corresponden los afiliados, se distribuyen en el grupo de 10 a 24 años con un 28.3%, mayor de 45 años el 27.4%, entre 25 a 44 años el 26%, entre 1 a 5 años el 11.1% y en el grupo de 6 a 9 años el 7.1%. Respecto al estado civil, un 34.5% son solteros, un 20.5% casados y un 9.9% están en unión libre. Entre los inscritos en un programa de prevención

solo hay un 31.6%. Ninguna de los individuos del sexo femenino reporto que había tenido un control prenatal, complicaciones en el embarazo, complicaciones de parto y lactancia exclusiva. El 90.3% no reporta un esquema completo de vacunas (Véase Tabla 3).

El 45.4% fue sometido en pocas ocasiones a maltrato, el 30% lo tuvo todos los días, el 16.3% nunca lo vivió y un 5.8% una vez al mes. Mientras que haber sido gritado en el núcleo familiar algunas veces lo reportó el 42.1% y hace más de 1 mes el 52.7%, asimismo estuvo en desacuerdo con el castigo físico el 45,9% y de acuerdo el 33.8% (Véase Tabla 3).

El 3.1% de los afiliados reporta ser analfabeta, mientras el 28.8% ha cursado primaria incompleta, el 13.8% primaria completa, el 25.7% bachillerato incompleto y 13.2% el bachillerato completo. El 35.2% deserto de la escuela por dificultades económicas, problemas de salud el 2.4%, desmotivación el 7.3%, problemas de aprendizaje el 1.5%, desplazamiento forzado el 0.5%, mala disciplina el 0.4% y porque debían trabajar el 25.6%.

Respecto a la ocupación el 85.6% refiere otros trabajos, el 9.1% son trabajadores no calificados y el 4% son trabajadores oficiales, operarios o dedicados a las manufacturas y artesanías, el 1.5% a trabajos agropecuarios. En cuanto al oficio el 73.8% no reporto oficio, el 6.3% son vendedores, el 4.3% son operadores de máquinas, el 1.5% son niñeras, el 1.2% son obreros, el 1.4% son agricultores y el 1.4% son albañiles. Con respecto al uso del tiempo libre el 2.8% lo dedica a estudiar, el 7.8% a trabajar, el 8% al deporte, el 12.3% a ver televisión, el 17% a jugar y el 50.5% a otras cosas. Cuando se examinó sobre la exposición a factores ambientales, se encontró que el 8.1% se expone a rayos solares, el 9.2% a contaminantes, el 13.1% al ruido, el 2.9% a la inseguridad y el 1.2% a la energía eléctrica. En cuanto al riesgo por elementos de trabajo el 10% está en riesgo por herramientas, el 3.2% en riesgo por maquinaria y el 2.9% por químicos. Respecto a los

riesgos por actividades de trabajo el 16.6% trabaja en una posición inadecuada, el 10.1% ha tenido estrés, el 7.1% le faltan medidas de seguridad y el 6.6% hace mucho esfuerzo físico. Respecto al número de días trabajados al mes el 74.3% no trabajan ni un día (Desempleados) y un 11% trabajan alrededor de 6 días a la semana. El 52.9% dependen económicamente (Véase Tabla 3).

En cuanto a la discapacidad el 97% contesta no tener ningún grado de discapacidad. Y El 39.7% manifiesta haber asistido a una consulta odontológica. En cuanto la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 50.3% no contesta, el 24% inicio cuando era adolescente, el 19.2% entre los 18 y 21 años y el 6,5 cuando tuvo más de 21 años. El 86.8% no usa como método anticonceptivo el condón, mientras el 35.2% tiene una pareja estable y el 45.7% tiene conocimiento sobre el SIDA. De las mujeres un 4.5% ha presentado una citología anormal, un 22.4% normal, el 13.5% nunca se la ha practicado y el 59.2% no responde. El 87.6% de las mujeres no se ha practica un examen de seno. El 8.7% reporta haber tenido conflictos de pareja o familiares. El 81.2% nunca ha hecho planificación familiar y quienes lo han hecho, el 3.4% lo ha hecho con hormonas, un 2.1% ha utilizado dispositivo intrauterino, el 8.2% ha utilizado un método quirúrgico, el 4.5% lo hace con condón y el 0.1% usa óvulos, mientras el 62.8% reporta haber utilizado el método del ritmo. Las causas de no planificación son en el 14.4% porque no tienen compañero (a), el 6.3% prefiere descargar la responsabilidad en la pareja y el 15.6% por otras razones sin especificar. El 91.3% no responde o no recuerda si se ha colocado la vacuna Triple viral, asimismo el 91.7% no responde o no recuerda sobre la vacuna contra sarampión y rubeola y el 13.9% ha tenido un antecedente quirúrgico. Respecto a hijos nacidos vivos, no tiene hijos el 29.2%, reportan haber tenido dos el 9.3% y uno el 9.2%. 5.5% tres hijos y más de cuatro hijos el 46.7%. Respecto a numero hijos muertos, el 56.7% respondió no haberlos tenido,

mientras el 3.4% dicen haber tenido uno y un 1.3% dos. y más de tres el 38.6%. El 18.7% reconoció haber fumado, el 4.9% dice no fumar actualmente y 78.65% no reporto. El 7.7% responde haber consumido sustancias psicoactivas (Véase Tabla 3).

Tabla 3.

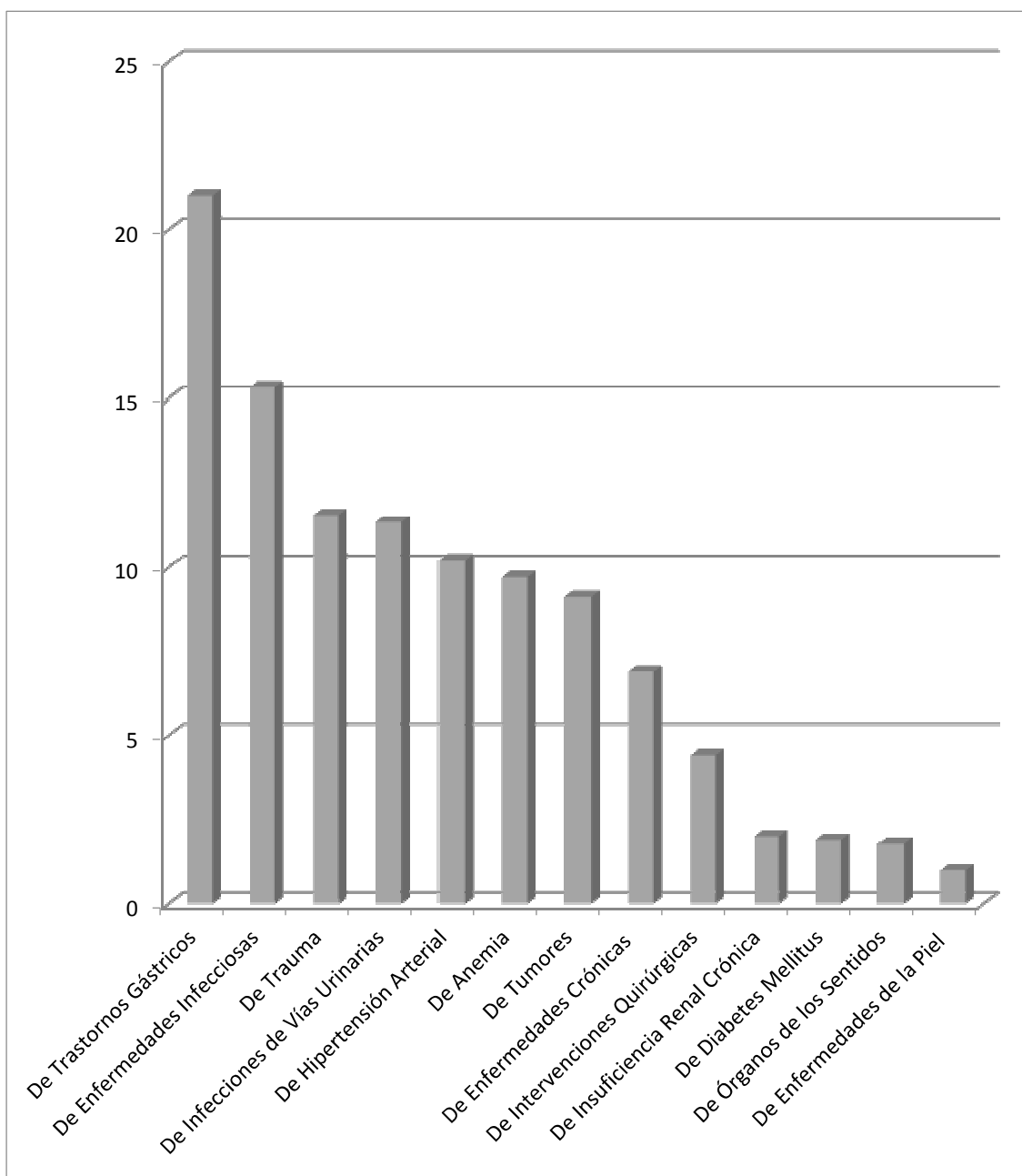
Características individuales de los afiliados de Emssanar ESS según base de datos, 2010.

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
Parentesco			Nivel de escolaridad		
Cabeza de familia	911	73	Analfabeta	39	3,1
Hijo (a)	337	27	Primaria incompleta	360	28,8
Sexo			Primaria completa	172	13,8
Femenino	764	61,2	Secundaria incompleta	321	25,7
Masculino	484	38,8	Secundaria completa	165	13,2
Estado civil			Educación superior	49	3,9
Soltero (a)	430	34,5	Causas de deserción escolar		
Casado (a)	256	20,5	Dificultades económicas	439	35,2
Unión libre	123	9,9	Problemas de salud	30	2,4
Separado (a)	53	4,3	Desmotivación	91	7,3
Viudo (a)	51	4,1	Problemas de Aprendizaje	19	1,5
Inscrito en algún programa			Desplazamiento forzado	6	0,5
Si	394	31,6	Mala disciplina	5	0,4
No	854	68,4	Trabajo	319	25,6
Grupo de edad			Días trabajados a la semana		
De 1 a 5	139	11,1	Todos	82	6,6
De 6 a 9	89	7,1	Seis	137	11
De 10 a 24	353	28,3	Cinco	50	4
De 25 a 44	325	26	Entre cuatro y dos	52	4,1
Mayor de 45	342	27,4	Ninguno	927	74,3
Esquema de vacunas			Dependencia económica		
Si	121	9,7	Si	660	52,9
No	1127	90,3	No	588	47,1
Antecedentes de maltrato			Edad de inicio de relaciones sexuales		
Nunca	204	16,3	No contesta	628	50,3
En pocas ocasiones	566	45,4	Siendo menor de edad (12-	300	24
Una vez por mes	73	5,8	Entre los 18-21 años	239	19,2
Una vez por semana	31	2,5	Más de 21 años	81	6,5
Todos los días	374	30,0	Usa condón		
Opinión sobre el castigo físico			Si	111	8,9
De acuerdo	40	33,8	No	1083	86,8
Inseguro	253	20,3	No responde	54	4,3
En desacuerdo	573	45,9	Relaciones sexuales con pareja estable		
Haber sido gritado en el núcleo familiar			Si	439	35,2
Todos los días	30	2,4	No	781	62,6
Una vez por semana	34	2,7	No responde	28	2,2
Algunas veces	526	42,1	Relaciones sexuales con parejas distintas		
Hace poco	658	52,7	No	1110	88,9
Discapacidad			No responde	87	7
Si	38	3	Ha oído sobre el SIDA		
No	1210	97	Si	570	45,7
Asistencia a consulta Odontológica			No	597	47,8
Si	496	39,7	No responde	81	6,5
No	752	60,3	Resultados de la citología		
Dedicación del tiempo libre			Normal	279	22,4
Estudia	35	2,8	Anormal	56	4,5
Trabaja	93	7,5	Nunca se la ha hecho	169	13,5
Hace deporte	100	8	No responde	744	59,7
Ve televisión	154	12,3	Planifica		
Juega	212	17	Si	235	18,8
Otros	654	50,5	No	1013	81,2

Fuente. Este estudio

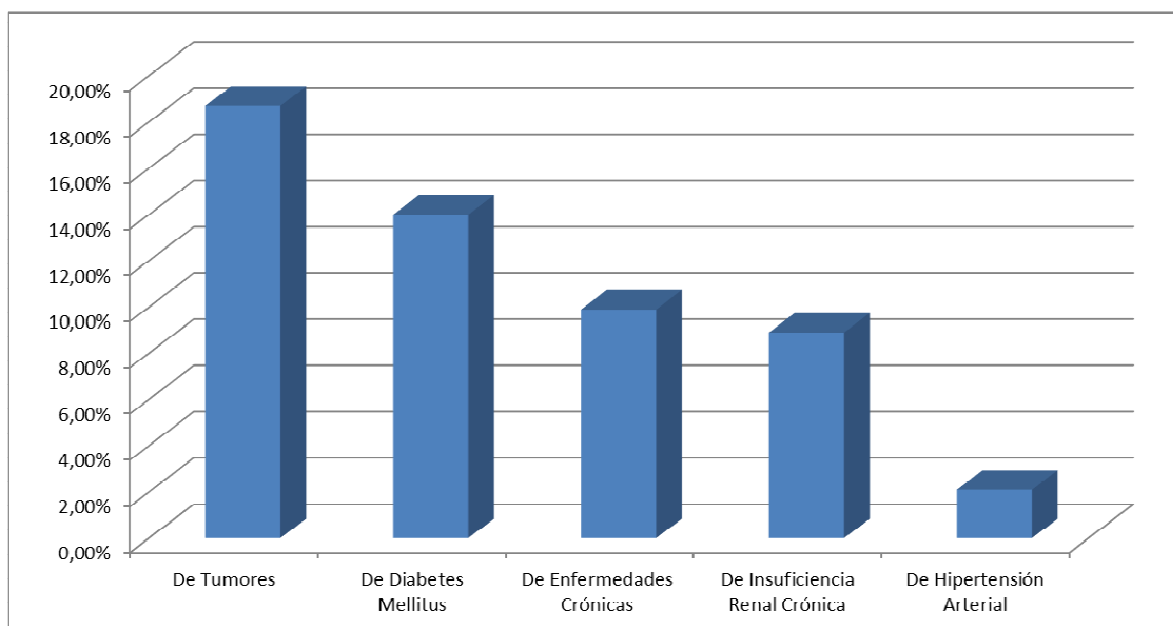
6.3 Objetivo 3: Establecer la relación de los antecedentes personales y familiares de enfermedad con aspectos sociodemográficos de los afiliados de la EPS EMSSANAR del régimen subsidiado.

El 10.2% de los afiliados respondieron haber tenido antecedentes personales de Hipertensión Arterial, el 1.8% de órganos de los sentidos, el 21% de trastornos gástricos, el 15.3% de infecciones, el 1.9% de Diabetes Mellitus, el 9.1% de tumores, el 2% de Insuficiencia Renal Crónica, el 9.7% de anemia, el 11.5% de traumas, el 11.3% de infecciones de vías urinarias, el 6.9% de otras enfermedades crónicas, el 1% de enfermedades en la piel, y el 4.4% de intervenciones quirúrgicas . De otra parte, el 2.1% reporta tener antecedentes familiares de Hipertensión Arterial, el 14% antecedentes de Diabetes, el 18.7% antecedentes de cáncer, el 8.9% antecedentes de insuficiencia renal crónica y el 9.9% de otras enfermedades crónicas (Véase figuras 1 y 2).



**Figura 1. Antecedentes personales de los afiliados de Emssanar ESS
según base de datos, 2010**

Fuente. Este estudio



**Figura 2. Antecedentes familiares de los afiliados a Emssanar ESS
según base de datos, 2010**

Fuente. Este estudio

La tabla 4 presenta frecuencias, prevalencias y razón de prevalencias (RP, que mide el riesgo del evento de un grupo frente a otro) de antecedentes personales de enfermedad según las cuatro variables independientes consideradas en el estudio, destacándose los siguientes resultados:

Por Municipio, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre Pasto e Ipiales en las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial con prevalencias de 11.4% y 4.5%, respectivamente y una RP de 2.5; Anemia con prevalencias de 8.2% versus 16.8% y una RP de 0.49; Trauma con prevalencias de 9.7% versus 19.5% y una RP de 0.5; Trastornos Gástricos con prevalencias de 10% versus 17.3% y una RP de 0.5; Infección en Vías Urinarias con prevalencias de 10.0% versus 17.3% y una RP de 0.58 y Otras Enfermedades Crónicas con prevalencias de 16.0% versus 10.5% y una RP de 0.58 (Véase Tabla 4).

Según Área de Residencia, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre las áreas Urbana y Rural en las siguientes enfermedades: Otras Enfermedades Crónicas con prevalencias de 10.3% y 13.3%, respectivamente y una RP de 0.77; Enfermedades Infecciosas con prevalencias de 12.7% versus 20.5% y una RP de 0.62 y Enfermedades de la Piel con prevalencias de 0.5% versus 1.9% y una RP de 0.26 (Véase Tabla 4).

Por Núcleo Familiar, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre los núcleos familiares compuestos por una persona y los compuestos por dos o más personas en las siguientes dos enfermedades: Hipertensión Arterial con prevalencias de 10.0% y 7.7%, respectivamente y una RP de 1.31 y Enfermedades de la Piel con prevalencias de 0.8% versus 5.1% y una RP de 0.16 (Véase Tabla 4).

Según el Nivel del Sisben, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre los niveles uno y dos en Insuficiencia Renal con prevalencias de 1.5% y 2.2%, respectivamente y una RP de 0.68 y en Trauma con prevalencias de 11.4% versus 9.4% y una RP de 1.24 (Véase Tabla 4).

La tabla 5 presenta los mismos resultados de la tabla anterior para antecedentes familiares de enfermedad según las cuatro variables independientes consideradas en el estudio, destacándose los siguientes resultados:

Por Municipio, se observó diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre Pasto e Ipiales solamente en Insuficiencia Renal Crónica con prevalencias de 10.0% y 3.6%, respectivamente (Véase Tabla 5).

Según Área de Residencia, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre las áreas Urbana y Rural en las siguientes dos enfermedades:

Diabetes Mellitus con prevalencias de 15.8% y 10.4%, respectivamente y una RP de 1.52 y Cáncer con prevalencias de 21.3% versus 13.3% y una RP de 1.6 (Véase Tabla 5).

En ninguna de las enfermedades analizadas en el estudio se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre los núcleos familiares compuestos por una persona y los compuestos por dos o más personas (Véase Tabla 5).

Según el Nivel del Sisben, se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) entre los niveles dos y uno en Hipertensión Arterial con prevalencias de 3.0% y 1.4%, respectivamente y una RP de 2.14 y en Diabetes Mellitus con prevalencias de 19.0% versus 12.0% y una RP de 1.58 (Véase Tabla 5).

Tabla 4.

Análisis bivariado de los antecedentes personales de las principales enfermedades de los afiliados a Emssanar ESS según Municipio, Área, Núcleo y Nivel de Sisben.

Variables Independientes		Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus	Tumores	Insuficiencia Renal	Anemia	Trauma	Trastornos gástricos	IVU	Enf. Crónicas	Enf. Infecciosas	Interven QX.	Enf. Piel	Otras enf.	Enf. Órganos
		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Municipio	Pasto	117	23	88	23	84	100	184	103	63	155	43	10	3	18
		11.40%	2.20%	8.60%	2.20%	8.20%	9.70%	17.90%	10.00%	6.10%	15.10%	4.20%	1.00%	0.30%	1.80%
	Ipiiales	10	1	26	2	37	43	78	38	23	36	12	2	2	4
		4.50%	0.50%	11.80%	0.90%	16.80%	19.50%	35.50%	17.30%	10.50%	16.40%	5.50%	0.90%	0.90%	1.80%
	Razon Prevalencia	2.53	4.40	0.73	2.44	0.49	0.50	0.50	0.58	0.58	0.92	0.76	1.11	0.33	1.00
		valor P	0.002	0.081	0.128	0.202	0	0	0.002	0.021	0.631	0.404	0.93	0.188	0.945
Área	Rural	36	8	30	6	35	54	94	55	37	85	16	8	2	8
		8.70%	1.90%	7.20%	1.40%	8.50%	13.00%	22.70%	13.30%	8.90%	20.50%	3.90%	1.90%	0.50%	1.90%
	Urbano	91	16	84	19	86	89	168	86	49	106	39	4	3	14
		10.90%	1.90%	10.10%	2.30%	10.30%	10.70%	20.10%	10.30%	5.90%	12.70%	4.70%	0.50%	0.40%	1.70%
	Razon Prevalencia	1.25	1.00	1.40	1.64	1.21	0.82	0.89	0.77	0.66	0.62	1.21	0.26	0.80	0.89
		valor P	0.233	0.987	0.103	0.325	0.296	0.215	0.296	0.118	0.044	0	0.511	0.013	0.745
Núcleo	Una persona	122	24	112	25	116	138	257	138	85	179	52	10	5	22
		10.10%	2.00%	9.30%	2.10%	9.70%	11.50%	21.40%	11.50%	7.10%	14.90%	4.30%	0.80%	0.40%	1.80%
	Dos personas	3	0	2	0	4	3	4	3	1	11	3	2	0	0
		7.70%	0.00%	5.10%	0.00%	10.30%	7.70%	10.30%	7.70%	2.60%	28.20%	7.70%	5.10%	0.00%	0.00%
	Razon Prevalencia *	1.31		1.82		0.94	1.49	2.08	1.49	2.73	0.53	0.56	0.16		
		valor P	0.025	0.817	0.681	0.807	0.928	0.32	0.369	0.697	0.633	0.148	0.72	0.06	0.979
Nivel Sisben	1	83	15	72	13	85	99	186	97	58	134	34	8	4	16
		9.80%	1.80%	8.50%	1.50%	10.10%	11.70%	22.00%	11.50%	6.90%	15.90%	4.00%	0.90%	0.50%	1.90%
	2	42	9	38	8	33	34	64	42	24	51	19	4	1	6
		11.60%	2.50%	10.50%	2.20%	9.10%	9.40%	17.60%	11.60%	6.60%	14.00%	5.20%	1.10%	0.30%	1.70%
	Razon Prevalencia **	0.84	0.72	0.81	0.68	1.11	1.24	1.25	0.99	1.05	1.14	0.77	0.82	1.67	1.12
		valor P	0.343	0.474	0.558	0.001	0.759	0.015	0.094	0.418	0.752	0.716	0.638	0.789	0.655

Valor p: Chi cuadrado de Pearson para establecer la dependencia entre variables dependientes y las independientes.

Fuente. Este estudio.

Tabla 5.

Análisis bivariado de los antecedentes familiares de las principales enfermedades de los afiliados a Emssanar ESS según Municipio, Área, Núcleo y Nivel de Sisben.

Antecedentes Familiares de los afiliados a Emssanar ESS según Municipio, Área, Núcleo y Nivel de Sisben		Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus	Cáncer	Insuficiencia Renal Crónica	Otras Enfermedades Crónicas	Infarto
		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Municipio	Pasto	22	151	195	103	109	2
		2,10%	14,70%	19,00%	10,00%	10,60%	0,20%
	Ipiates	4	24	38	8	15	1
		1,80%	10,90%	17,30%	3,60%	6,80%	0,50%
	Razon Prevalencia	1,17	1,35	1,10	2,78	1,56	0,40
Área	valor P	0,762	0,143	0,558	0,003	0,089	0,475
	Rural	6	43	55	32	34	0
		1,40%	10,40%	13,30%	7,70%	8,20%	0,00%
	Urbano	20	132	178	79	90	3
		2,40%	15,80%	21,30%	9,50%	10,80%	0,40%
Núcleo familiar	Razon Prevalencia	1,71	1,52	1,60	1,23	1,32	
	valor P	0,269	0,009	0,001	0,308	0,152	0,222
	Una persona	26	169	222	108	118	3
		2,20%	14,10%	18,50%	9,00%	9,80%	0,20%
	Dos personas	0	5	10	2	6	0
Nivel Sisben		0,00%	12,80%	25,60%	5,10%	15,40%	0,00%
	Razon Prevalencia *		1,10	0,72	1,76	0,64	
	valor P	0,797	0,97	0,071	0,743	0,555	0,99
	1	12	101	157	78	84	3
		1,40%	12,00%	18,60%	9,20%	10,00%	0,40%
Nivel Sisben	2	11	69	72	32	37	0
		3,00%	19,00%	19,80%	8,80%	10,20%	0,00%
	Razon Prevalencia *	2,14	1,58	1,06	0,96	1,02	0,00
	valor P	0,012	0,005	0,29	0,327	0,843	0,487

Valor p: Chi cuadrado de Pearson para establecer la dependencia entre variables dependientes y las independientes.

Fuente. Este estudio.

7. DISCUSIÓN

Los pacientes pobres o sin capacidad económica para aportar al sistema de salud se reflejan en este documento de manera similar a un importante documento en salud pública, denominado “Análisis de Situación de Salud por Regiones en Colombia”, el cual resume la Situación de Salud de Colombia a partir de la síntesis realizada para cada una de las seis Regiones: Caribe, Central, Bogotá, Oriental, Amazonía–Orinoquía y Pacífica, esta última en la que está incluido el Departamento de Nariño. Para mostrar la semejanza con las características individuales y familiares de los afiliados en el régimen subsidiado por Emssanar, se emplearon fuentes de información oficiales del sistema de salud, tales como: Encuesta Nacional de Salud del año 2007 (ENS 2007), Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 2005 y 2010 (ENDS 2005 y ENDS 2010), Encuestas Nacionales de Situación Nutricional de 2005 y 2010 (ENSIN 2005 y ENSIN 2010), Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), Registros de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), información censal y de los registros vitales compilados por el DANE, así como otras informaciones de salud disponibles en los cubos de datos del Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO).

En la región Pacífica donde se encuentra el Departamento de Nariño y los municipios de Pasto e Ipiales, el porcentaje de afiliación al sistema de salud es del 90,69%. El 54,42% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 35,51% al contributivo, el 0,76% al especial y el restante 9,31% no está afiliado al sistema, siendo esta una de las regiones del país con más afiliados al régimen subsidiado; asimismo estas capas sociales pobres o de menor ingreso económico objeto de este estudio se encuentran experimentando una transición demográfica²⁸⁻²⁹. Solo una veinteava parte de estos afiliados tuvo hijos muertos en el momento del nacimiento, nadie informó haber tenido complicaciones durante

el embarazo o prenatales y más de la mitad informó no haber tenido hijos, resultados de este estudio a 2010 que están por encima del promedio nacional, lo cual probablemente se deba a un mejor acceso a los servicios de salud. Lo anterior es coherente con la ENDS 2010, donde el 91,7% de las mujeres encuestadas que habían dado a luz en los 5 años previos a la encuesta, habían recibido atención prenatal de un profesional médico²⁸, lo cual representa un 4,6% más de lo encontrado en la ENDS 2005, adicionalmente a esto el 5,3% de las atenciones prenatales fueron brindadas por un profesional de Enfermería, un 1,5% menos que lo encontrado en la ENDS 2005, solo un 3,0% de las mujeres no recibieron atención prenatal lo cual es un 3,4% menos que lo encontrado en el año 2005 y el 77% de las mujeres encuestadas mencionaron que habían iniciado sus controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo³⁰⁻³².

De la misma manera la cobertura de control prenatal también se ha incrementado en Colombia un 3,86% durante el quinquenio 2005-2010. Lo anterior es consistente con los datos de la región Pacífica y el país que cuentan con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad infantil o perinatales que se mantienen bajas. Asimismo en los grupos de edad de los afiliados objeto de este estudio como los evidenciado por el ASIS en la región Pacífica, se evidencia un descenso en los menores de edad y una mayor concentración en el grupo de los adultos jóvenes, los cuales se suponen deberían ser activos económicamente, no obstante este último aspecto sobre la ocupación difiere con este estudio, ya que a nivel regional alrededor de la mitad de esta población en edad de trabajar es dependiente económicamente, mientras que los afiliados de Emssanar nueve décimas partes no trabajan, la mayoría no han aprendido una labor calificada, más de las tres cuartas partes cuando trabajan lo hacen máximo dos días o nunca, aun cuando tres cuartas partes de estos afiliados son cabeza de familia, esto sin duda refleja una situación alarmante de pobreza

extrema, siendo el Departamento de Nariño, uno de los Departamentos con menos variaciones en cuanto a desigualdades sociales en el país, es decir donde menos se redujo o aumento cuando la distribución de la riqueza, si se analiza el Índice Gini. Igual que la región pacifica la distribución de esta población de afiliados es parecida con más de tres quintas partes viviendo en zona urbana³¹.

Respecto al nivel educativo, el analfabetismo es de 3,1% en estos afiliados, es decir, se encuentra mínimamente por debajo de la proporción de analfabetismo en las personas mayores de 15 años en Colombia, que es de 5,8% según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, para el año 2011. Lo anterior muy seguramente debido a que las tasas de cobertura neta y cobertura bruta de educación básica y media han ido en incremento durante los años 2002 y 2011, pues estas han pasado de 84,39% a 90,54% y de 90,57% a 103,44% respectivamente. No obstante, la pobreza manifestada en las necesidades de trabajo y las dificultades económicas siguen siendo las causas de deserción escolar según este estudio³².

Según el DANE, las condiciones de la vivienda se refieren a las condiciones físicas que poseen las viviendas que habitan las personas, por tanto se consideran inapropiadas aquellas móviles o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes/techos o con paredes/techos de tela o de materiales de desecho o con pisos de tierra. No obstante, la mayoría de los afiliados de EMSSANAR ESS objeto de estudio poseen viviendas apropiadas consecuentes con el Censo 2005 del DANE donde el Departamento de Nariño es uno de los Departamentos con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) promedio del país³³.

Si bien el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en unión ha ido incrementando tanto en el área urbana como en el área rural, 79,0% y 79,2% respectivamente según la ENDS 2010, este comportamiento no se ve reflejado en este

estudio, ya que cuatro quintas partes no planifica ni usa condón, tres cuartas partes de las mujeres partes nunca se ha hecho la citología o no responde acerca de esta tamización, tres quintas partes como método anticonceptivo usa el método del ritmo, el cual no protege de enfermedades de transmisión sexual ni previene de embarazos no deseados, casi la mitad no sabe que es el SIDA y asimismo tres quintas partes no tiene una pareja estable. Lo anterior no podría relacionarse con el nivel educativo o la zona de residencia como el análisis que sobre la ENDS 2010 se suele hacer, debido a que la brecha entre las mujeres sin educación y con educación superior se ha ido reduciendo sustancialmente a través del tiempo. Estos resultados sobre los afiliados objetos de estudio contradicen la información más reciente en el país, ya que los afiliados analizados están en edad de planificar y las mujeres están en edad de realizarse la citología, sumado a esto la evidencia demuestra que en las tres últimas generaciones, las mujeres en Colombia han comenzado más temprano su actividad sexual, planifican y conocen las barreras protectoras de enfermedades de transmisión sexual; todo ello en la medida en la que poseen mayor educación, siendo la población estudio la excepción dada su baja escolaridad y condiciones socioeconómicas^{28,30-32}.

La violencia como fenómeno social, cultural, político y económico pudo evidenciarse en este estudio, pues se encuentra que cuatro quintas partes de los afiliados ha tenido antecedentes de maltrato físico y psicológico a través de los gritos y la tercera parte está de acuerdo con el castigo físico^{5, 34}, por tanto se puede deducir que las conductas violentas se practicaron y se han seguido aceptando en todo el país, por ejemplo el Análisis de Situación de Salud por Regiones de Colombia muestra que de todos los casos de violencia sexual notificados al Sivigila, el 55,13% corresponde a violencia física, el 19,31% a abuso sexual y el 12,65% a violencia psicológica, mientras el 12,82% de los casos corresponden a causas como privación y negligencia, asalto y acoso sexual, explotación

sexual de niñas, niños y adolescentes (NNA), trata de personas para explotación sexual, pornografía y turismo sexual³¹. De igual manera según la ENDS 2010 el 37,4% de las mujeres encuestadas que alguna vez estuvieron casadas o unidas manifestaron haber recibido agresiones físicas por parte de su compañero, siendo esta población junto con los niños los más afectados³². Los resultados de este estudio demuestran que la aceptación del castigo físico y verbal como su uso, sigue vigente en capas sociales bajas pese a que actualmente es menos tolerable el empleo del castigo, porque se reconoce más ampliamente la necesidad de respetar los derechos de los niños y personas, aunque se sabe que algunas personas pierden de vista los límites difusos entre lo que se considera castigo moderado y castigo severo, que tienden a repetir comportamientos de abuso de otras generaciones³⁴⁻³⁵.

Es preocupante que la mayoría de los afiliados no recuerde si fue vacunado contra el sarampión y la rubéola y la triple viral cuando para el año 2011 en Colombia las coberturas de vacunación se encuentran alrededor del 85%. Según el Análisis de Situación de Salud por Regiones en Colombia, la cobertura de vacunación en Nariño está por debajo del promedio Nacional, razón por la cual es posible que algunos de los afiliados no cuenten con una cobertura adecuada de prevención primaria, lo cual contradice la excelente cobertura de vacunación que ha demostrado el Ministerio de Salud y Protección Social³¹.

En Colombia la incidencia de algunas enfermedades infecciosas han tendido al incremento durante los años 2008-2010. Esta situación no es ajena al Departamento de Nariño y los afiliados del régimen subsidiado dado que es uno de los Departamentos con más presencia de enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores, cuyo años de vida potencialmente perdidos se caracterizan por una emergencia de estas en la Costa Pacífica mas no en municipios de la Cordillera Andina como Pasto e Ipiales. Si bien la región pacífica donde está el Departamento muestra una tendencia al descenso de las

enfermedades crónicas y discapacitantes durante los años 2008 a 2010 a diferencia de la región Amazonía-Orinoquía donde la mortalidad ha tendido al incremento, las enfermedades crónicas en el Departamento de Nariño en 2010 generan la mayor parte de la carga de enfermedad, siendo mayor en mujeres. Esta tendencia no es la excepción para el caso de los antecedentes personales por estas enfermedades en los afiliados, ya que como las transmisibles en ascenso en el Departamento, las no transmisibles tales como: la insuficiencia renal crónica, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y otras enfermedades, representan una décima y hasta más de dos décimas partes de los afiliados. Hay que tener en cuenta que en este estudio y en el Análisis de Situación de Salud por Regiones de Colombia donde la región Pacífica aportó el 17,09% (39.420 muertes) de la mortalidad del país, la principal causa de muerte fueron del sistema circulatorio con un 25,59%, mientras el grupo de las neoplasias constituyeron la segunda y tercera causa de muerte más frecuente de mortalidad con tasas ajustadas de 49,62 y 42,25 por cada 100.000 habitantes respectivamente para el año 2010³¹.

No es de extrañar que los afiliados objeto de estudio que habitan zonas urbanas hayan presentado antecedentes personales y familiares de enfermedades como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cáncer, Insuficiencia Renal Crónica, Anemia e Infarto, todas del grupo de Enfermedades No transmisibles, ya que según otros estudios, si bien los beneficios de las ciudades que reportan los países de ingresos altos están basados en que la mortalidad y la morbilidad es baja porque los peligros para la salud ambiental pueden ser reducidos gracias a un abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento apropiados, una acertada gestión de los desechos, una vivienda más adecuada y un control de los niveles de contaminación, y además una esperanza de vida mayor, puesto que conocen los beneficios que suponen para la salud el no fumar, mantener una buena higiene,

seguir una dieta equilibrada y hacer ejercicio; yace otra realidad en los países de bajos y medianos ingresos como Colombia y en Regiones como Nariño, puesto que todavía tienen muchas deficiencias estructurales, políticas, económicas, culturales y ambientales para este ideal de desarrollo, puesto que son en estas zonas urbanas como Pasto, Ipiales y las sobrepobladas ciudades de Colombia donde vive la mayoría de los habitantes urbanos pobres del mundo solos o en núcleos familiares de 2 a más personas en condiciones de hacinamiento, y quienes viven en hogares que carecen de los servicios básicos como abastecimiento de agua y saneamiento y donde las enfermedades crónicas van en aumento.

La expresión de los antecedentes familiares y personales de las enfermedades presentadas en este estudio, denotan las denominadas desigualdades secundarias y los factores socialmente controlables denominados desigualdades primarias, ya que la prevención y el tratamiento de estas enfermedades tan relevantes representan objetivos políticos a corto plazo³⁶⁻³⁷.

En los pacientes del régimen subsidiado de los Municipios de Pasto e Ipiales del Departamento de Nariño, las enfermedades crónicas son una causa importante de morbilidad y su tendencia es al aumento. Asimismo hay una convivencia simultánea de estas enfermedades con las de tipo infeccioso, los rápidos procesos de urbanización, la transición demográfica y un sistema de salud poco preparado para enfrentar el desafío de las condiciones crónicas³⁸⁻⁴³. Este último aspecto es evidente a nivel local si se revisa el antecedente en el que solo hasta el año de 2004, la Dirección Municipal de Salud de Pasto (DMS), estimó la prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades crónicas, mientras la prevención de enfermedades crónicas en Pasto, no fue una prioridad en la planeación local hasta cuando se incluyó en el Plan de Desarrollo Municipal "Pasto Mejor" 2004-2007 como un objetivo dirigido a la reducción de estas enfermedades y en el actual

Plan de Desarrollo “Pasto transformación productiva”. De igual manera en el año 2005 la DMS tomó la decisión de formular el Plan Local para la Prevención de las Enfermedades Crónicas (PLIPEC), utilizando el Marco Progresivo para la Prevención de Enfermedades Crónicas (MPPEC) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴⁴.

Respecto al Municipio de Ipiales se puede decir que sobre el sector salud se hace referencia a la necesidad de fortalecer el nivel de aseguramiento, salud pública y prestación del servicio de salud dentro del primer nivel de atención a la población, dadas las deficiencias en la universalización del aseguramiento y prestación de los servicios de salud, especialmente en la zona urbana donde reside el 70.4% de la población, con una mayoría femenina que corresponde al 50,9%, una disminución en la población de 0-4 años y un aumento en la población entre 10 y 50 años. Cabe mencionar que las enfermedades que mayor afectación generan son las infecciosas y sobre todo las enfermedades crónicas como Diabetes, Hipertensión, Enfermedades del Sistema Respiratorio, entre otras evidenciadas en este estudio. Es importante destacar que el Plan de Gobierno del Municipio de Ipiales “Todos por Ipiales” 2012-2015 destacó algunas causas principales de sus problemas de salud, las cuales se asemejan a las características individuales y familiares identificadas en la población diana de este estudio, entre ellas: la deficiente infraestructura sanitaria, los malos hábitos en la manipulación de alimentos, el mal manejo de basuras domiciliarias, la insuficiencia de los prestadores de servicios de salud, el débil sistema de vigilancia y control departamental y nacional, los problemas de violencia, desempleo, bajos ingresos, la falta de acceso a educación de comportamiento sexual y reproductivo y el sedentarismo; estas sin duda están asociadas al predominio de las enfermedades crónicas y a la acentuación de la pobreza que se deduce de este estudio⁴⁵.

Entre las limitaciones de este estudio, cabe mencionar primero que la caracterización del número de personas que conforman el núcleo o su nivel de SISBEN no fue altamente significativo para el análisis de este estudio. Segundo, que no fue posible establecer relaciones causales que permitan determinar claramente cuáles fueron los factores de riesgo asociados a la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas ni sobre la relación que pudiera existir entre una causa y efecto o si la una precede a la otra; ya que su deducción implicaría establecer una relación por factor pronóstico. En tercer lugar, no hay antecedentes de otras publicaciones que caractericen o reconozcan aspectos individuales y familiares de pacientes del régimen subsidiado en el país y mucho menos en la región Pacífica o el Suroccidente Colombiano, solo hay unos pocos estudios focalizados a cáncer⁴⁶, salud bucal en el Departamento de Nariño⁴⁷, orientados al acceso a servicios.

La fortaleza de este estudio radica en el esfuerzo de analizar y comprender datos provenientes de una encuesta realizada por una EPS de régimen subsidiado en el sur del país y la contribución que ofrece a los actores del sistema de salud para tomar medidas e investigar más desde el enfoque de los determinantes sociales de salud, cabe decir que este estudio si bien no estuvo orientado desde este enfoque de salud pública, insinúa que se profundice en la problemática de la población vulnerable como la de régimen subsidiado utilizando ese enfoque dadas las variables en este estudio analizadas.

8. CONCLUSIONES

La EPS EMSSANAR mediante la realización de una encuesta, la cual alimentó la base de datos analizada en este estudio, permitió que por primera vez se contará con una caracterización de afiliados de régimen subsidiado del Departamento de Nariño en Colombia por iniciativa de la ESS.

Estos hallazgos son útiles para proponer a nivel municipal y departamental que las acciones de política pública estén orientados a los ámbitos de la vida cotidiana y los servicios de salud.

Los hallazgos en este estudio sobre enfermedades crónicas, indiferentemente de la procedencia, el número de personas del núcleo familiar y el nivel de SISBEN a que pertenece el afiliado, señalan que son un problema de salud pública que no ha sido adecuadamente comprendido e intervenido, este resultado coincide con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud³⁰, la Encuesta Nacional de Salud³³, el Análisis de Situación de Salud de las Regiones de Colombia³¹ y el Estudio de Carga de Enfermedad del Departamento de Nariño, 2010⁴⁸.

La Educación, *strictus sensus*, es un Derecho que no está siendo garantizado por el Estado Colombiano, contribuyendo a las barreras de acceso a los servicios de salud y a los retrasos diagnósticos dependientes de la decisión y acción del individuo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministerio de la Protección Social. Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano. Bogotá: s.n.; 2009.
- 2) Navarrete P & Acosta RP. Análisis de la importancia de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud. Tesis. (para optar al título de Especialista en Seguros y Seguridad Social). Instituto de Posgrados, Universidad de La Sabana; 2009.
- 3) Ruiz F; Amaya L y Venegas S. Progressives health reform and access in Colombia. Health Economics. EEUU: s.n.; 2007.
- 4) Ministerio De Salud. Programa de Apoyo a la Reforma 2002. Facultad de Ciencias Económicas Centro de Investigación para el Desarrollo CID. Universidad Nacional de Colombia.
- 5) Pacheco Sánchez CI. Guerra y derecho a la salud en Colombia. El caso del Departamento de Nariño. Pasto: Med. Soc. 2009; 4(3):177–88.
- 6) República de Colombia. Gobernación de Nariño. Plan de Desarrollo Departamental “Nariño mejor” 2012-2015, 2012.
- 7) EMSSANAR. Perfil demográfico y de salud EMSSANAR EPS-S año 2010, 2011.
- 8) _____. Diagnóstico del estado de salud EMSSANAR EPS-S año 2011, 2012
- 9) MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Organización Internacional para las Migraciones-OIM-. Documento diagnóstico “Barreras de acceso a los servicios de salud relacionadas con las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado”. Desarrollo del Proyecto OID - 0013 de 2006, Convenio 114 de 2006.
- 10) Vilorio de la Hoz, J. Economía del departamento de Nariño: Ruralidad y aislamiento geográfico. Documentos de trabajo sobre economía regional #87. Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), 2007.

- 11) Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Bogotá: Banco Mundial; 2002.
- 12) DNP. CONPES 3187. Desarrollo institucional del sistema social de riesgo y del fondo de equilibrio y protección social. Bogotá: s.n.; 2002.
- 13) North Douglass C. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. Cambridge University Press. 1990. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud– PARS. Asistencia Técnica – Garantía de una mejor gestión del Régimen Subsidiado. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
- 14) Restrepo JH; Restrepo N. Experiencia regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Simposio instituciones y procesos regulatorios en el sector salud. Bogotá: Asociación Colombia de Economía de la Salud; 2007.
- 15) Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: s.n.; 2012.
- 16) ALAMES. El caso colombiano: El mercado no es para todos y todas. En: Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social: 85-104.
- 17) World Health Organisation (WHO). (2008). Commission of Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Retrieved June 5, 2009 from the World Wide Web http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf.
- 18) Aday L, Andersen R.A Framework for the study of access to medical care. Health Services Research 1974;9(3):208-20.
- 19) Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inequalities in health: from the epidemiologic

- model towards intervention. Pathways and accumulations along the life course. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009 Dec; 57(6):429-35.
- 20) República de Colombia. Gobernación de Nariño. Plan de Desarrollo Departamental “Nariño mejor” 2012-2015, 2012.
- 21) Ruiz F, Garavito L, Peñaloza E. Diseño de alternativas de contratación y pago de servicios de salud entre entidades territoriales y hospitales públicos. Documento técnico ASS 1154-04. Cendex Pontificia Universidad Javeriana. Departamento de Planeación Nacional.
- 22) Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Garavito L, Mejía M, Puente y otros. Propuestas de ajuste a la política del régimen subsidiado de salud en Colombia, Pontificia Universidad Javeriana. Fundación Corona. Fundación Social. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo CEJA; 2002.
- 23) PNUD. Universidad de Nariño, Grupo Energía de Bogotá. Nariño: Informe sobre el estado; s.f.
- 24) Murray CJL, Frenk J. Summary measures of population health in the context of the WHO framework for health system performance assessment. *de los objetivos del desarrollo del milenio. Estado de avance 2011*, 2011.
- 25) Acosta Ramírez N, Peñaloza RE, Rodríguez García J. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento técnico ASS/1502-08. Bogotá, Colombia: Cendex— Pontificia Universidad Javeriana; 2008. Disponible en: http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf Acceso el 7 de setiembre de 2011.
- 26) Molina G; Montoya N, Rodríguez T, Claudia M, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. *Rev. Fac. Nac. Salud*

- Pública 2006, 24 (1): 48-60.
- 27) Cardona A, Arbeláez P, Chávez B, et al. Impacto de la reforma de seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia. En: Rev Fac Nac Salud Pública 1999; 16(2):9-29.
 - 28) Céspedes JE, Martínez R, Olaya S., et al. Reforma de la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. En: Rev Salud Pública 2000; 2(2):145-164.
 - 29) Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Bogotá: Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2010.
 - 30) Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Bogotá: Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2005.
 - 31) Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia [Internet]. Ministerio. Grupo ASIS D de E y DM de S y PS, editor. Bogotá, Colombia; 2013. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/An%C3%A1lisis_de_situaci%C3%B3n_de_salud_por_regiones.pdf.
 - 32) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011.
 - 33) DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá: Censo General; 2005.
 - 34) Ministerio de Protección Social. Universidad de Antioquia FN de SP. Relaciones familiares y salud sexual y reproductiva. In: Ministerio de Protección Social y la Universidad de Antioquia FN de SP, editor. Análisis de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Bogotá, Colombia: Imprenta N.1; 2010.
- .

- 35) Aguirre, E. Cambios sociales y prácticas de crianza en la familia colombiana. En E. Aguirre & J. Yáñez (eds.), *Diálogos I. Discusiones en la Psicología Contemporánea*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000.
- 36) Acuña A., Ceballos, M P., et al. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual masculino en Colombia. Medellín: Congreso de Urología Colombiana; 2005.
- 37) Aguirre, E. Prácticas de crianza y pobreza. En E. Aguirre {ed.}, *Diálogos 2. Discusiones en la Psicología Contemporánea*. Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
- 38) Goldie SJ, Daniels N. Model-Based Analyses to Compare Health and Economic Outcomes of Cancer Control: Inclusion of Disparities. *J Natl Cancer Inst*. 2011; 103:1373–86.
- 39) Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA* 2004; 291(21):2616-22.
- 40) Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save?. *Lancet* 2005; 366 (9496):1578-82.
- 41) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. *Forjemos el futuro*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 42) González M, De la Hoz F. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, 1990 a 1999. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2002; 7:205-226.
- 43) Perel P, Casas JP, Ortiz Z, Miranda JJ. Non-communicable diseases and injuries in Latin America and the Caribbean: Time for action. *PLoS Med* 2006; 3(9): e344. DOI: 10.1371/ journal.pmed.0030344.
- 44) Lucumi DI et al. Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas en Pasto, Colombia. En: *Rev. Salud Pública* 2008; 2: 343-351.

- 45) Alcaldía Municipal de Ipiales. Plan de Desarrollo 2012-2015 Todos por Ipiales.
- 46) Rocha-Buelvas A, Trujillo-Montalvo E, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso A. Carga de Cáncer del Departamento de Nariño y Subregiones, Colombia, 2010. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 340-354.
- 47) Rocha-Buelvas A, Troya A, Hidalgo-Eraso A. Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(3): 359-371
- 48) Rocha-Buelvas A, Trujillo-Montalvo E, Hidalgo-Patiño C, Hidalgo-Eraso A. Disease burden in Nariño, Colombia, 2010 Colomb Med. 45(3): 96-103.