

# CARACTERIZACION DE AFILIADOS NACIONAL.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## Contenido

1.	CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL .....	3
2.	CONTEXTO DEMOGRÁFICO .....	5
2.1.	Curso de vida .....	5
2.2.	Grupos quinquenales .....	5
2.3.	Pirámide poblacional.....	6
2.4.	Índices demográficos .....	8
3.	GRUPOS POBLACIONALES ESPECIALES.....	10
4.	DINAMICA POBLACIONAL .....	11
4.1.	Índice de envejecimiento. ....	11
4.2.	Tasa bruta de natalidad.....	12
4.3.	Tasas de fecundidad.....	14
5.	MORTALIDAD. ....	15
5.1.	Mortalidad según grandes causas (DANE) .....	15
5.2.	Mortalidad mediante el uso de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) .....	17
6.	MORTALIDAD TRAZADORA .....	20
6.1.	Tumor maligno de mama. ....	20
6.2.	Tumor maligno de cuello uterino.....	21
6.3.	Mortalidad por diabetes mellitus.....	22
6.4.	Tasa de mortalidad por tuberculosis.....	23
6.5.	Tasa de mortalidad por VIH.....	24
6.6.	Tumor maligno de próstata.....	24
6.7.	Tumor maligno del estomago. ....	25
6.8.	Enfermedades crónicas en las vías respiratorias inferiores.....	26
7.	MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ .....	26
7.1.	Razon de mortalidad materna. ....	27
7.2.	Mortalidad perinatal .....	27
7.3.	Mortalidad infantil .....	28
7.4.	Mortalidad en la niñez .....	29
7.5.	Mortalidad por IRA en menores de 5 años. ....	30
8.	MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN GRANDES CAUSAS.....	31
8.1.	Mortalidad por grandes causas en población menor de 1 año. ....	31

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

8.2.	Mortalidad por grandes causas en población de 1 a 4 años.....	32
8.3.	Mortalidad por grandes causas en población menor de 5 años.....	32
9.	MORBILIDAD POR CURSO DE VIDA - GRANDES CAUSAS Y SEXO.....	33
9.1.	Primera Infancia (0 a 5 años).....	33
9.2.	Infancia (6 a 11 años).....	34
9.3.	Adolescencia (12-18 años).....	34
9.4.	Juventud ( 14 – 26 años).....	35
9.5.	Adulthood (29 – 59 años).....	36
9.6.	Mayores de 60 años.....	36
10.	MORBILIDAD TRAZADORA.....	37
10.1.	Tasa de incidencia de sífilis congénita.....	37
10.2.	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.....	38
10.3.	Prevalencia Enfermedad renal crónica en estadio 5.....	38
10.4.	Prevalencia Anemia en mujeres de 10 a 13 años.....	39
10.5.	Prevalencia Hipertensión arterial de 18 a 69 años.....	40
10.6.	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años.....	41
10.7.	Prevalencia de VIH/SIDA.....	41
11.	PATOLOGÍAS Y EVENTOS DE ALTO CONSUMO.....	42
12.	DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD.....	44
12.1.	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años.....	44
12.2.	Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna.....	45
12.3.	Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal.....	46
12.4.	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.....	46
12.5.	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida.....	47
12.6.	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal.....	48
12.7.	Porcentaje de partos institucionales.....	48
13.	Grupos de riesgo.....	49
14.	Monitoreo de eventos de interés.....	52
14.1.	10 primeros eventos de más casos reportados.....	53

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## 1. CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

La caracterización poblacional permite a la EPS identificar y priorizar los problemas, desagregados por las entidades territoriales donde se cuenta con población afiliada y así enfocar la gestión del riesgo y la gestión de la atención de los afiliados en el marco de coordinación intersectorial y transitoria establecida por el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

El análisis se centra en la información de diferentes fuentes. Se utiliza la información más actualizada disponible, que sea pertinente y permita la comparación con los datos territoriales disponibles. La información de fuente directa de COOSALUD EPS que se reporta fue generada en el 2022 se indica la fuente de la información y la fecha de corte.

En la Tabla 1 se observa como COOSALUD EPS registraba, a corte 30 de junio de 2022, un total de 3.109.258 afiliados, que representan el 6.42% de la población colombiana estimada por el DANE en 48.405.906 COOSALUD EPS, cuenta con afiliados en 28 departamentos y 421 municipios.

Tabla 1. Distribución de los afiliados a la EAPB por municipio de residencia.

Nombre de la Entidad territorial	Número de personas afiliadas a la EAPB según municipio de residencia	Porcentaje de la población afiliada a la EAPB en el departamento	Población de la entidad territorial	Porcentaje de la población afiliada a la EAPB en la ENTIDAD TERRITORIAL
PAÍS	3.109.258	100,00	48.405.906	6,42
ANTIOQUIA	415.826	13,37	6.470.948	6,43
ARAUCA	27.646	0,89	276.478	10,00
ATLANTICO	341.591	10,99	2.583.104	13,22
BOGOTA D.C.	18.039	0,58	7.500.818	0,24
BOLIVAR	388.121	12,48	2.187.381	17,74
BOYACA	70.787	2,28	1.136.321	6,23
CALDAS	261	0,01	878.015	0,03
CAUCA	4.094	0,13	1.294.301	0,32
CESAR	121.349	3,90	1.203.280	10,08
CHOCO	7.656	0,25	433.879	1,76
CORDOBA	135.144	4,35	1.658.732	8,15
CUNDINAMARCA	38.277	1,23	2.428.112	1,58
GUAINIA	48.502	1,56	49.425	98,13
LA GUAJIRA	1.639	0,05	971.683	0,17
MAGDALENA	316.847	10,19	1.338.836	23,67
META	1.337	0,04	981.617	0,14
NORTE DE SANTANDER	245.550	7,90	1.555.640	15,78
RISARALDA	6.520	0,21	971.006	0,67
SANTANDER	321.462	10,34	2.119.499	15,17
SUCRE	161.253	5,19	948.206	17,01
TOLIMA	1.822	0,06	1.250.286	0,15
VALLE	435.493	14,01	4.377.906	9,95

Fuente Sispro MSPS 2022

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 3 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

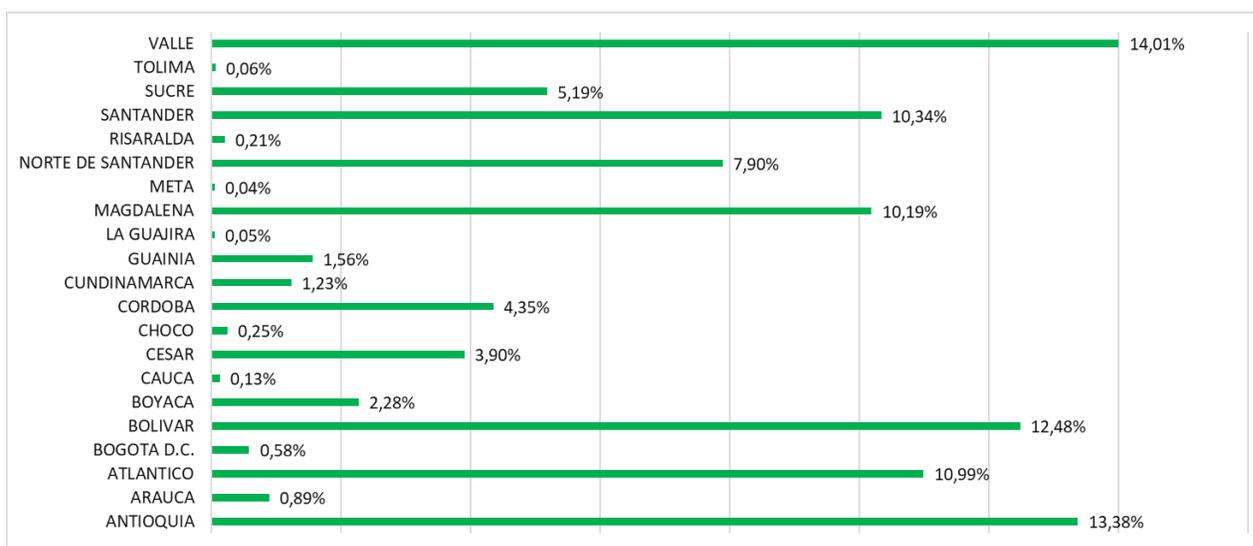
En la tabla 2 se evidencia como a nivel nacional en Colombia y en la EAPB COOSALUD EPS, el número de mujeres afiliadas a salud es superior al de hombres. Y como la concentración de la población se encuentra en el grupo de edad de 15-19 años.

Tabla 2. Caracterización demográfica comparativa Entidad territorial y EAPB junio 2022 por grupo de edad.

Grupo de edad							% ACUMULADO					
	COLOMBIA		EAPB		ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	ENTIDAD TERRITORIAL			EAPB		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	TOTAL PERSONAS	TOTAL PERSONAS	Hombres	Mujeres	total	Hombres	Mujeres	total
Total	23.456.477	24.770.828	1.507.472	1.601.786	48.227.305	3.109.258	%	%	%	%	%	%
0-4	1.567.248	1.490.454	118.332	112.466	3.057.702	230.798	6,68	6,02	6,34	7,85	7,02	7,42
5-9	1.765.512	1.684.865	125.944	120.290	3.450.377	246.234	7,53	6,80	7,15	8,35	7,51	7,92
10-14	1.905.016	1.819.319	144.407	136.594	3.724.335	281.001	8,12	7,34	7,72	9,58	8,53	9,04
15-19	1.965.094	1.939.961	145.696	143.961	3.905.055	289.657	8,38	7,83	8,10	9,66	8,99	9,32
20-24	1.952.778	2.075.470	122.200	138.536	4.028.248	260.736	8,33	8,38	8,35	8,11	8,65	8,39
25-29	1.975.559	2.074.348	111.607	129.226	4.049.907	240.833	8,42	8,37	8,40	7,40	8,07	7,75
30-34	1.818.578	1.913.861	94.552	111.550	3.732.439	206.102	7,75	7,73	7,74	6,27	6,96	6,63
35-39	1.708.410	1.831.545	88.189	105.268	3.539.955	193.457	7,28	7,39	7,34	5,85	6,57	6,22
40-44	1.553.075	1.681.320	88.951	103.129	3.234.395	192.080	6,62	6,79	6,71	5,90	6,44	6,18
45-49	1.371.741	1.497.845	79.060	89.399	2.869.586	168.459	5,85	6,05	5,95	5,24	5,58	5,42
50-54	1.349.672	1.483.099	82.618	89.974	2.832.771	172.592	5,75	5,99	5,87	5,48	5,62	5,55
55-59	1.259.475	1.399.616	80.153	83.760	2.659.091	163.913	5,37	5,65	5,51	5,32	5,23	5,27
60-64	1.029.886	1.163.531	70.959	71.993	2.193.417	142.952	4,39	4,70	4,55	4,71	4,49	4,60
65-69	794.307	902.511	53.163	53.994	1.696.818	107.157	3,39	3,64	3,52	3,53	3,37	3,45
70-74	580.863	672.063	38.262	39.243	1.252.926	77.505	2,48	2,71	2,60	2,54	2,45	2,49
75-79	381.039	462.572	25.121	27.006	843.611	52.127	0,02	1,87	1,75	1,67	1,69	1,68
80 Y MÁS	478.224	678.448	38.258	45.397	1.156.672	83.655	0,02	2,74	2,40	2,54	2,83	2,69

Fuente Sispro MSPS 2022

Grafico 1. Proporción de población afiliada por departamento (en municipios donde COOSALUD EPS tiene afiliados). COOSALUD EPS, junio 2022.



Fuente Sispro MSPS 2022

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## 2. CONTEXTO DEMOGRÁFICO

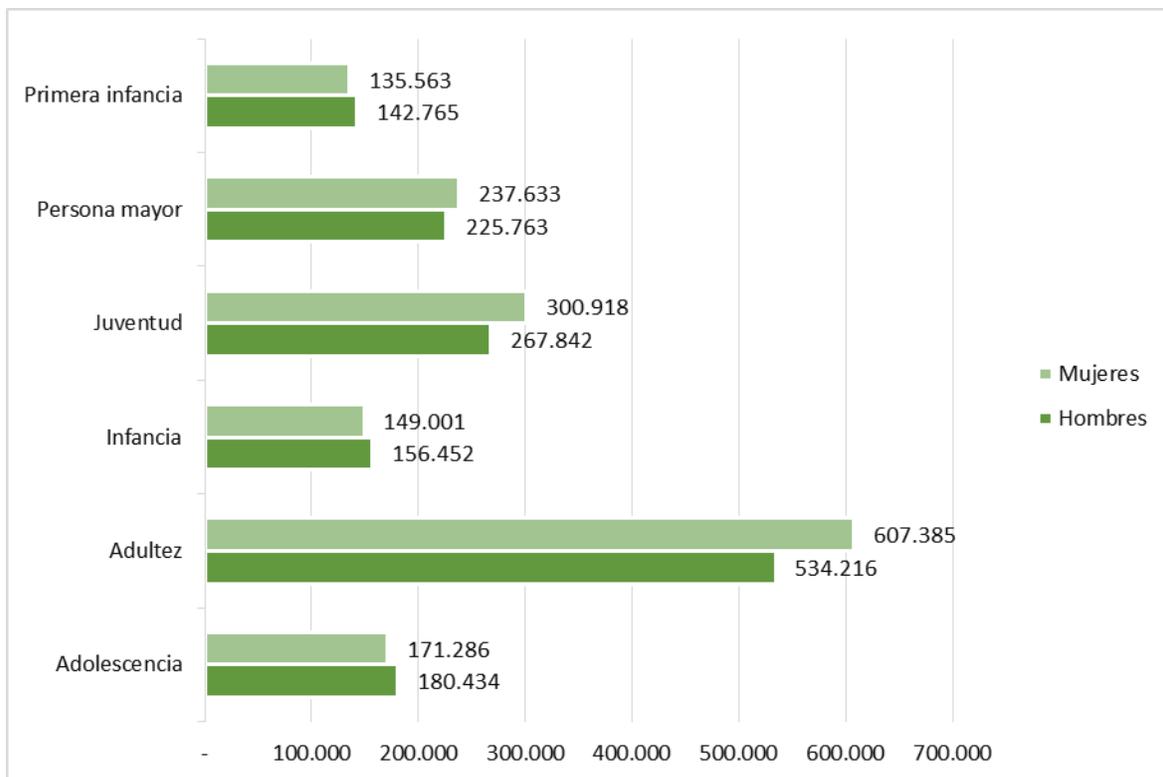
### 2.1. Curso de vida

A continuación, se presenta un análisis del contexto demográfico.

El curso de vida se asocia con el nicho donde se encuentra la población, por lo que en la primera infancia se encontrará en su casa, con su madre; mientras que en la infancia y adolescencia se concentrará en instituciones educativas; la juventud y adultez se concentra en el sitio de trabajo y en los espacios públicos; y la persona mayor estará concentrada en la vivienda y espacios público.

En los grafico 2 observamos la caracterizacion a nivel ciclo vital de la poblacion afiliada a la EAPB nivel nacional, el ciclo de la adultes en donde mayor número de afiliados se tiene con 607.385 mujeres y 534.216 hombres para un total de 1.141,216 afiliados.

Grafico 2. Poblacion por etapas de ciclo vital.



Fuente. Caracterización capo 2022

### 2.2. Grupos quinquenales

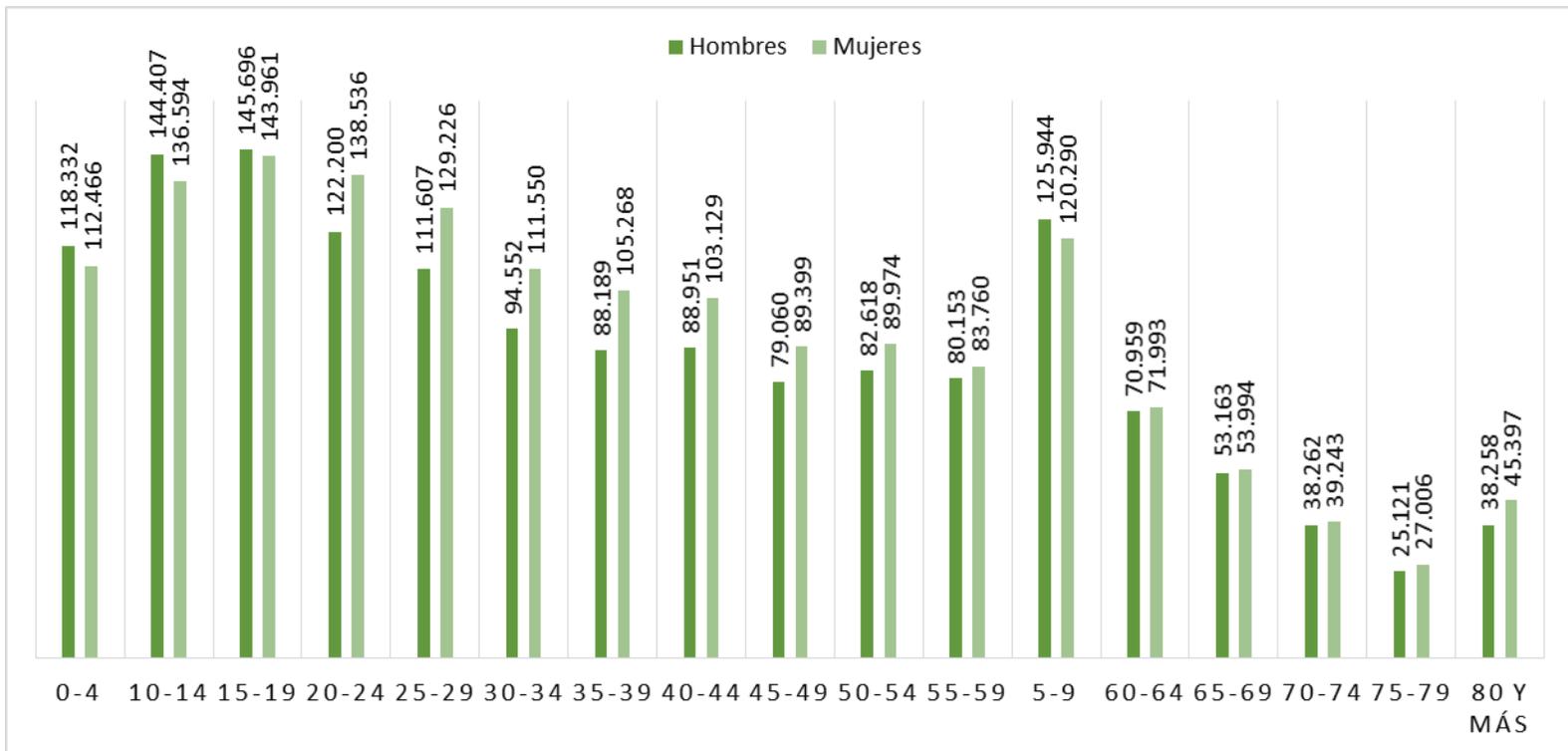
Los grupos quinquenales (de 4 en 4 años) muestran una distribución homogénea por edad de la población, en intervalos iguales, lo que permite su mejor comparación. El grupo más numeroso es el de 15 a 19 años (representan el 9.76% del total de la población). Seguido del grupo de 10 a los 14 años (representan el 9.58% del total). Es importante mencionar que a partir del quinquenio de los

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 5 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

15 a los 19 años, se reduce el número de personas de cada intervalo sucesivo, excepto para el de mayores de 80 años, que concentra un 2.2% de la población, indicando la longevidad de los afiliados que pasan de 80 años.

Gráfico 3. Grupos quinquenales por sexo



Fuente. Caracterización capo 2022.

### 2.3. Pirámide poblacional

La pirámide poblacional de COOSALUD EPS permite apreciar el fenómeno de transición demográfica, producto de una disminución de la natalidad acompañado de una reducción de la mortalidad. En la misma se aprecia un estrechamiento de la base, muy evidente por debajo de los 20 años.

COOSALUD EPS, tiene una población joven encontrando una mayor proporción en el grupo de 20 a 24 años. En el grupo de menores de 5 años hay un estrechamiento marcado.

El análisis de las pirámides poblacionales por departamentos revisa las gráficas construidas de manera detallada que se anexan al modelo (Anexo. Pirámides poblacionales por departamentos. 2021)

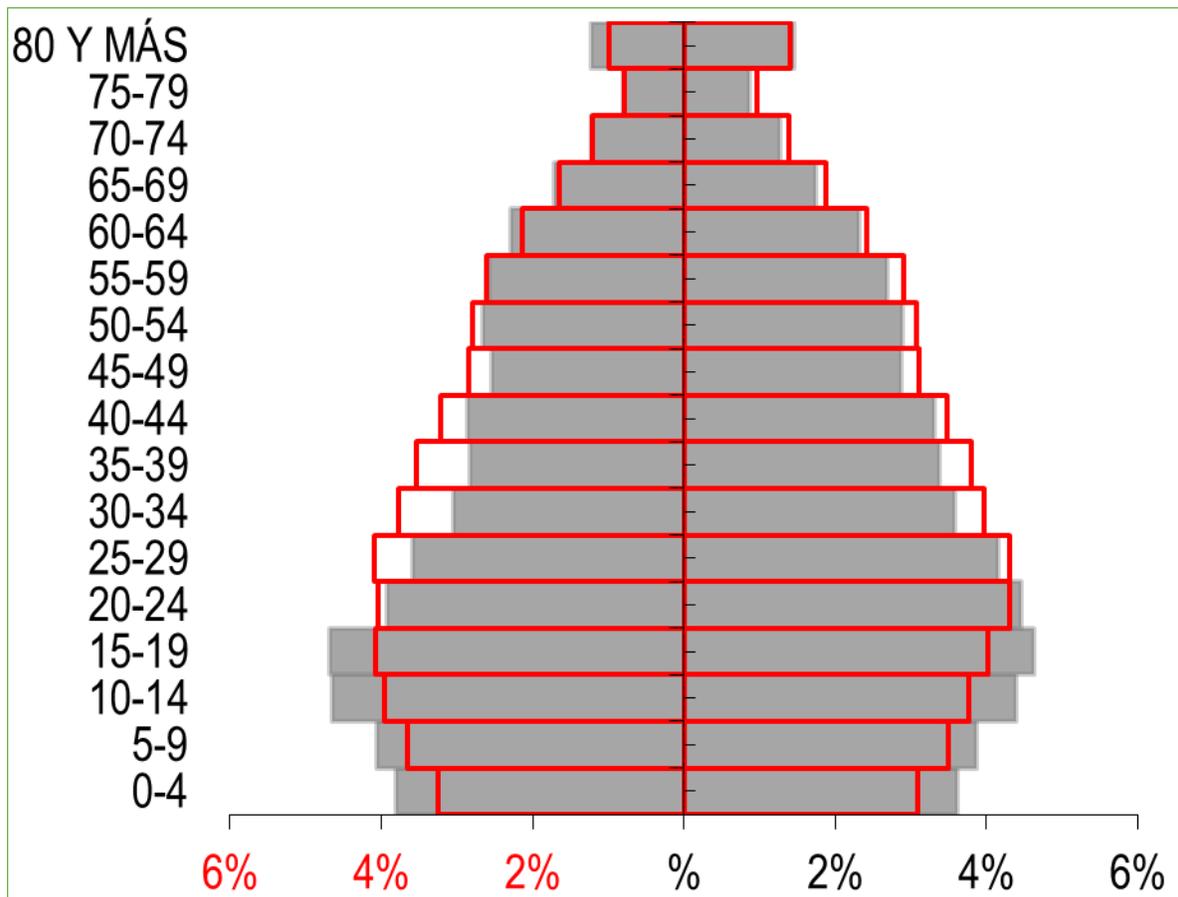
En general, las pirámides de población de los departamentos muestran una población más joven que la general nacional, con una base más ancha en los grupos por debajo de los 20 años de edad y con un grupo reducido de menores de 5 años con respecto a los grupos de mayor edad. Igualmente,

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 6 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

como regla general se encuentra un grupo de mayores de 80 años mayor que el que aparece en la pirámide nacional.

Grafico 4. Pirámide poblacional COOSALUD EPS junio 2022.



Fuente. Caracterización capo 2022.

En casi todos los casos, la pirámide poblacional de COOSALUD EPS se parece a la pirámide departamental y se aleja más del modelo de pirámide nacional. Algunas pirámides departamentales muestran características algo diferentes, como la de Bolívar, que se encuentra “inclinada” a la derecha, principalmente en grupos jóvenes, mostrando un número de mujeres mayor que el de los hombres. Boyacá, un departamento en el que COOSALUD EPS cuenta con pocos afiliados, muestra un modelo asimétrico, sobre todo en los menores de 35 años de edad y con una tendencia a un mayor número de mujeres que hombres. En el caso de Boyacá, por encima de los 55 años la población de COOSALUD EPS se parece más a la nacional que a la del departamento que de mayor edad. En el departamento del Cesar, ocurre lo contrario, la población de COOSALUD EPS es de mayor edad que la del departamento, aunque es más joven que la nacional.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

La población de Norte de Santander presenta un comportamiento atípico, con un grupo de 54 a 64 años mayor que el de 44 a 49. Por encima de los 69 años la población del departamento es menor que lo esperado. Lo mismo ocurre con el grupo de 10 a 19 años que está por debajo de lo esperado.

En el departamento de Valle del Cauca, se encuentra una importante población por encima de los 69 años de edad, aunque para los afiliados de COOSALUD EPS no se muestra esta tendencia. Igualmente, la población por debajo de los 14 años de edad está reduciéndose marcadamente con respecto a los grupos de mayor edad. Una vez más este fenómeno es menos acentuado en la población de la EPS.

En la distribución de la población de afiliados por sexo se aprecia que el número de hombres y mujeres es similar, aunque existen diferencias entre los grupos de edades que son analizadas con más detalle en la pirámide poblacional de la que ya se discutió anteriormente.

#### 2.4. Índices demográficos

Los indicadores demográficos que se presentan a continuación permiten un mejor análisis de la situación. Se muestra la información comparativa de la EAPB y del departamento, para poder hacer una comparación dentro del contexto territorial.

Tabla 3. Índices demográficos COOSALUD EPS 2022.

Índice Demográfico	Año - 2022	
	COLOMBIA	EAPB
Población total	48.227.305	3.109.258
Población Masculina	23.456.477	1.507.472
Población femenina	24.770.828	1.601.786
Relación hombres:mujer	94,69	94,11
Razón niños:mujer	23	28
Índice de infancia	21	24
Índice de juventud	25	25
Índice de vejez	10	10
Índice de envejecimiento	48	42
Índice demográfico de dependencia	45,94	53,11
Índice de dependencia infantil	30,97	37,33
Índice de dependencia mayores	14,98	15,78
Índice de Friz	105,69	137,84

Fuente. Caracterización capo 2022.

Con respecto a la Relación hombres/mujer, se encuentra que, en COOSALUD EPS, por cada 100 mujeres hay 94 hombres, mientras que en COLOMBIA el por cada 100 mujeres existen 95 hombres. Esto es más marcado que en Colombia, indicando que en general, en la EPS la proporción de mujeres afiliadas es mayor que la proporción de mujeres en la población general.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 8 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

La Razón niños mujer, muestra que, en COOSALUD EPS, por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) hay 28 niños y niñas entre 0 y 4 años, mucho mayor que la de Colombia que es de 24, mostrando una reducción relativa de la fertilidad en la población a nivel nacional.

El índice de infancia de COOSALUD EPS indica que por cada 100 personas hay 24 menores de 15 años, mayor que el de COLOMBIA, mostrando que la población de la EPS es más joven.

Al analizar el índice de juventud, se encuentra que, en COOSALUD EPS, por cada 100 personas afiliadas, hay 25 personas entre 15 a 29 años. Índice igual al de la población colombiana.

El índice de vejez reporta que, en COOSALUD EPS, por cada 100 personas hay 10 personas mayores de 65 años. Llama la atención, pues como se mostró anteriormente en el análisis de las pirámides poblacionales, hay un número de personas mayores en la población de COOSALUD EPS que en el resto del país. Esto puede indicar que la población afiliada a la EPS tiene una mayor sobrevivencia que el resto. Esta situación se compensa con la mayor proporción de población joven de la EPS encontrando que el índice de envejecimiento muestra que en COOSALUD por cada 100 personas menores de 15 años, hay 42 personas mayores de 65 años, similares al de COLOMBIA que es de 48.

Al analizar el índice demográfico de dependencia, se encuentra que en COOSALUD por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 54 personas menores de 15 años y mayores de 65 años (dependientes). Este índice es mucho mayor que el nacional, que se encuentra en 45, mostrando que en la EPS hay una menor proporción de población en edad productiva y un mayor número de personas en edades extremas que necesitan atención y cuidado. Consecuentemente, tanto los índices de dependencia infantil (personas entre los 15 a 64 años, que dependen 37 menores de 15 años) como el índice de dependencia de mayores (personas entre los 15 a 64 años dependen 15 personas mayores de 65 años), se encuentran incrementados con respecto a los de Colombia.

El índice de Friz representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. En el caso de COOSALUD se muestra una población joven.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 3. GRUPOS POBLACIONALES ESPECIALES

El modelo de atención en salud contempla la atención diferencial para los distintos grupos étnicos. En COOSALUD se encuentran 250.158 afiliados que se reconocen como pertenecientes a grupos étnicos, que llega a constituir menos del 8.04 % de la población afiliada.

Tabla 4. Población según pertenencia étnica.

Población según pertenencia étnica	# de afiliados	Quinquenios de edad
<b>Indígena</b>	79.162	80 Y MÁS
<b>Raizal del archipiélago de san Andrés y providencia.</b>	754	40-44
<b>Palenquero de San Basilio</b>	530	20-24
<b>Comunidad ROM</b>	108	10-14
<b>Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afro descendiente</b>	90.173	30-34
<b>Total poblacion etnica</b>	<b>170.727</b>	

Fuente. Caracterización capo 2022

La mayoría de las personas pertenecientes a grupos étnicos son indígenas y negros, mulatos o afrocolombianos.

La mayoría de las personas de población indígena se concentran en el departamento del Guainía y sucre. Igualmente, la Mayoría de la población afro descendiente se ubica en el departamento del valle del cauca y en la magdalena, además podemos ver que en los grupos quinquenales de edad donde más se concentra la población según su pertenencia étnica son de 80 y más en los Indígenas, 40 – 44 para la etnia raizal, 20-24 para la etnia palanquera, de 10-14 para la comunidad ROM y 30-34 para la población afro descendiente.

De los grupos especiales el más numeroso es el de víctimas del conflicto armado interno que a la fecha de corte son 521.594, resulta importante resaltar que en todos los municipios donde se hace presencia existen grupos de personas en situación de víctima del conflicto.

Tabla 5. Población víctima del conflicto armado (Desplazado).

Entidad territorial afiliados a la EAPB	Grupos quinquenales de edad	Número de mujeres afiliadas	Número de mujeres afiliadas que declaran ser desplazadas	Proporción de mujeres afiliadas desplazadas	Número de hombres afiliados	Número de hombres afiliados que declaran ser desplazados	Proporción de hombres afiliados desplazados	Número de afiliados totales	Número de afiliados totales que declaran ser desplazados	Proporción de afiliados total desplazados
Colombia	0-4	105.922	4.011	4%	111.667	4.148	4%	217.589	9.613	4%
Colombia	5-9	110.204	15.392	14%	115.761	15.925	14%	225.965	36.120	16%
Colombia	10-14	123.570	34.067	28%	130.312	36.113	28%	253.882	63.750	25%
Colombia	15-19	127.942	32.837	26%	129.635	34.279	26%	257.577	58.088	23%
Colombia	20-24	125.227	34.884	28%	110.642	29.737	27%	235.869	52.250	22%
Colombia	25-29	116.479	29.621	25%	101.856	23.102	23%	218.335	45.212	21%
Colombia	30-34	101.051	25.913	26%	86.107	17.910	21%	187.158	39.312	21%
Colombia	35-39	94.430	24.936	26%	80.865	15.955	20%	175.295	35.901	20%
Colombia	40-44	90.466	24.716	27%	78.075	16.205	21%	168.541	35.159	21%
Colombia	45-49	80.310	20.486	26%	71.881	14.271	20%	152.191	30.174	20%
Colombia	50-54	78.975	19.282	24%	72.926	14.352	20%	151.901	28.945	19%
Colombia	55-59	71.803	16.165	23%	69.358	13.402	19%	141.161	24.782	18%
Colombia	60-64	61.520	13.617	22%	59.702	11.646	20%	121.222	20.926	17%
Colombia	65-69	44.892	9.362	21%	44.160	8.433	19%	89.052	14.648	16%
Colombia	70-74	32.653	6.502	20%	30.916	6.601	21%	63.569	10.479	16%
Colombia	75-79	22.788	4.148	18%	20.848	4.212	20%	43.636	6.925	16%
Colombia	80 Y MAS	35.922	5.739	16%	28.080	5.508	20%	64.002	9.310	15%
Colombia	Total	1.424.154	321.678	23%	1.342.791	271.799	20%	2.766.945	521.594	19%

Fuente. Caracterización capo 2022.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 10 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

En COOSALUD EPS se cuenta con 62.156 afiliados que se declaran en condición de discapacidad, lo que corresponde al 1,9% de la población total. Las mujeres en condición de discapacidad son 30.817 mientras que los hombres en esta condición son 31.337 un número ligeramente superior. Esta es una diferencia insignificante, por lo que se puede afirmar que no existen diferencias entre la cantidad de hombres y mujeres con esta condición.

Al realizar el análisis por grupo quinquenal se encuentra que las poblaciones con mayor proporción relativa de personas discapacitadas son las de mayor edad, encontrándose por encima de los 70 años de edad, como era de esperar, pero también hay una proporción significativa de discapacitados en personas jóvenes. No existen diferencias importantes entre los sexos masculino y femenino como se analizó anteriormente.

Tabla 6. Personas en condición de discapacidad

Entidad territorial afiliados a la EAPB	Grupos quinquenales de edad	Número de mujeres afiliadas	Número de mujeres afiliadas, declaradas en condición de discapacidad	Proporción de mujeres afiliadas en condición de discapacidad	Número de hombres afiliados	Número de hombres afiliados, declarados en condición de discapacidad	Proporción de hombres afiliados en condición de discapacidad	Número de afiliados totales	Número de afiliados totales, declarados en condición de discapacidad	Proporción de afiliados total en condición de discapacidad
COLOMBIA	0-4	112.466	52	0,046%	118.332	68	0,06%	230.798	120	0,05%
COLOMBIA	5-9	120.290	478	0,397%	125.944	642	0,51%	246.234	1.120	0,45%
COLOMBIA	10-14	136.594	747	0,547%	144.407	1.126	0,78%	281.001	1.873	0,67%
COLOMBIA	15-19	143.961	1.259	0,875%	145.696	1.925	1,32%	289.657	3.184	1,10%
COLOMBIA	20-24	138.536	628	0,453%	122.200	843	0,69%	260.736	1.471	0,56%
COLOMBIA	25-29	129.226	987	0,764%	111.607	1.273	1,14%	240.833	2.260	0,94%
COLOMBIA	30-34	111.550	1.230	1,103%	94.552	1.550	1,64%	206.102	2.780	1,35%
COLOMBIA	35-39	105.268	1.513	1,437%	88.189	1.822	2,07%	193.457	3.335	1,72%
COLOMBIA	40-44	103.129	1.894	1,837%	88.951	2.051	2,31%	192.080	3.945	2,05%
COLOMBIA	45-49	89.399	1.868	2,090%	79.060	1.992	2,52%	168.459	3.860	2,29%
COLOMBIA	50-54	89.974	2.152	2,392%	82.618	2.274	2,75%	172.592	4.426	2,56%
COLOMBIA	55-59	83.760	2.408	2,875%	80.153	2.431	3,03%	163.913	4.839	2,95%
COLOMBIA	60-64	71.993	2.698	3,748%	70.959	2.685	3,78%	142.952	5.383	3,77%
COLOMBIA	65-69	53.994	2.779	5,147%	53.163	2.529	4,76%	107.157	5.308	4,95%
COLOMBIA	70-74	39.243	2.531	6,450%	38.262	2.207	5,77%	77.505	4.738	6,11%
COLOMBIA	75-79	27.006	2.216	8,206%	25.121	1.899	7,56%	52.127	4.115	7,89%
COLOMBIA	80 Y MÁS	45.397	5.377	11,844%	38.258	4.021	10,51%	83.655	9.398	11,23%
COLOMBIA	Total	1.601.786	30.817	1,924%	1.507.472	31.339	2,08%	3.109.258	62.156	2,00%

Fuente. Caracterización capo 2022.

## 4. DINAMICA POBLACIONAL

La dinámica poblacional analiza los movimientos o cambios de la población a lo largo del tiempo. A continuación, se presentan las tablas de los diferentes componentes de la dinámica poblacional de la EPS, comparando por departamento el comportamiento de la población afiliada con la población general.

### 4.1. Índice de envejecimiento.

A continuación, en la tabla 7 evidenciamos discriminadamente por régimen y departamentos el índice de envejecimiento comparando la EAPB con la entidad territorial. Vemos como el

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 11 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

departamento de caldas tiene los índices de envejecimiento más elevados aún más en el régimen contributivo e incluso más elevado en comparación con el de la entidad territorial.

**Tabla 7. Índice de envejecimiento COOSALUD EPS vs ENTIDAD TERRITORIAL**

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Índice de envejecimiento de la EAPB por entidad territorial		Índice de envejecimiento en la entidad territorial
	Sudsubidiado	Contributivo	
AMAZONAS	0,00	0,00	14,50
ANTIOQUIA	51,46	71,02	48,84
ARAUCA	28,71	25,84	20,16
ATLANTICO	39,64	51,35	34,12
BOGOTA D.C.	51,04	63,16	51,09
BOLIVAR	34,68	44,68	31,25
BOYACA	61,88	57,07	52,42
CALDAS	80,23	99,52	69,80
CAQUETA	25,86	38,97	22,69
CASANARE	30,50	18,49	21,67
CAUCA	38,51	73,74	39,67
CESAR	26,07	31,96	22,52
CHOCO	19,74	43,46	19,46
CORDOBA	39,30	44,63	34,53
CUNDINAMARCA	69,72	42,52	41,46
GUAINIA	14,52	32,81	10,42
GUAVIARE	0,00	0,00	17,75
HUILA	35,69	50,84	32,64
LA GUAJIRA	19,44	24,81	15,34
MAGDALENA	30,49	39,44	27,31
META	35,87	37,69	31,93
NARINO	48,06	92,02	45,28
NORTE DE SANTANDER	46,17	52,24	33,08
PUTUMAYO	29,60	37,48	24,48
QUINDIO	74,35	110,81	76,41
RISARALDA	64,77	91,85	66,03
SAN ANDRES	0,00	0,00	39,14
SANTANDER	49,82	55,82	47,24
SUCRE	46,63	53,12	34,44
TOLIMA	59,90	72,10	57,42
VALLE	53,75	89,77	50,45
VAUPES	21,18	22,68	9,57
VICHADA	0,00	0,00	10,32

Fuente. Caracterización Cap0 2022

#### 4.2. Tasa bruta de natalidad.

La tasa bruta de natalidad se refiere el número de nacidos en un año, sobre la población total, a mitad del periodo analizado. Para la EAPB, la tasa bruta de natalidad para el año 2022 fue de 9.04 por 1000 afiliados-año, mientras que la nacional fue 13 por 1000 habitantes, encontrando que la natalidad de COOSALUD está muy por debajo del promedio nacional. El departamento con mayor tasa bruta de natalidad para los afiliados de COOSALUD en el régimen subsidiado es la guajira con 20 nacimientos por cada 1000 afiliados, y en el régimen contributivo el departamento de norte de

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 12 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Santander es el de mayor número de nacimiento con 19,5 por cada 1000 afiliados, y siendo igualmente el departamento de la Guajira con la tasa más alta a nivel de entidad territorial con 22 nacimientos por cada mil. El departamento con la menor tasa de natalidad para afiliados de la EPS fue meta con 2.8 por mil en el régimen subsidiado, y Risaralda con 5,6 en el contributivo, por debajo de la tasa de la población general de dicho departamento que fue 10.76.

Tabla 8. Tasa bruta de natalidad de la EAPB por entidad territorial

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Tasa bruta de natalidad de la EAPB por entidad		
	Subsidiado	Contributivo	Entidad territorial
AMAZONAS	0,00	0,00	13,20
ANTIOQUIA	16,03	11,78	10,74
ARAUCA	8,09	8,86	13,92
ATLANTICO	13,13	13,93	14,67
BOGOTA D.C.	14,23	15,76	10,24
BOLIVAR	15,20	13,71	15,27
BOYACA	9,15	10,19	10,76
CALDAS	4,07	0,00	7,78
CAQUETA	0,00	0,00	14,85
CASANARE	0,00	0,00	13,83
CAUCA	13,71	5,71	11,86
CESAR	17,67	15,58	17,29
CHOCO	9,99	11,09	11,05
CORDOBA	16,59	12,32	13,33
CUNDINAMARCA	11,26	10,72	10,74
GUAINIA	17,47	14,40	18,29
GUAVIARE	0,00	0,00	14,60
HUILA	0,00	0,00	14,95
LA GUAJIRA	19,64	14,42	22,21
MAGDALENA	15,43	14,75	16,74
META	2,88	0,00	14,29
NARINO	0,00	0,00	9,90
NORTE DE SANTANDER	8,58	19,57	13,50
PUTUMAYO	0,00	0,00	12,71
QUINDIO	0,00	0,00	9,77
RISARALDA	11,27	5,06	10,14
SAN ANDRES	0,00	0,00	11,92
SANTANDER	9,55	12,53	11,45
SUCRE	11,64	16,71	14,79
TOLIMA	3,89	0,00	11,85
VALLE	9,96	13,53	10,30
VAUPES	0,00	0,00	13,55
VICHADA	0,00	0,00	13,18

Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 4.3. Tasas de fecundidad.

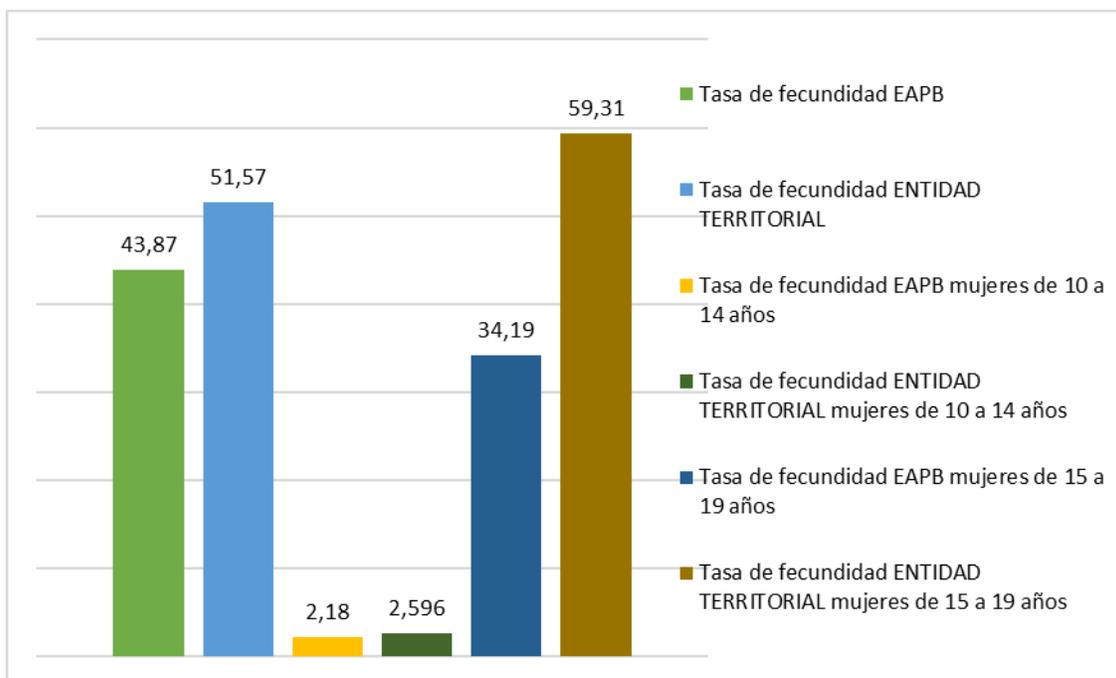
La tasa general de fecundidad es la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un periodo de tiempo y la cantidad de población en edad fértil (mujeres de 10 a 49 años) en el mismo periodo. Para este caso se toma como referencia un año. Se toma como referencia el dato de 2021 por ser el último que se presenta en SISPRO.

Para COOSALUD, la tasa general de fecundidad del año 2021 para el régimen subsidiado fue de 43.87 por cada 1000 mujeres en Edad fértil, mientras que, para ese mismo año, en Colombia fue de 51.57 por 1000 mujeres en edad fértil.

Se observa que la tasa general de fecundidad de la EPS viene reduciéndose progresivamente año a año, como producto del proceso de transición demográfica que se mencionó anteriormente, a lo mejor debido a las políticas de planificación familiar que han sido implementadas por el Gobierno.

Para la EPS también observamos la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años que fue de 2,18 y para la Entidad territorial de 2,5 una diferencia muy mínima entre ambas a diferencia de la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años donde en la EAPB fue de 34,19 y para la entidad territorial es de 59,31 una diferencia bastante notable, pudiendo retribuir este margen a la buena implementación de planes de planificación familiar realizados por COOSALUD en los últimos años todo lo anterior en el régimen subsidiado.

Grafico 5. Tasas de fecundidad régimen subsidiado

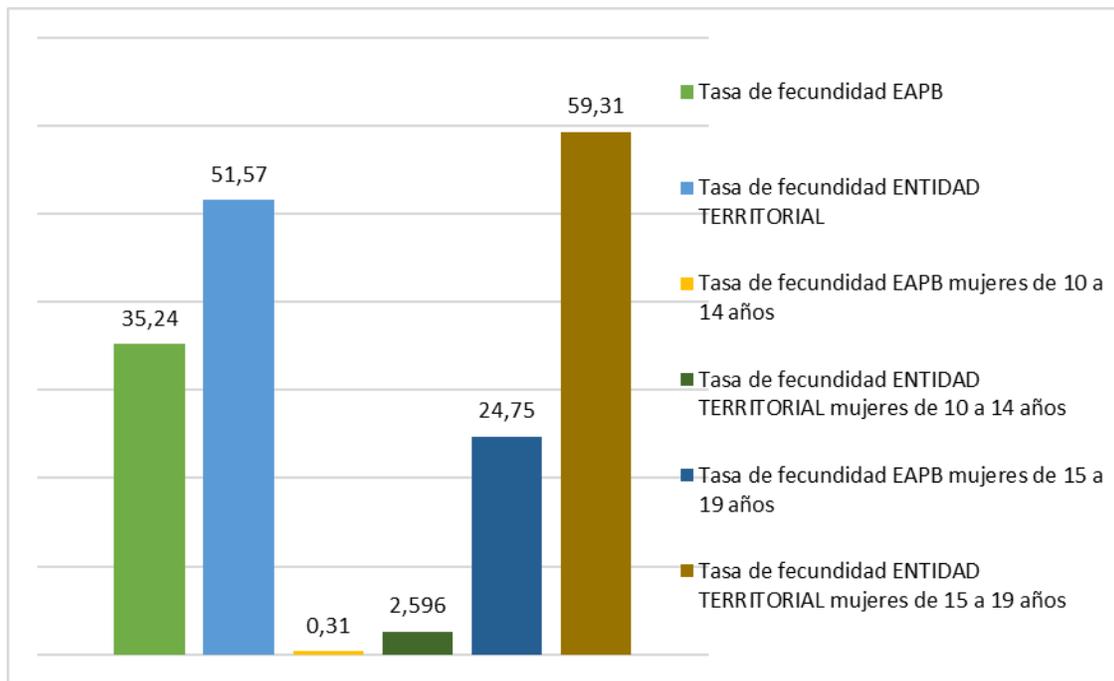


Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales

Del régimen contributivo podemos analizar que las tasas de fecundidad son mucho menores que en el régimen subsidiado.

Grafico 6. Tasas de fecundidad régimen contributivo



Fuente. Caracterización capo 2022.

## 5. MORTALIDAD.

### 5.1. Mortalidad según grandes causas (DANE)

A continuación, se presentan las grandes causas de mortalidad que agruparon las defunciones de COOSALUD EPS durante el año 2022 para el régimen subsidiado. Se toma como referencia este año por ser la última información disponible en SISPRO MSPS.

La principal causa de mortalidad en la EPS fueron las Enfermedades del Sistema circulatorio con una tasa ajustada para el último año de 144.28 por 100.000 personas año.

Es importante aclarar que, en este caso, el ajuste de tasa por edad elimina el efecto producido sobre el indicador por una población de mayor edad en la EPS.

La segunda causa de mortalidad fueron las demás causas, con 107,2 por 100.000 personas al año

Las causas externas (problemas como traumas, envenenamiento y acciones de agentes físicos o químicos) fueron en la EPS, 69,8 por 100.000, mucho mayor que a nivel nacional donde reportaron 54.2 por 1.000. Es menester aclarar que estas causas afectan principalmente a la población joven y adulta cuya proporción es mayor en la EPS que en el departamento, pero este efecto es neutralizado

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 15 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

por el procedimiento de ajuste de tasas que evita el sesgo de confusión ocasionado por el factor edad. Las causas externas usualmente afectan más a hombres que a mujeres, como podemos verlo en la tabla 9 donde la tasa ajustada para hombres en causas externas es de 132,5 por cien mil personas al año y para las mujeres solo 17,5.

Es esta población junto con el proceso de transición demográfica, se está presentando el fenómeno de transición epidemiológica, caracterizado por una disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y un aumento de los problemas crónicos y degenerativos como la enfermedad cardiovascular y el cáncer, como último dato podemos apreciar que en todas las distinciones tanto de ambos sexos y/o hombres y mujeres la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio.

Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad según grupo de muerte OPS/OMS régimen Subsidiado.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial	Primera causa de mortalidad	Tasa ajustada de mortalidad en EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial para hombres	Primera causa de mortalidad en hombres	Tasa ajustada de mortalidad en EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial para mujeres	Primera causa de mortalidad en mujeres
PAÍS	Enfermedades transmisibles	34,6	28,6		46,4	37,4		24,4	21,0	
PAÍS	Neoplasias	73,6	86,9		81,1	94,1		66,7	81,5	
PAÍS	Enfermedades sistema circulatorio	144,2	141,6	Enfermedad es sistema circulatorio	169,4	170,4	Enfermedad es sistema circulatorio	121,6	117,7	Enfermedad es sistema circulatorio
PAÍS	Causas externas	69,8	54,2		132,5	94,0		17,5	16,4	
PAÍS	Las demás causas	107,2	110,2		117,9	124,2		97,4	98,7	
PAÍS	signos y síntomas mal definidos	0,0	6,1		0,0	7,8		0,0	4,5	

Fuente. Caracterización capo 2022.

En la tabla 10 se muestra las tasas de mortalidad según grupo de muertes del régimen contributivo, a simple vista volvemos a ver que la principal causa de muerte sigue siendo las enfermedades del sistema circulatorio, con la ligera particularidad que en este régimen la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio a nivel entidad territorial es mayor a la EAPB en cada una de las distinciones, caso contrario al régimen subsidiado donde la EAPB en mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio supera la tasa de la entidad territorial.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Tabla 9. Tasas ajustadas de mortalidad según grupo de muerte OPS/OMS régimen Contributivo.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial	Primera causa de mortalidad	Tasa ajustada de mortalidad en hombres para la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial para hombres	Primera causa de mortalidad en hombres	Tasa ajustada de mortalidad en mujeres para la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial para mujeres	Primera causa de mortalidad en mujeres
PAÍS	Enfermedades transmisibles	26,0	28,6		24,4	37,4		28,8	21,0	
PAÍS	Neoplasias	66,2	86,9		62,4	94,1		69,9	81,5	
PAÍS	Enfermedades sistema circulatorio	105,7	141,6	Enfermedades sistema circulatorio	127,7	170,4	Enfermedades sistema circulatorio	85,9	117,7	Enfermedades sistema circulatorio
PAÍS	Causas externas	53,6	54,2		79,0	94,0		18,4	16,4	
PAÍS	Las demás causas	70,1	110,2		79,7	124,2		63,1	98,7	
PAÍS	signos y síntomas mal definidos	0,0	6,1		0,0	7,8		0,0	4,5	

Fuente. Caracterización capo 2022.

## 5.2. Mortalidad mediante el uso de años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Los años de vida potencialmente perdidos hacen referencia al número de años adicionales que pudieron haber vivido las personas que ya fallecieron, si no hubieran fallecido. Se fija como esperanza máxima de vida un límite que suele ser la esperanza de vida del país con mayor esperanza de vida. Es un indicador que evalúa la mortalidad prematura. En este caso, se mide la tasa por millón de habitantes.

Para los AVPP se utilizó la información del último año disponible en SISPRO que es el año 2022.

Para el caso de la EPS de manera general se encontró que la primera causa de años de vida potencialmente perdidos fueron las Causas externas con 3239, igualmente para la entidad territorial las causas externas fueron las mayores causas de muertes en el país, en este mismo orden tenemos las principales causas de muertes para el género masculino las cuales fueron las demás causas de muertes que tanto para la EAPB y la entidad territorial superan las 2000 muertes, para el género femenino su principal causa de muerte son las neoplasias que para la EAPB es de 1902 muertes y para la entidad territorial es de 1853.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Tabla 10. Tasas ajustadas de mortalidad según grupo de muerte AVPP.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial	Primera causa de AVPP	Tasa ajustada de AVPP en hombres para la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial para hombres	Primera causa de AVPP en hombres	Tasa ajustada de AVPP en mujeres para la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial para mujeres	Primera causa de AVPP en mujeres
PAIS	Enfermedades transmisibles	895,6	677,1		597,9	486,8		575,2	580,7	
PAIS	Neoplasias	1764,5	1712,6		1775,2	1800,7		1902,1	1853,9	
PAIS	Enfermedades sistema circulatorio	2362,4	1764,4		1997,6	1445,9		1743,7	1390,8	
PAIS	Afecciones periodo perinatal	0,0	637,8	Causas externas	0,0	562,4	Las demás causas	9,1	617,1	Neoplasias
PAIS	Causas externas	3239,2	2304,5		740,5	666,1		771,3	754,3	
PAIS	Las demás causas	2312,0	2111,4		2275,0	2010,0		1887,2	2112,4	
PAIS	signos y síntomas mal definidos	0,0	140,0		0,0	106,4		110,0	116,0	

Fuente. Caracterización capo 2022.

A continuación, en la tabla 11 se presentan la tasa ajustada de mortalidad donde encontramos los sub grupo de muertes y las principales causas de muertes de cada uno de los grupos, tenemos la tasa de muerte para el régimen subsidiado donde se destaca para la tasa global que la principal causa de muertes para este grupo son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa del 87,57, seguida de las agresiones (homicidios) con 30,46. En el caso únicamente de los hombres a nivel nacional en el régimen subsidiado también observamos que la principal causa de muerte son las enfermedades isquémicas del corazón pero con una tasa de mortalidad más elevada que está en 105,59, igualmente seguida de las agresiones (homicidios) con 54,05. Ahora para las mujeres observamos que las Enfermedades isquémicas del corazón también son la principal causa de muerte en mujeres, pero es una tasa de mortalidad por debajo de la nacional porque esta se encuentra en 67,86, caso contrario a la tasa de mortalidad en hombres que aun siendo la misma causa de muerte los hombres tiene una mortalidad muy por encima de la nacional, por último en el caso de las mujeres la siguiente causa de mortalidad que más destaca no son los homicidios sino los Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido con una tasa de mortalidad del 19,09. Cabe resaltar nuevamente que esta información es perteneciente al régimen subsidiado.

Ahora para el régimen contributivo detallamos en la tabla 12 que las principales causa de muertes que destacan son las mismas que el régimen subsidiado pero con ciertas variaciones en las tasas de mortalidad, pero se puede resaltar que en ambos régimen la causa de muerte menos usual son los trastornos respiratorios específicos del período perinatal.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad según causas de muertes régimen subsidiado.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial	Primera causa de mortalidad	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial HOMBRES	Primera causa de mortalidad HOMBRES	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial MUJERES	Primera causa de mortalidad MUJERES
PAÍS	20,31	Infecciones respiratorias agudas	28,89	Infecciones respiratorias agudas	12,96	Infecciones respiratorias agudas
PAÍS	19,00	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,84	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	19,09	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido
PAÍS	86,67	Enfermedades isquémicas del corazón	106,59	Enfermedades isquémicas del corazón	67,86	Enfermedades isquémicas del corazón
PAÍS	0,13	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,07	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,17	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal
PAÍS	30,46	Agresiones (homicidios)	54,05	Agresiones (homicidios)	9,28	Agresiones (homicidios)
PAÍS	20,64	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	28,96	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	17,67	Diabetes mellitus
PAÍS	6,10	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,35	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7,86	Signos, síntomas y afecciones mal definidas

Fuente. Caracterización capo 2022.

Tabla 11. Tasas ajustadas de mortalidad según causas de muertes régimen contributivo.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial	Primera causa de mortalidad	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial HOMBRES	Primera causa de mortalidad HOMBRES	Tasa ajustada de mortalidad de la EAPB por entidad territorial MUJERES	Primera causa de mortalidad MUJERES
PAÍS	20,31	Infecciones respiratorias agudas	28,89	Infecciones respiratorias agudas	12,96	Infecciones respiratorias agudas
PAÍS	19,00	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	18,84	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	19,09	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido
PAÍS	86,67	Enfermedades isquémicas del corazón	106,59	Enfermedades isquémicas del corazón	67,86	Enfermedades isquémicas del corazón
PAÍS	0,13	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,07	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,17	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal
PAÍS	30,46	Agresiones (homicidios)	54,05	Agresiones (homicidios)	9,28	Agresiones (homicidios)
PAÍS	20,64	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	28,96	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	17,67	Diabetes mellitus
PAÍS	6,10	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4,35	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	7,86	Signos, síntomas y afecciones mal definidas

Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## 6. MORTALIDAD TRAZADORA

La mortalidad trazadora agrupa diferentes causas que se consideran de interés en salud pública, ya sea porque se considera que la mortalidad es prevenible en mayor o menor grado o porque tienen un interés social o representan indicadores con que se evalúa al país a nivel nacional.

A continuación se anexan los grupos de diferentes causas de mortalidad que para COOSALUD EPS, fueron considerados grupos priorizados dado su interés para la salud pública que constituyen objeto de intervención en las diferentes entidades territoriales, enfocando las actividades de articulación con los diferentes actores a estos grupos poblacionales.

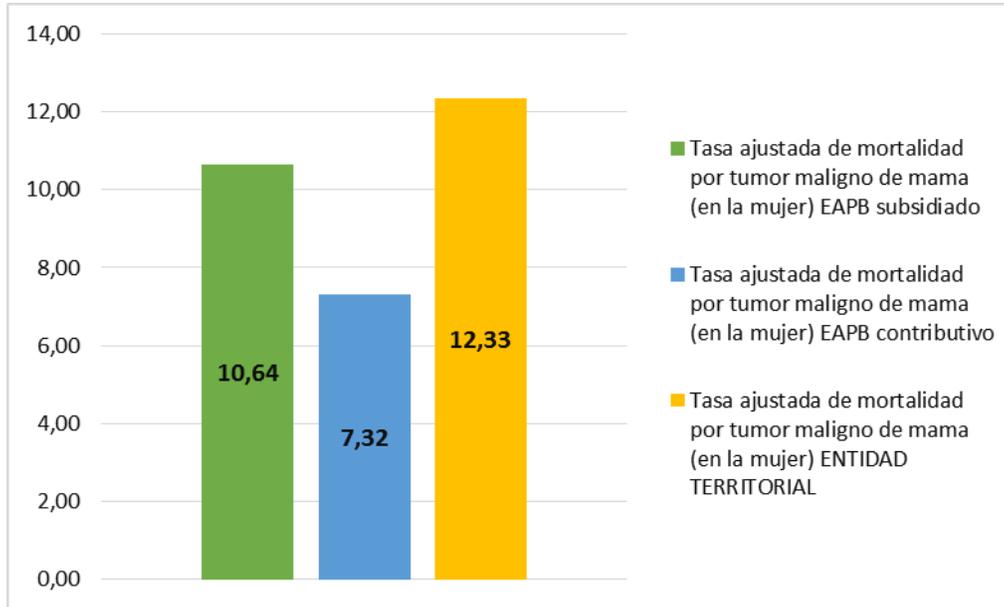
### 6.1. Tumor maligno de mama.

Los datos presentados corresponden a la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en Colombia, según el régimen de seguridad social al que pertenecen los pacientes. La primera cifra corresponde a la tasa de mortalidad para el régimen subsidiado, que es el régimen de seguridad social para los colombianos de bajos recursos. La segunda cifra corresponde a la tasa de mortalidad para el régimen contributivo, que es el régimen de seguridad social para los colombianos de mayores recursos. La tercera cifra corresponde a la tasa de mortalidad para la Entidad Nacional, que es el régimen de seguridad social para los colombianos que no pertenecen a ninguno de los dos anteriores. En general, se puede observar que la tasa de mortalidad por tumor maligno de mama es más baja para el régimen contributivo que para el régimen subsidiado, lo que sugiere que los colombianos de mayores recursos tienen un mejor acceso a los servicios de salud y un mejor tratamiento para esta enfermedad. Por otro lado, la tasa de mortalidad para la Entidad Nacional es ligeramente mayor que para el régimen contributivo, lo que sugiere que los colombianos que no pertenecen a ninguno de los dos anteriores tienen un peor acceso a los servicios de salud y un peor tratamiento para esta enfermedad.

Como principal en el gráfico 7 observamos la tasa de tumor maligno de mama en la mujer específicamente de ambos regímenes en comparación con la nacional, donde la EAPB tiene una tasa de mortalidad del 10,64 en el régimen subsidiado inferior a la tasa de muerte de la entidad nacional que es de 12,33, y para el contributivo una tasa aún más baja de 7.32.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Grafico 7. La tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer.



Fuente. Caracterización capo 2022.

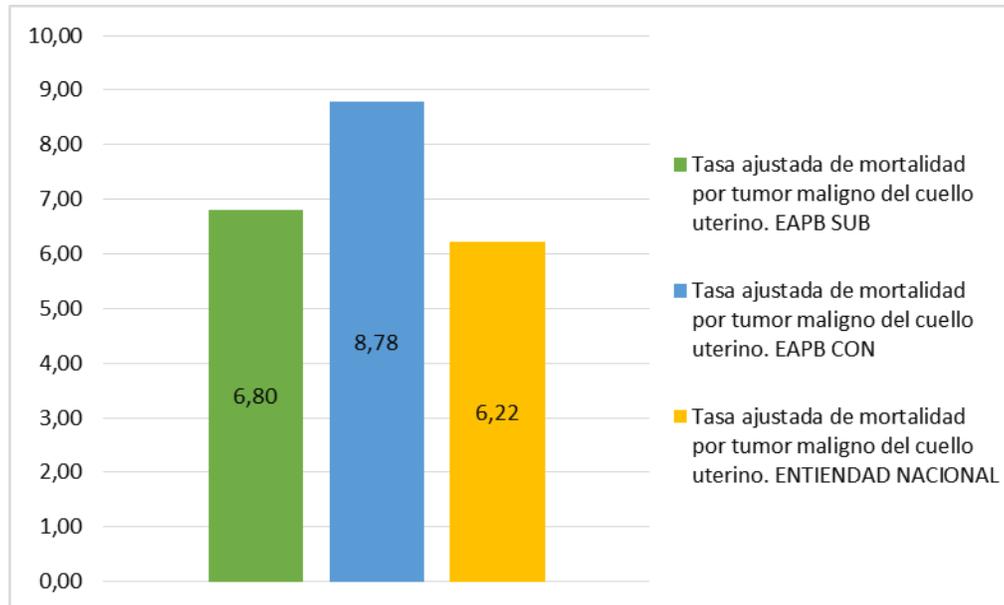
## 6.2. Tumor maligno de cuello uterino.

Los datos anteriores se refieren a la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino en Colombia. Esta tasa se refiere a la cantidad de muertes por cada 100.000 mujeres en un año. Los datos muestran que la tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino en el régimen subsidiado es de 6,80, en el régimen contributivo es de 8,78 y en la Entidad Nacional es de 6,22. Esto indica que el régimen subsidiado tiene una tasa de mortalidad más baja que el régimen contributivo, pero un poco más alta que la Entidad Nacional. Esto sugiere que el régimen subsidiado está haciendo un mejor trabajo para prevenir la mortalidad por tumor maligno del cuello uterino que el régimen contributivo.

A continuación contamos con el Grafico 8 donde observamos la tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino, donde se analiza que para ambos régimen la tasa de mortalidad supera a la nacional, y más aún el régimen contributivo con una tasa de mortalidad del 8,78.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Grafico 8. La tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino.



Fuente. Caracterización capo 2022.

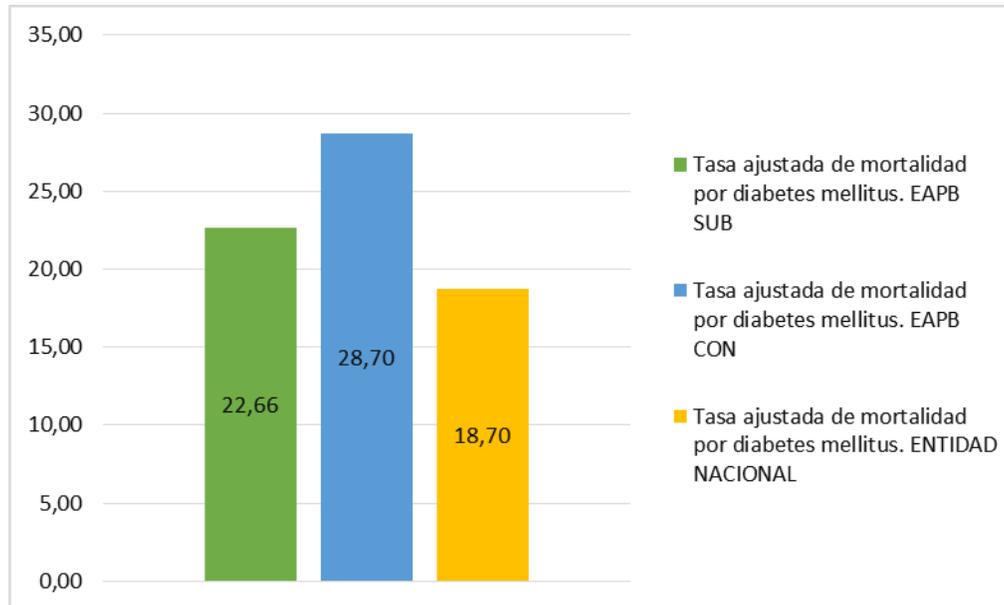
### 6.3. Mortalidad por diabetes mellitus.

Los datos anteriores se refieren a la tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus en Colombia. Esto significa que se han ajustado los datos para tener en cuenta factores como la edad, el sexo y la ubicación geográfica. Estos datos muestran que la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en el régimen subsidiado es de 22,66 por cada 100.000 personas, mientras que en el régimen contributivo es de 18,70 por cada 100.000 personas. La tasa de mortalidad por diabetes mellitus en la Entidad Nacional es de 28,70 por cada 100.000 personas. Esto indica que el régimen subsidiado tiene una tasa de mortalidad más baja que el régimen contributivo, pero una tasa más alta que la Entidad Nacional. Esto sugiere que el régimen subsidiado está haciendo un mejor trabajo para prevenir la mortalidad por diabetes mellitus que el régimen contributivo.

La tasa de ajustada por diabetes mellitus nuevamente se nota como la EAPB tiene una mortalidad trazadora por encima de la nacional en ambos regímenes, específicamente el contributivo con 28,70 y el subsidiado con 22,66.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

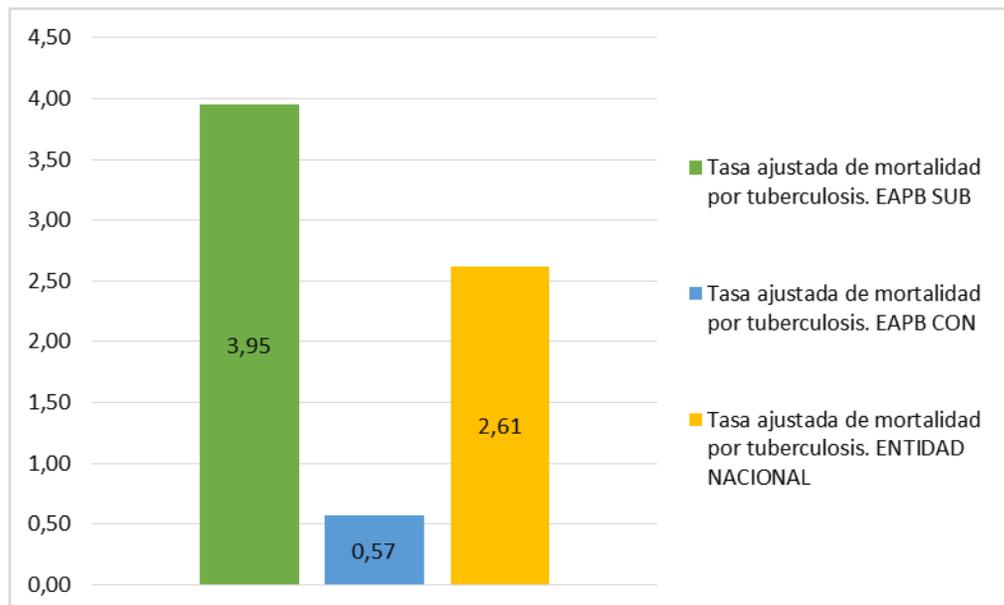
Grafico 9. Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus



Fuente. Caracterización capo 2022

#### 6.4. Tasa de mortalidad por tuberculosis.

Grafico 10. Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis.



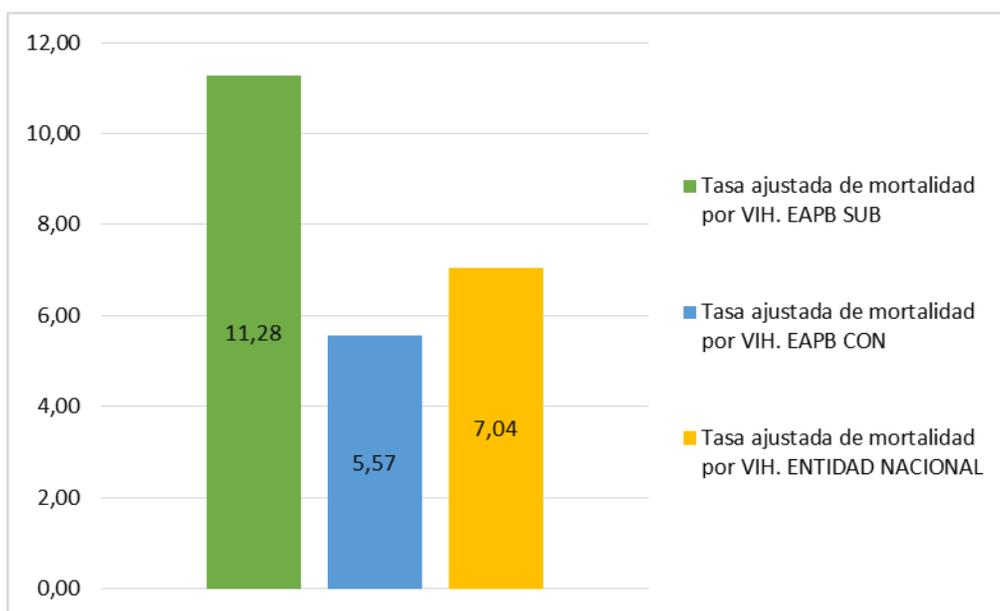
Fuente. Caracterización capo 2022

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 6.5. Tasa de mortalidad por VIH.

Estos datos muestran la tasa ajustada de mortalidad por VIH en Colombia para los regímenes contributivo y subsidiado, así como la tasa ajustada de mortalidad por VIH para la entidad nacional. Esto significa que el 11,28% de las personas con VIH en el régimen contributivo murieron, el 7,04% de las personas con VIH en el régimen subsidiado murieron, y el 5,57% de las personas con VIH en la entidad nacional murieron. Estos datos muestran que el régimen contributivo tiene la tasa de mortalidad más alta, seguido por el régimen subsidiado y luego por la entidad nacional. Esto sugiere que el régimen contributivo no está proporcionando el mismo nivel de atención que el régimen subsidiado y la entidad nacional.

Grafico 11. Tasa ajustada de mortalidad por VIH.



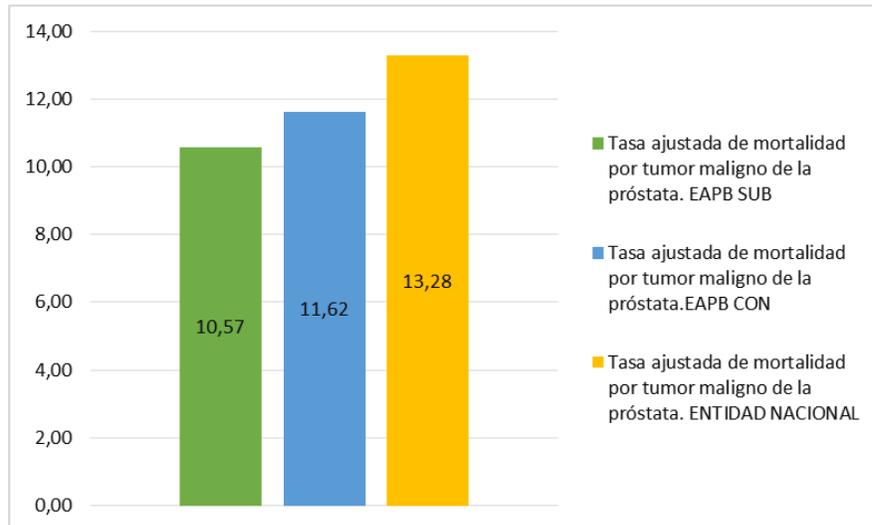
Fuente. Caracterización capo 2022

### 6.6. Tumor maligno de próstata.

Estos datos muestran la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata en Colombia. La tasa ajustada de mortalidad para el régimen subsidiado es de 11,62, mientras que para el régimen contributivo es de 10,57. La tasa ajustada de mortalidad para la entidad nacional es de 13,28. Esto significa que el régimen subsidiado tiene una tasa de mortalidad ligeramente más alta que el régimen contributivo, mientras que la entidad nacional tiene la tasa de mortalidad más alta. Esto sugiere que el régimen subsidiado y el régimen contributivo tienen una mejor atención médica para los pacientes con cáncer de próstata que la entidad nacional.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Grafico 12. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata.

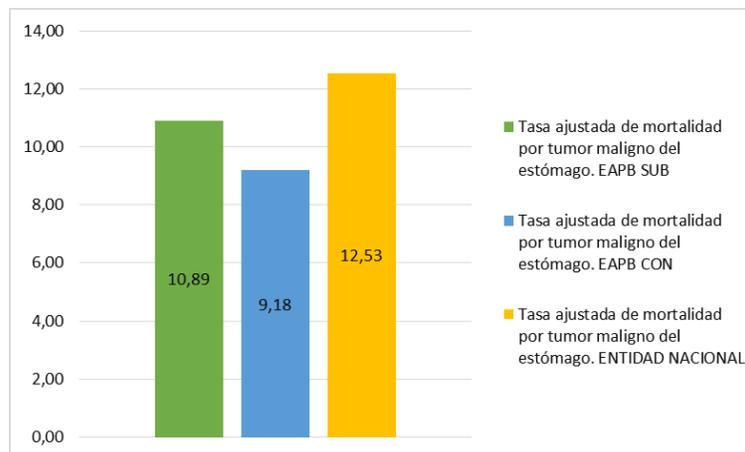


Fuente. Caracterización capo 2022

### 6.7. Tumor maligno del estomago.

Estos datos muestran la tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago en Colombia. La tasa ajustada de mortalidad para el régimen subsidiado es de 10,89, para el régimen contributivo es de 9,18 y para la entidad nacional es de 12,53. Esto significa que el régimen subsidiado tiene la tasa de mortalidad más baja, seguida por el régimen contributivo, mientras que la entidad nacional tiene la tasa de mortalidad más alta. Esto sugiere que el régimen subsidiado y el régimen contributivo están haciendo un mejor trabajo para prevenir la mortalidad por tumor maligno del estómago que la entidad nacional.

Grafico 13. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago.



Fuente. Caracterización capo 2022.

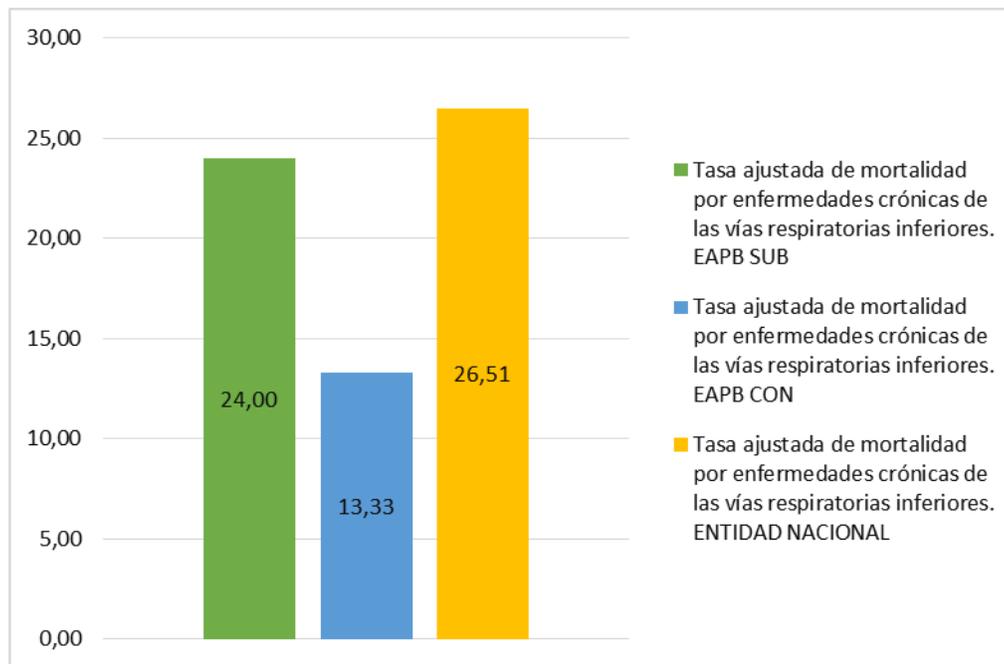
Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 25 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 6.8. Enfermedades crónicas en las vías respiratorias inferiores.

Estos datos muestran la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en Colombia. La tasa ajustada de mortalidad para el régimen subsidiado es de 24,00, para el régimen contributivo es de 13,33 y para la entidad nacional es de 26,51. Esto significa que el número de personas que mueren por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores es mayor en el régimen subsidiado que en el régimen contributivo, y mayor en la entidad nacional que en el régimen subsidiado. Esto sugiere que el régimen contributivo ofrece un mejor acceso a los servicios de salud y un mejor tratamiento para estas enfermedades, lo que resulta en una tasa de mortalidad más baja.

Grafico 14. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.



Fuente. Caracterización capo 2022

## 7. MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

De acuerdo con la metodología del MSPS, el monitoreo y reducción de la mortalidad materno infantil y en la niñez hace parte de los compromisos pactados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por lo tanto, son parte importante para la caracterización de la población afiliada a las EAPB.

Se puede apreciar que la Razón de mortalidad materna de la EPS del régimen subsidiado y del régimen contributivo son inferiores a la nacional respectivamente y se ha reducido entre el 2018 y el 2022, al igual que con la mortalidad perinatal que específicamente muestra para cada régimen como ha sido el comportamiento de la mortalidad inferior a la nacional en ambos sentidos. La tasa

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 26 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

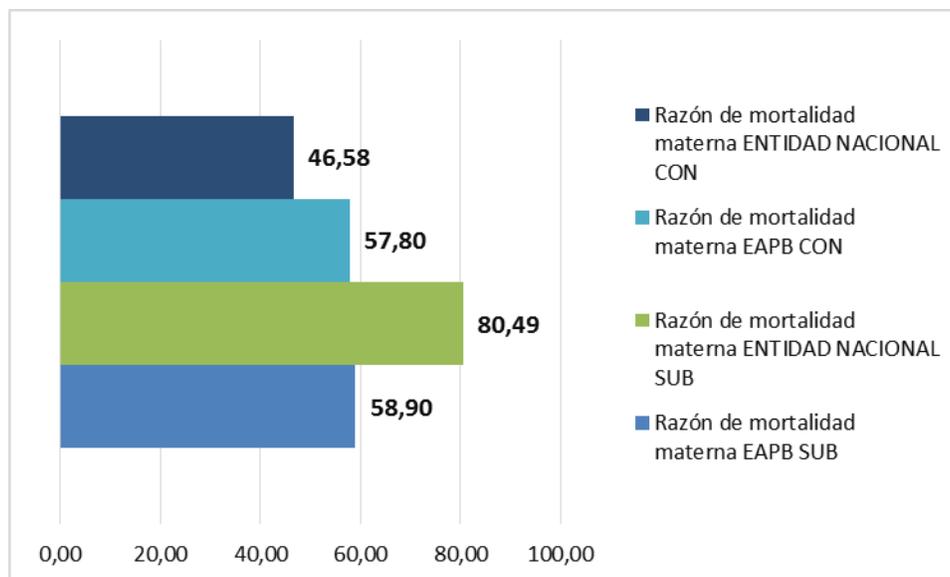
Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

de mortalidad infantil también se mantiene consistentemente por debajo de la nacional, sin embargo, la tasa del régimen subsidiado no distingue mucho de la nacional para este caso, podríamos decir que son iguales. La tasa de mortalidad en la niñez creció en el año 2022 superando ligeramente la nacional en el régimen contributivo siendo de 3,97 y la tasa de nacional para este régimen de 2,25 diferencia bastante notoria. Pero para la tasa de mortalidad por IRA tenemos un comportamiento bastante atípico para el régimen contributivo no se tienen ninguna mortalidad 0,0. Pero para el régimen subsidiado está ligeramente por debajo de la nacional por unos puntos porcentuales.

### 7.1. Razon de mortalidad materna.

Los datos presentados corresponden a la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de Colombia. La RMM es un indicador que mide el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Estos datos muestran que la RMM del Régimen Subsidiado es de 58,9, la RMM del Régimen Contributivo es de 57,8 y la RMM de la Entidad Nacional es de 80,49. Esto indica que el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo tienen una RMM más baja que la Entidad Nacional, lo que significa que hay menos muertes maternas en estos regímenes que en la Entidad Nacional. Esto sugiere que el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo tienen mejores servicios de salud para las madres embarazadas que la Entidad Nacional.

Grafico 15. Razón de mortalidad materna.



Fuente. Caracterización capo 2022.

### 7.2. Mortalidad perinatal

Los datos presentados corresponden a la tasa de mortalidad perinatal en Colombia. La tasa de mortalidad perinatal es el número de muertes de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos. Estos

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

datos se refieren a la tasa de mortalidad perinatal en el régimen subsidiado y el régimen contributivo, así como a la tasa de mortalidad perinatal de la Entidad Nacional.

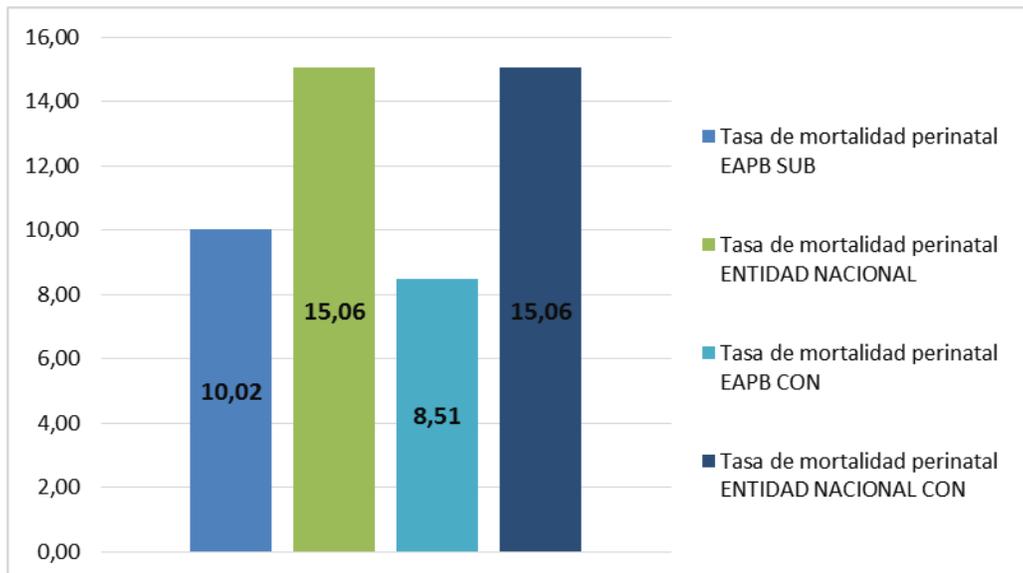
En el régimen subsidiado, la tasa de mortalidad perinatal es de 10,02 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto significa que, de cada 1.000 recién nacidos, 10,02 mueren antes de cumplir un año de edad.

En el régimen contributivo, la tasa de mortalidad perinatal es de 8,51 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto significa que, de cada 1.000 recién nacidos, 8,51 mueren antes de cumplir un año de edad.

Por último, la tasa de mortalidad perinatal de la Entidad Nacional es de 15,06 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto significa que, de cada 1.000 recién nacidos, 15,06 mueren antes de cumplir un año de edad.

En conclusión, estos datos muestran que la tasa de mortalidad perinatal en Colombia es más alta en el régimen subsidiado y en la Entidad Nacional que en el régimen contributivo. Esto sugiere que los recién nacidos en el régimen subsidiado y en la Entidad Nacional tienen un mayor riesgo de morir antes de cumplir un año de edad. En nacidos en el régimen subsidiado y en la Entidad Nacional tienen un mayor riesgo de morir antes de cumplir un año de edad.

Grafico 16. Tasa de mortalidad perinatal.



Fuente. Caracterización capo 2022.

### 7.3. Mortalidad infantil

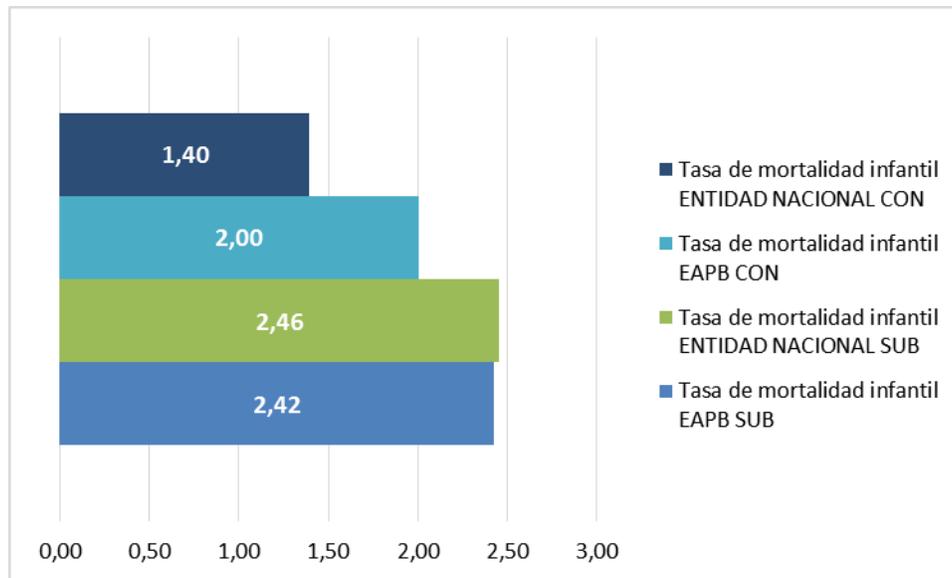
La tasa de mortalidad infantil es un indicador que mide el número de muertes de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos. Estos datos muestran la tasa de mortalidad infantil en Colombia para los regímenes subsidiado y contributivo, así como para la Entidad Nacional. La tasa de mortalidad infantil para el régimen subsidiado es de 2,42, para el régimen contributivo es de 2,00 y para la Entidad Nacional es de 2,46. Esto indica que el régimen subsidiado tiene una tasa de mortalidad infantil ligeramente más alta que el régimen contributivo, pero ambos tienen una tasa

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 28 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales

de mortalidad infantil más baja que la Entidad Nacional. Esto sugiere que los regímenes subsidiado y contributivo están haciendo un mejor trabajo para reducir la mortalidad infantil en Colombia que la Entidad Nacional.

Grafico 17. Tasa de mortalidad infantil.



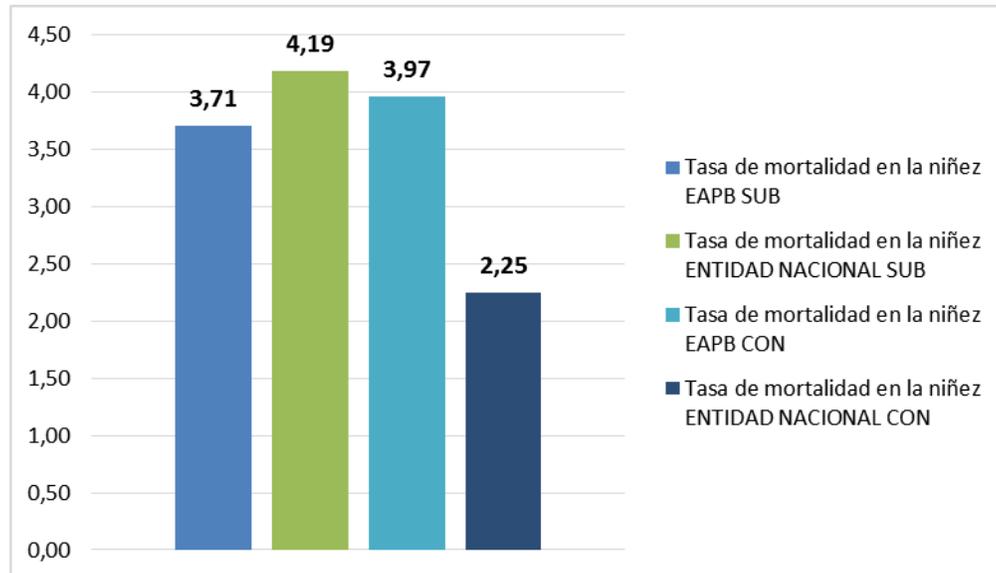
Fuente. Caracterización capo 2022.

#### 7.4. Mortalidad en la niñez

Estos datos muestran la tasa de mortalidad en la niñez en Colombia. La tasa de mortalidad en la niñez en el régimen subsidiado es de 3,71, lo que significa que por cada 1.000 niños menores de 5 años, 3,71 de ellos mueren antes de cumplir los 5 años. La tasa de mortalidad en la niñez en el régimen contributivo es de 3,97, lo que significa que por cada 1.000 niños menores de 5 años, 3,97 de ellos mueren antes de cumplir los 5 años. Por último, la tasa de mortalidad en la niñez en la entidad nacional es de 4,19, lo que significa que por cada 1.000 niños menores de 5 años, 4,19 de ellos mueren antes de cumplir los 5 años. Estos datos muestran que la tasa de mortalidad en la niñez en Colombia es relativamente alta, especialmente en la entidad nacional. Esto sugiere que hay una desigualdad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos socioeconómicos.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Grafico 18. Tasa de mortalidad en la niñez.



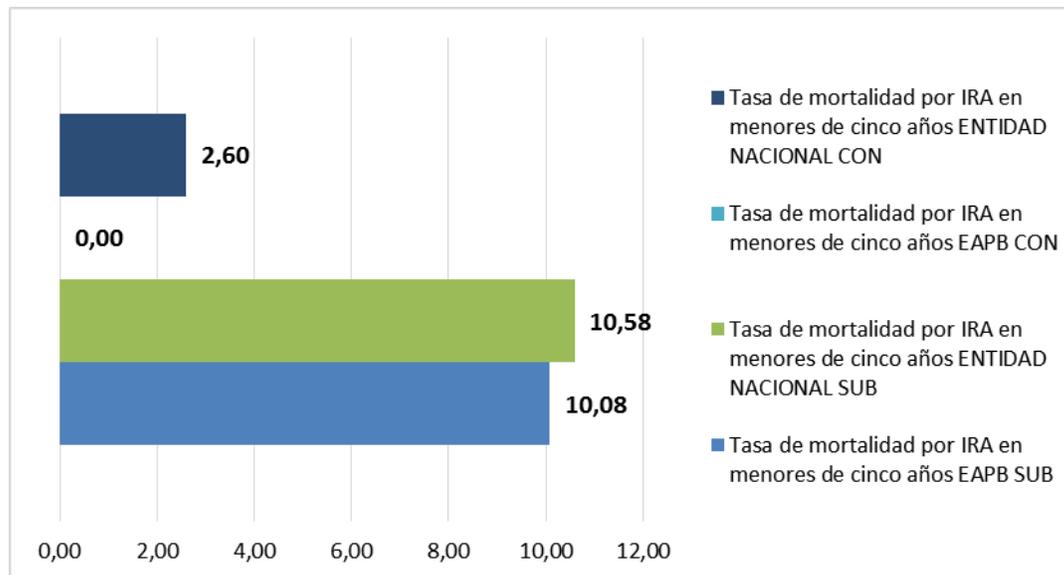
Fuente. Caracterización capo 2022.

### 7.5. Mortalidad por IRA en menores de 5 años.

Los datos presentados corresponden a la tasa de mortalidad por IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) en menores de cinco años en Colombia. Esta tasa se divide en tres categorías: el régimen subsidiado, el régimen contributivo y la entidad nacional. La tasa de mortalidad por IRA en el régimen subsidiado es de 10,58, lo que significa que hay 10,58 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Esto significa que el régimen subsidiado es el que presenta la tasa de mortalidad más alta. Por otro lado, la tasa de mortalidad por IRA en el régimen contributivo es de 0,00, lo que significa que no hay muertes por IRA en este régimen. Finalmente, la tasa de mortalidad por IRA en la entidad nacional es de 10,08, lo que significa que hay 10,08 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Estos datos muestran que el régimen subsidiado es el que presenta la tasa de mortalidad más alta, seguido por la entidad nacional, mientras que el régimen contributivo no presenta ninguna muerte por IRA.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Gráfico 19. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años.



Fuente. Caracterización capo 2022.

## 8. MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN GRANDES CAUSAS

### 8.1. Mortalidad por grandes causas en población menor de 1 año.

A continuación, en la tabla 12 se refleja la primera causa de mortalidad en menores de un año, las cuales son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), seguidamente de las afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96). En las cuales ambas para la EAPB tienen una tasa de mortalidad superior a 200,00 que en comparación con la nacional la EAPB tiene una mortalidad muy elevada en estas causas.

Tabla 12. Mortalidad por grandes causas en población menor de 1 año

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grandes causas de muerte	Tasa específica de mortalidad de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa específica de mortalidad en la entidad territorial	Primera causa de mortalidad
PAIS	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	7,83	5,69	
PAIS	Tumores (neoplasias) C00-D48	4,18	4,53	
PAIS	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0,00	1,78	
PAIS	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	8,36	11,08	
PAIS	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	10,45	6,08	
PAIS	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (H60-H93)	0,00	0,00	
PAIS	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3,13	3,17	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
PAIS	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	14,62	16,05	
PAIS	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	3,13	3,61	
PAIS	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	1,57	1,21	
PAIS	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	202,37	97,95	
PAIS	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	231,85	50,44	
PAIS	Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	26,96	5,28	
PAIS	Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	0,52	0,85	
PAIS	Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	10,45	9,89	
PAIS	Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	0,00	0,00	

Fuente. Caracterización capo 2022.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 31 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 8.2. Mortalidad por grandes causas en población de 1 a 4 años.

En la tabla 13 podemos ver nuevamente que la causa que más destaca siguen siendo las malformaciones mal formaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99).

Tabla 13. Mortalidad por grandes causas en población de 1 a 4 años

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grandes causas de muerte	Tasa específica de mortalidad de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa específica de mortalidad en la entidad territorial	Primera causa de mortalidad
PAIS	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2,50	2,28	
PAIS	Tumores (neoplasias) C00-D48	2,50	4,70	
PAIS	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0,00	1,16	
PAIS	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	2,50	4,21	
PAIS	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	6,26	3,89	
PAIS	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	0,00	0,00	
PAIS	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1,25	1,42	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
PAIS	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	5,63	6,46	
PAIS	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	1,88	1,51	
PAIS	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	0,00	0,35	
PAIS	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	1,25	0,84	
PAIS	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	35,75	6,85	
PAIS	Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1,25	1,67	
PAIS	Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	0,63	0,48	
PAIS	Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	10,64	9,33	
PAIS	Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	0,00	0,00	

Fuente. Caracterización capo 2022.

### 8.3. Mortalidad por grandes causas en población menor de 5 años.

En la siguiente tabla se evidencia que en los menores de 5 años su principal causa de muerte son Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96) con una tasa de mortalidad de 10,86. El doble que la nacional para este caso.

Tabla 14. Mortalidad por grandes causas en población menor de 5 años

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Grandes causas de muerte	Tasa específica de mortalidad de la EAPB por entidad territorial en el último año	Tasa específica de mortalidad en la entidad territorial	Primera causa de mortalidad
PAIS	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	0,42	0,23	
PAIS	Tumores (neoplasias) C00-D48	0,15	0,05	
PAIS	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0,00	0,05	
PAIS	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	0,46	0,47	
PAIS	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	0,38	0,18	
PAIS	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	0,00	0,00	
PAIS	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	0,15	0,12	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
PAIS	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	0,73	0,66	
PAIS	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	0,11	0,14	
PAIS	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	0,11	0,06	
PAIS	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	10,86	5,88	
PAIS	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	7,98	2,72	
PAIS	Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	0,93	0,24	
PAIS	Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	0,00	0,03	
PAIS	Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	0,11	0,15	
PAIS	Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	0,00	0,00	

Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## 9. MORBILIDAD POR CURSO DE VIDA - GRANDES CAUSAS Y SEXO.

### 9.1. Primera Infancia (0 a 5 años)

A continuación, se presenta el análisis de la morbilidad atendida. Este término se refiere a los problemas de salud que aparecen en los registros médicos. En este caso, se trata de los RIPS, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud que fueron reportados el SISPRO (Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia), cuya información se encuentra disponible hasta el año 2022.

El presente análisis de la morbilidad se realiza por grupos de edad.

Morbilidad atendida en personas de la primera infancia (0-5 años)

En este grupo de edad, para el año 2022 se registró un total de 527.239 atenciones, mientras que para el 2021 466.693 casos. Este comportamiento no se correlaciona con el número de afiliados de la EPS, que, aunque ha venido disminuyendo, como se observa en los puntos descritos anteriormente, debería producir un número de diagnósticos estable. Los datos parecen indicar que existen problemas en el registro de la información.

Al analizar la distribución porcentual de los problemas de salud se encuentra que, de manera consistente, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad atendida, representando cerca del 39% del volumen de los casos. La segunda causa ha sido en este grupo de edad las enfermedades transmisibles y nutricionales que año tras año se han encontrado en torno al 30% de los casos. Estas dos grandes causas constituyen algo más del 60% de los diagnósticos.

Llama la atención el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron entre el 26% y el 45% de los diagnósticos, mostrando una deficiente calidad en la información ya que en una gran proporción de los casos no se están precisando los diagnósticos de los pacientes.

También se evidencia que los hombres son los usuarios con mayores morbilidades atendidas tanto para el año 2021 como para el 2022.

Tabla 15. Morbilidad atendida en personas de la primera infancia (0-5 años)

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2020	Numero de casos 2021	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2020	Numero de casos 2021	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y	67.810	80.885	0,05	59.295	70.360	0,12	127.105	152.797	0,53
COLOMBIA	Condiciones materno perinatales *	26.577	21.689	3,37	20.757	18.637	2,36	47.334	49.093	1,56
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	94.014	117.715	1,80	83.354	102.290	1,14	177.368	223.822	1,11
COLOMBIA	Lesiones	17.679	16.837	1,44	13.210	12.093	1,41	30.889	28.999	1,55
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	43.814	61.508	3,06	40.183	55.010	2,75	83.997	117.528	2,54
	Total	249.894	298.634		216.799	258.390	0,00	466.693	572.239	

Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 9.2. Infancia (6 a 11 años)

Morbilidad atendida en personas de la infancia (6-11 años)

En este grupo de edad, se observa, al igual que en el caso anterior, un número con gran variación de diagnósticos por año. Los datos parecen indicar que existen problemas en el registro de la información.

Al analizar la distribución porcentual de los problemas de salud se encuentra que, de manera consistente, las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad atendida, representando entre el 38 al 49% del volumen de los casos. La segunda causa ha sido en este grupo de edad las enfermedades transmisibles y nutricionales que han representado históricamente cerca del 18% de los casos. Estas dos grandes causas constituyen cerca del 75% de los diagnósticos.

En este grupo de edad persiste el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron entre el 26% y el 41% de los diagnósticos, mostrando una deficiente calidad en la información ya que en una gran proporción de los casos no se están precisando los diagnósticos de los pacientes.

Tabla 16. Morbilidad atendida en personas de la primera infancia (6 - 11 años)

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAFP	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	25.918	26.288	1,21	25.497	26.005	1,93	51.415	52.293	1,53
COLOMBIA	Condiciones materno perinatales *	37	18	0,01	228	76	0,12	265	94	0,06
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	84.041	92.115	0,18	73.489	85.769	1,47	157.530	177.884	0,79
COLOMBIA	Lesiones	17.705	16.050	1,96	10.662	9.801	1,50	28.367	25.851	1,78
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	25.762	33.194	3,01	25.579	32.267	2,08	51.341	65.461	2,59
	Total	153.463	167.665		135.455	153.918		288.918	321.583	

Fuente. Caracterización cap0 2022

### 9.3. Adolescencia (12-18 años)

Morbilidad atendida en adolescencia (12-18 años)

Para el grupo de edad de los adolescentes se persiste la variación del número de diagnósticos por año atribuida a problemas en el registro o reporte de la información.

En esta población la primera causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles, representando entre el 45% y el 53% de los casos en los diferentes años analizados.

La segunda causa ha sido en este grupo de edad las enfermedades transmisibles y nutricionales que han representado históricamente entre el 11% y 14% de los casos. Estas dos grandes causas constituyen cerca del 75% de los diagnósticos.

En este grupo de edad persiste el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron entre el 25% y el 39% de los registros, mostrando una deficiente calidad en la información ya que en una gran proporción de los casos no se están precisando los diagnósticos de los pacientes.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Resaltamos que en este grupo el sexo femenino es el que más morbilidades atendidas tuvo en los dos años comparativos, además que en el último año disponible las morbilidades fueron inferiores en comparación del año anterior.

**Tabla 17. Morbilidad atendida en la adolescencia (12 - 18 años)**

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	30.991	23.143	0,73	36.322	26.590	0,93	67.313	49.733	0,86
COLOMBIA	Condiciones materno perinatales *	464	332	0,02	40.738	24.603	2,93	41.202	24.935	1,68
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	146.061	115.287	0,32	179.889	152.378	2,82	325.950	267.665	1,49
COLOMBIA	Lesiones	32.395	23.323	1,20	16.777	13.284	0,07	49.172	36.607	0,57
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	39.952	36.227	2,28	72.009	60.936	1,11	111.961	97.163	1,61
COLOMBIA	Total	249.863	198.312		345.735	277.791		595.598	476.103	

Fuente. Caracterización capo 2022

#### 9.4. Juventud ( 14 – 26 años)

##### Morbilidad atendida en juventud (14-26 años)

En las personas del grupo de juventud existe una gran variabilidad en el número de diagnósticos por año al igual que en los casos anteriores.

En esta población la primera causa de morbilidad atendida son las enfermedades no transmisibles, representando alrededor del 50% en los diferentes años del periodo que fue analizado. Para el último año, este porcentaje se ubicó en el 53%.

La segunda causa ha sido para este grupo de edad el de las enfermedades transmisibles y nutricionales que han representado históricamente entre el 10% y el 12% de los casos. Estas dos grandes causas constituyen cerca del 60% de los diagnósticos para este grupo etéreo.

En este grupo de edad persiste el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron entre el 26% y el 39% de los diagnósticos, mostrando una deficiente calidad en la recolección y registro de la información.

Para este grupo un más del 50% de las morbilidades atendidas corresponden a casos de mujeres que en comparación con los hombres en el último año tienen el doble de atenciones.

**Tabla 18. Morbilidad atendida en la adolescencia (12 - 18 años)**

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	37.754	38.498	1,91	55.298	100.566	7,22	93.052	101.613	0,26
COLOMBIA	Condiciones materno perinatales *	419	1.043	0,17	136.570	45.191	14,93	136.989	83.784	6,54
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	150.990	186.128	2,17	274.588	309.640	5,26	425.578	496.251	4,53
COLOMBIA	Lesiones	44.795	47.888	1,59	20.371	26.347	0,93	65.166	74.560	0,54
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	43.106	54.908	1,16	127.717	138.222	1,51	170.823	193.374	1,21
COLOMBIA	Total	277.064	328.465		614.544	619.966		891.608	949.582	

Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 9.5. Adultez (29 – 59 años)

El grupo de las personas en etapa de adultez presenta una mayor proporción de enfermedades no transmisibles, representando alrededor del 60% en los diferentes años del periodo que fue analizado. Para el último año, este porcentaje se ubicó en el 62%.

La segunda causa ha sido para este grupo de edad el de las enfermedades transmisibles y nutricionales que iniciaron con 7% en el año 2022 y fueron incrementándose año a año hasta llegar al 9% de los casos en el año 2022. Estas dos grandes causas constituyen cerca del 80% de los diagnósticos.

En este grupo de edad cobran importancia las atenciones en las mujeres que fueron 1.505.947 que representa más del 50% de las morbilidades atendidas. La población de adultos es el grupo donde se espera que se concentren las lesiones y problemas traumáticos en este caso las causas tienen un porcentaje relativamente alto en comparación con las anteriores etapas de vida..

En este grupo de edad persiste el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron alrededor del 20% y que han venido aumentando año tras año.

**Tabla 19. Morbilidad atendida en la adultez (29 - 59 años)**

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	83.004	149	11,69	108.352	58.177	3,95	191.356	58.326	6,53
COLOMBIA	Condiciones malemo perinatales *	173	89.761	12,13	55.094	100.085	2,67	55.267	189.846	5,82
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	471.290	471.205	2,66	972.894	1.044.729	0,78	1.444.184	1.515.934	1,36
COLOMBIA	Lesiones	68.858	83.131	1,55	46.426	62.645	0,81	115.284	145.776	0,99
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	85.633	94.080	0,66	204.033	240.311	1,24	289.666	334.391	1,08
COLOMBIA	Total	708.958	738.326		1.386.799	1.505.947		2.086.757	2.244.273	

Fuente. Caracterización capo 2022.

### 9.6. Mayores de 60 años

Para el grupo de edad de los mayores de 60 años, se encuentra una mayor proporción de enfermedades no transmisibles, lo cual era de esperar, pues en estas personas predominan los problemas crónicos y degenerativos. Para el último año, este porcentaje se ubicó en el 75% de la proporción de causas de morbilidad atendida.

La segunda causa de morbilidad atendida en este grupo de edad es el de las enfermedades transmisibles y nutricionales que constituyen el 5.6% de los casos.

En este grupo de edad siguen apareciendo las lesiones, en menor proporción que en el grupo anterior, constituyendo cerca del 4% de las causas. Igualmente persiste el gran número de signos y síntomas mal definidos que se encontraron en los otros grupos de edad.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Tabla 20. Morbilidad atendida en mayores de 60 años.

Entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Gran causa de morbilidad	Morbilidad atendida en hombres			Morbilidad atendida en mujeres			Morbilidad atendida en población total		
		Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)	Numero de casos 2021	Numero de casos 2022	Cambio en puntos porcentuales (dos últimos años)
COLOMBIA	Condiciones transmisibles y nutricionales	33.474	59	5,60	44.781	94	4,86	78.255	153	5,15
COLOMBIA	Condiciones materno perinatales *	40	34.960	4,95	1.521	39.755	3,64	1.561	74.715	4,17
COLOMBIA	Enfermedades no transmisibles	450.901	558.362	3,75	711.568	856.045	4,47	1.162.469	1.414.407	4,16
COLOMBIA	Lesiones	23.406	37.373	1,39	29.854	49.335	1,47	53.260	86.708	1,44
COLOMBIA	Signos y síntomas mal definidos	89.482	73.873	4,50	131.779	100.600	4,71	221.261	174.473	4,62
COLOMBIA	Total	597.303	704.627		919.503	1.045.829		1.516.806	1.750.456	

Fuente. Caracterización capo 2022.

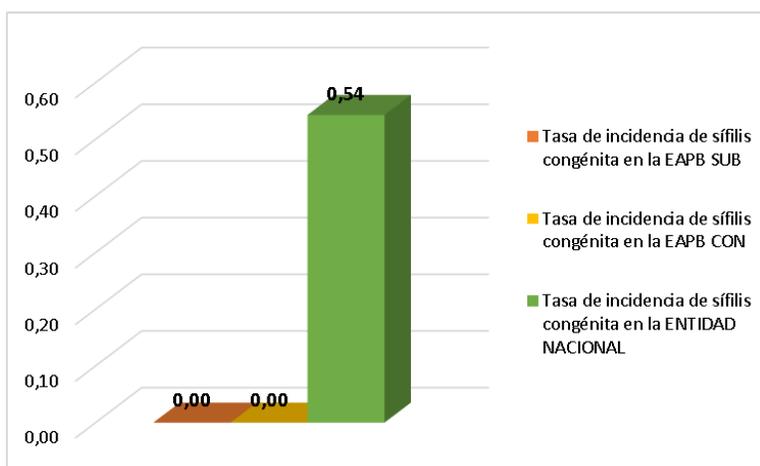
## 10. MORBILIDAD TRAZADORA

### 10.1. Tasa de incidencia de sífilis congénita

La sífilis congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, cuya presentación está favorecida por condiciones socioeconómicas y culturales tales como la drogadicción, la promiscuidad, habitante en situación de calle, lo cual hace que los programas implementados para lograr su control requieran de esfuerzos permanentes y coordinados tanto del sector salud como de otros sectores.

Cuando en la literatura científica se encuentra que la mortalidad por sífilis congénita puede ser del 40%, tener una letalidad de 4,7 puede considerarse un indicador muy bueno, no obstante, el tema de sífilis congénita debe evaluarse a la luz de la meta propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública, llevando la incidencia a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos (incluidos mortinatos). Para lograr este objetivo es necesario que más del 95% de las gestantes infectadas sean detectadas y tratadas, hasta lograr una reducción de la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos de 1%.

Gráfico 20. Tasa de incidencia de sífilis congénita.



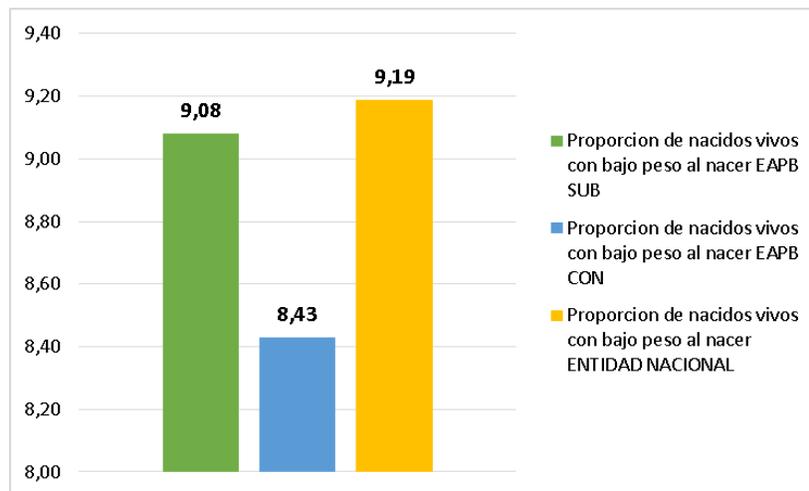
Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### 10.2. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

La Prevalencia de Bajo Peso al Nacer es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos medidos al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 100 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Grafico 21. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.



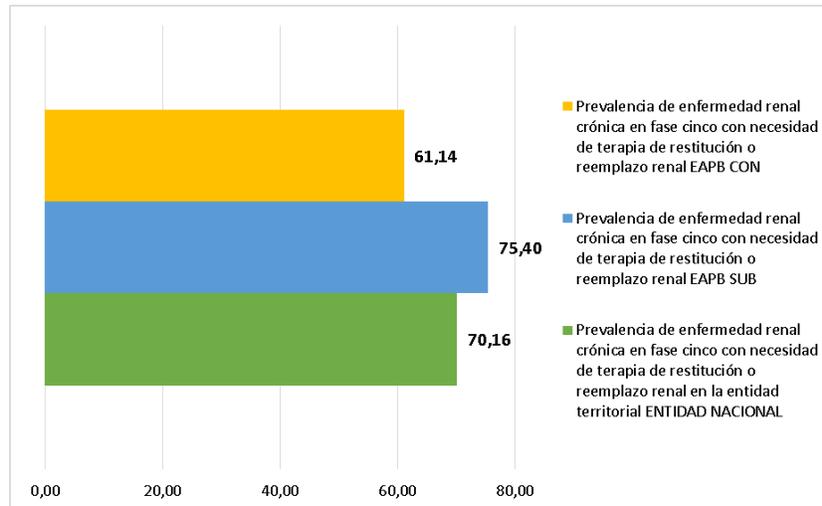
Fuente. Caracterización capo 2022.

### 10.3. Prevalencia Enfermedad renal crónica en estadio 5.

Los datos presentados corresponden a la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal en Colombia. Estos datos se dividen en tres categorías: el número de personas con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal que reciben un subsidio del gobierno (75,402), el número de personas con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal que pagan por su tratamiento (61,142) y el número total de personas con enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal en el país (70,161). Estos datos muestran que hay una gran cantidad de personas en Colombia que necesitan tratamiento para la enfermedad renal crónica en fase cinco, y que el gobierno está haciendo un esfuerzo para ayudar a aquellos que no pueden pagar por su tratamiento.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales

Grafico 22. Prevalencia de enfermedad renal crónica en estadio 5.

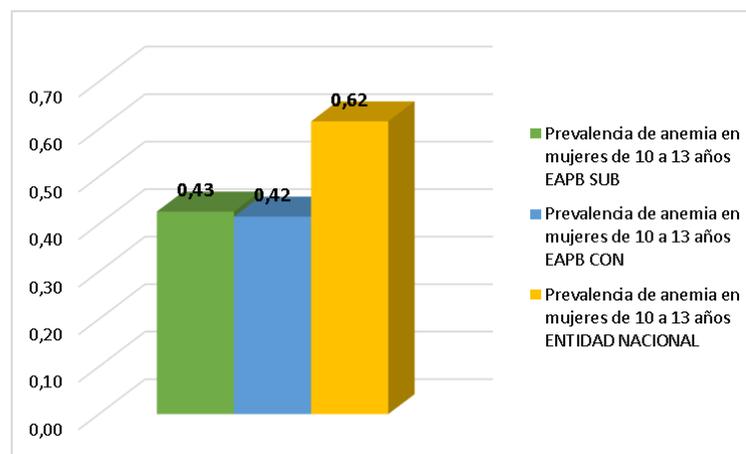


Fuente. Caracterización capo 2022.

#### 10.4. Prevalencia Anemia en mujeres de 10 a 13 años.

Los datos presentados muestran la prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años en Colombia. La prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años en el régimen subsidiado es de 0,426, mientras que en el régimen contributivo es de 0,416. Por último, la prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años en la entidad nacional es de 0,616. Esto significa que el porcentaje de mujeres de 10 a 13 años con anemia en Colombia es mayor en el régimen nacional que en los otros dos regímenes. Esto sugiere que el régimen nacional no está proporcionando un nivel adecuado de atención médica a esta población, lo que resulta en una mayor prevalencia de anemia.

Grafico 23. Prevalencia de anemia en mujeres de 10 a 13 años.



Fuente. Caracterización capo 2022.

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 39 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

**10.5. Prevalencia Hipertensión arterial de 18 a 69 años.**

Los datos presentados corresponden a la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años en Colombia. Estos datos se dividen en tres categorías: personas con régimen subsidiado, personas con régimen contributivo y personas en la entidad nacional.

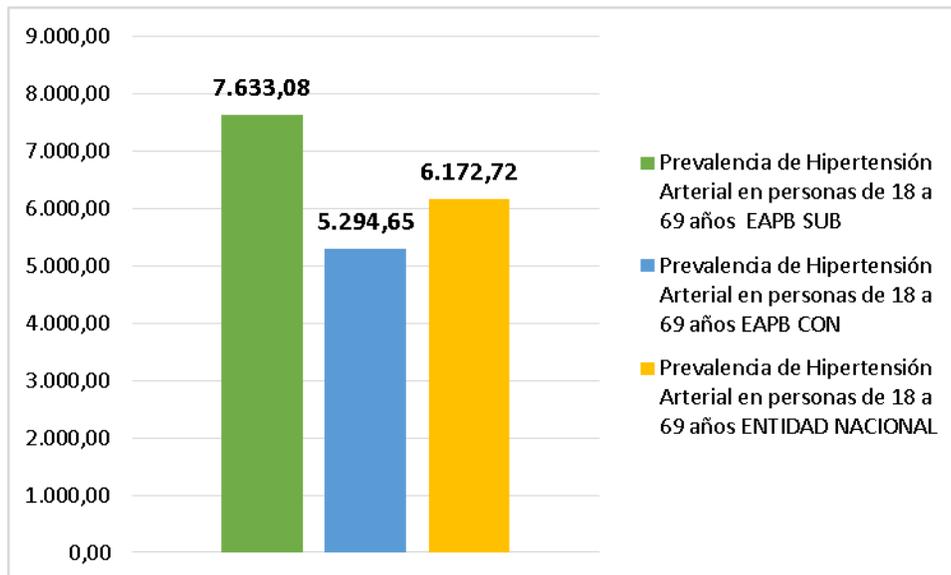
En el primer grupo, el número de personas con hipertensión arterial es de 7633,084. Esto significa que el 76,33% de las personas con régimen subsidiado tienen hipertensión arterial.

En el segundo grupo, el número de personas con hipertensión arterial es de 5294,646. Esto significa que el 52,95% de las personas con régimen contributivo tienen hipertensión arterial.

En el tercer grupo, el número de personas con hipertensión arterial es de 6172,720. Esto significa que el 61,73% de las personas en la entidad nacional tienen hipertensión arterial.

En conclusión, los datos muestran que la prevalencia de hipertensión arterial en Colombia es relativamente alta, con un promedio de alrededor del 60%. Esto sugiere que hay una necesidad urgente de mejorar la atención médica y la prevención de la hipertensión arterial en el país.

Grafico 25. Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años.

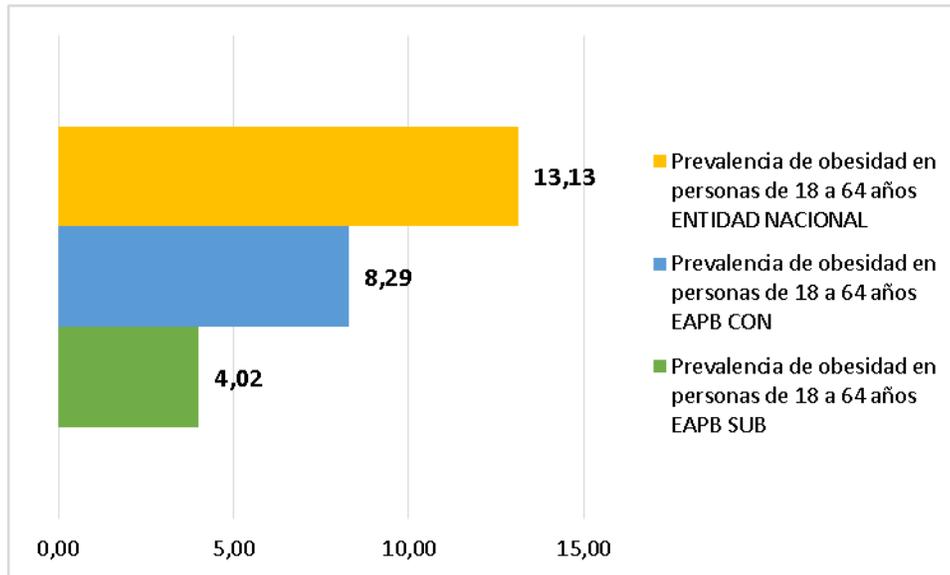


Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales

**10.6. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años.**

Grafico 26. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años.



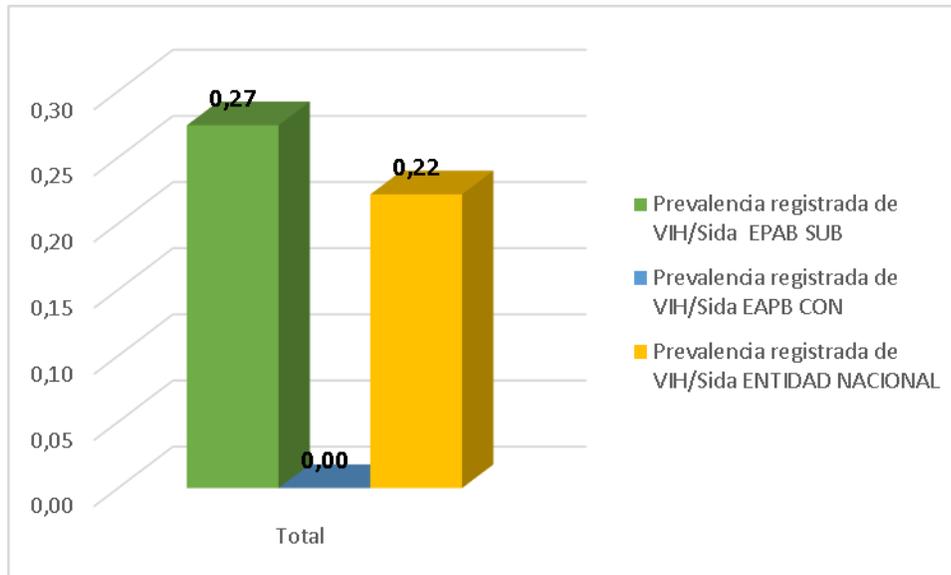
Fuente. Caracterización capo 2022.

**10.7. Prevalencia de VIH/SIDA.**

Los datos presentados corresponden a la prevalencia de VIH/Sida en Colombia. La prevalencia registrada de VIH/Sida en el régimen subsidiado es de 0,274, lo que significa que el 0,274% de la población colombiana con acceso al régimen subsidiado tiene VIH/Sida. Por otro lado, la prevalencia registrada de VIH/Sida en el régimen contributivo es de 0,000, lo que significa que el 0,000% de la población colombiana con acceso al régimen contributivo tiene VIH/Sida. Finalmente, la prevalencia registrada de VIH/Sida en la entidad nacional es de 0,222, lo que significa que el 0,222% de la población colombiana tiene VIH/Sida. Estos datos muestran que la prevalencia de VIH/Sida en Colombia es relativamente baja, pero que hay una diferencia significativa entre la prevalencia en el régimen subsidiado y el régimen contributivo. Esto sugiere que el acceso a los servicios de salud y los recursos disponibles para el tratamiento y la prevención del VIH/Sida pueden ser limitados para algunas personas.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales

Grafico 27. Prevalencia registrada de VIH/SIDA.



Fuente. Caracterización capo 2022.

## 11.PATOLOGÍAS Y EVENTOS DE ALTO CONSUMO.

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

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

A continuación, se presentan las patologías y eventos de alto consumo de la EPS.

De acuerdo con la metodología de la Guía para caracterización poblacional de las EAPB del Ministerio de Salud y Protección Social, las patologías de alto consumo deben cumplir con las siguientes características:

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 42 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Desviación en el costo. Se incluyen en el cálculo personas con costos de atención al año por encima del percentil 95%, identificando de la base de datos de suficiencia de UPC, los usuarios que corresponden al 30% del costo acumulado de la EAPB.

Persistencia. Los pacientes se encuentran por encima del umbral definido de un periodo a otro

Posibilidad de Gestión. La patología es susceptible de intervención y manejo por parte de los servicios de salud

Distribución en la población. La patología tiene una prevalencia normal o alta en la población general.

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

En la siguiente tabla se presentara las patologías de alto consumo de la EPAB para el régimen subsidiado y contributivo. El detalle se presenta como anexo al final de este documento.

**Tabla 21. Patologías de alto costo régimen subsidiado.**

Nombre de la entidad territorial	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	Número de personas en la EAPB afectadas por la primera patología de alto costo.	Costo total por la segunda patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la segunda patología de alto costo.	Costo total por la tercera patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la tercera patología de alto costo.	Costo total por la cuarta patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la cuarta patología de alto costo.	Costo total por la quinta patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la quinta patología de alto costo.
Colombia	26.784.784.852,00	712	10.683.537.652,00	335	4.866.031.170,00	252	2.180.168.901,00	128	1.463.825.041,00	131

**Tabla 22. Eventos de alto costo régimen subsidiado.**

Nombre de la entidad territorial	Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo.	Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo.	Costo total para la EAPB por el segundo evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el segundo evento de alto costo.	Costo total por el tercer evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el tercer evento de alto costo.	Costo total por el cuarto evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el cuarto evento de alto costo.	Costo total por el quinto evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el quinto evento de alto costo.
Colombia	284.619.640.930	824.850	188.630.593.304	1.033.946	116.661.567.399	543.878	86.509.180.660	392.602	68.170.183.386	408.962

Fuente. Caracterización capo 2022.

**Tabla 21. Patologías de alto costo régimen contributivo.**

Nombre de la entidad territorial	Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo	Número de personas en la EAPB afectadas por la primera patología de alto costo.	Costo total por la segunda patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la segunda patología de alto costo.	Costo total por la tercera patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la tercera patología de alto costo.	Costo total por la cuarta patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la cuarta patología de alto costo.	Costo total por la quinta patología de alto costo.	Número de personas afectadas por la quinta patología de alto costo.
Colombia	1.356.436.339	24	248.634.340	11	105.756.005	8	44.087.216,00	8	4.479.591,00	2

**Tabla 23. Eventos de alto costo régimen contributivo.**

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 43 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Nombre de la entidad territorial	Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo.	Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo.	Costo total para la EAPB por el segundo evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el segundo evento de alto costo.	Costo total por el tercer evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el tercer evento de alto costo.	Costo total por el cuarto evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el cuarto evento de alto costo.	Costo total por el quinto evento de alto costo.	Número de personas afectadas por el quinto evento de alto costo.
Colombia	24.330.920.575	102.594	17.220.998.715	75.287	11.669.277.469	68.505	9.232.971.999	23.639	7.371.512.300	31.343

Fuente. Caracterización capo 2022

## 12.DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD.

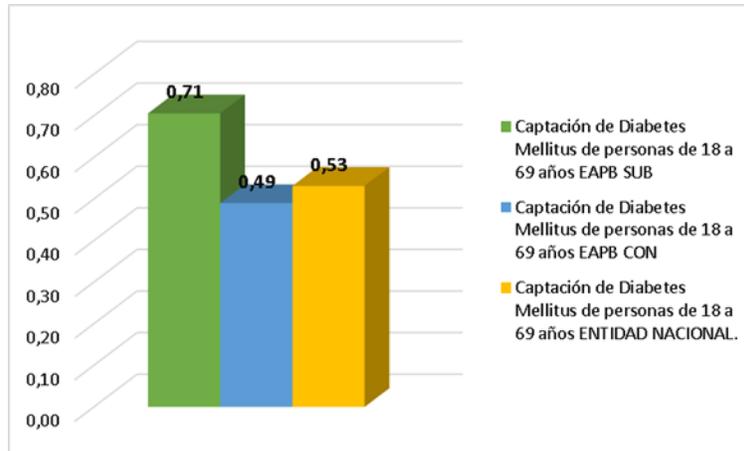
De acuerdo con la Guía de Caracterización poblacional del MSPS, los determinantes intermedios de la salud hacen referencia a las condiciones que pueden ser modificadas y que ponen en desventajas a las personas que las poseen frente a los demás, haciéndolos más vulnerables para desarrollar los efectos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

Los determinantes intermedios de salud incluyen las circunstancias los hábitos relacionados con la salud y los factores biopsicosociales, así como los sistemas de salud como determinantes. Para estimar este tipo de condiciones se utilizan algunos indicadores que se presentan a continuación:

### 12.1. Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años

Los datos presentados corresponden a la captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años en Colombia, según el régimen de seguridad social al que pertenecen. El primer número (0,71) representa la captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años en el régimen subsidiado, el segundo número (0,49) representa la captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años en el régimen contributivo y el tercer número (0,53) representa la captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años en la entidad nacional. Estos datos indican que el régimen subsidiado tiene la mayor captación de Diabetes Mellitus, seguido por la entidad nacional y el régimen contributivo. Esto sugiere que el régimen subsidiado es el que ofrece un mejor acceso a los servicios de salud para el tratamiento de la Diabetes Mellitus.

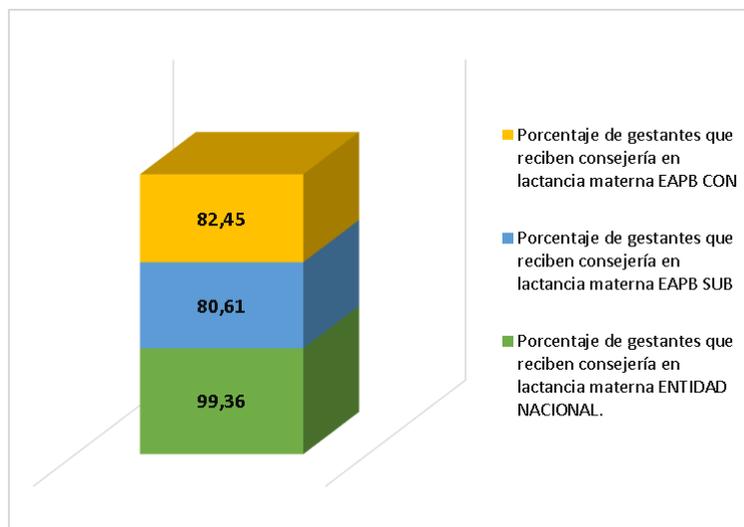
Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	



Fuente. Caracterización capo 2022.

### 12.2. Porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna

Los datos indican el porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna en Colombia. El primer porcentaje (80,60845578) se refiere al porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna bajo el régimen subsidiado. El segundo porcentaje (82,4516129) se refiere al porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna bajo el régimen contributivo. El tercer porcentaje (99,36) se refiere al porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna a través de la entidad nacional. Estos datos muestran que el porcentaje de gestantes que reciben consejería en lactancia materna es mayor en el régimen contributivo y en la entidad nacional, lo que indica que hay un mayor acceso a la información y consejería en lactancia materna para las gestantes en estos dos sistemas.

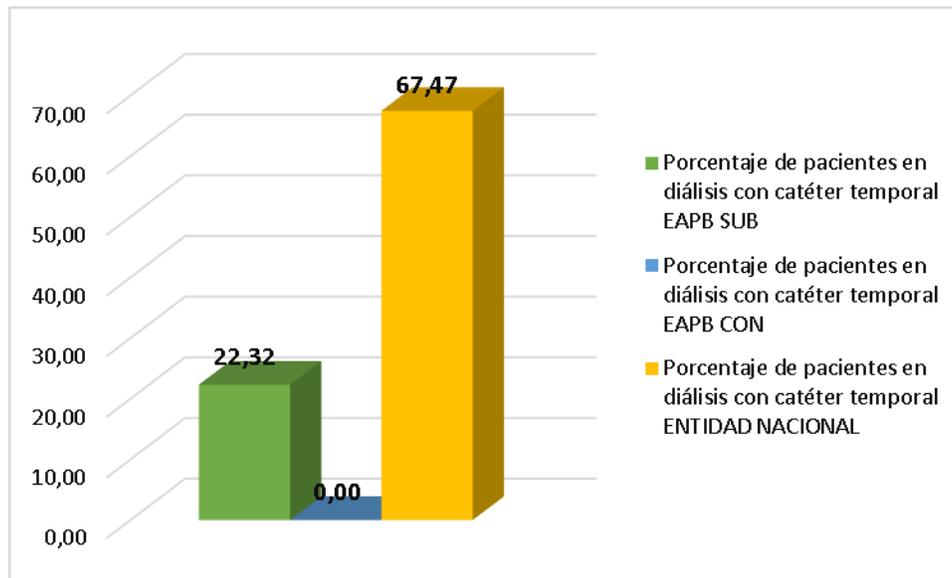


Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

**12.3. Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal**

Los datos indican el porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal en Colombia. El 22,3198594% de los pacientes están en el régimen subsidiado, el 0% están en el régimen contributivo y el 67,47% están en la entidad nacional. Esto significa que la mayoría de los pacientes en diálisis con catéter temporal en Colombia están en la entidad nacional, seguido por el régimen subsidiado y el régimen contributivo no tiene ningún paciente. Esto sugiere que el régimen contributivo no es una opción viable para los pacientes en diálisis con catéter temporal en Colombia.

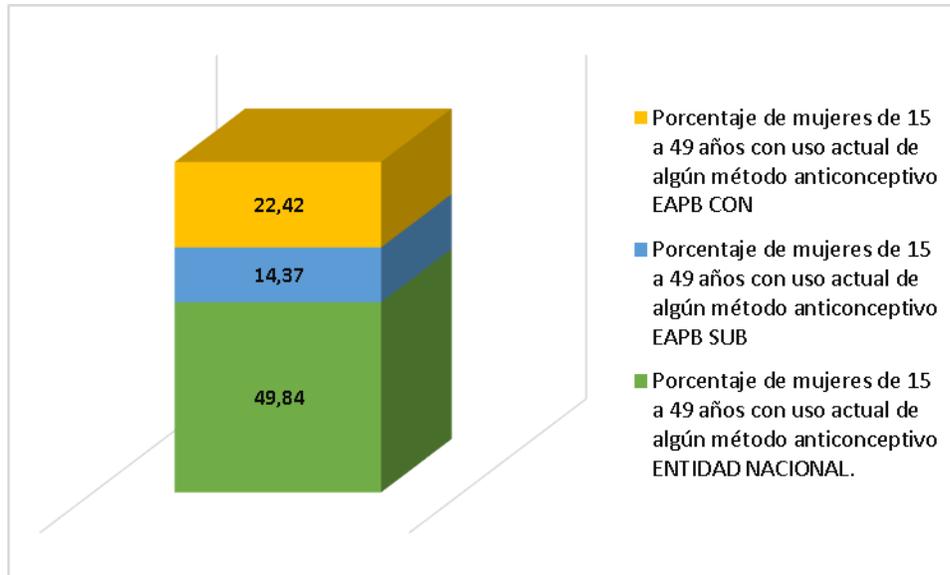


Fuente. Caracterización capo 2022.

**12.4. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo.**

Los datos presentados corresponden al porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo en Colombia. El primer porcentaje (14,37%) corresponde al uso de métodos anticonceptivos subsidiados por el Estado, el segundo porcentaje (22,41%) corresponde al uso de métodos anticonceptivos contributivos, y el tercer porcentaje (49,84%) corresponde al uso de métodos anticonceptivos por parte de la entidad nacional. Estos datos muestran que la mayoría de las mujeres de 15 a 49 años en Colombia están usando algún método anticonceptivo, y que el uso de métodos anticonceptivos subsidiados por el Estado es menor que el uso de métodos anticonceptivos contributivos y el uso de métodos anticonceptivos por parte de la entidad nacional. Esto sugiere que hay una mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos contributivos y de la entidad nacional, lo que permite a las mujeres tener un mayor acceso a los métodos anticonceptivos.

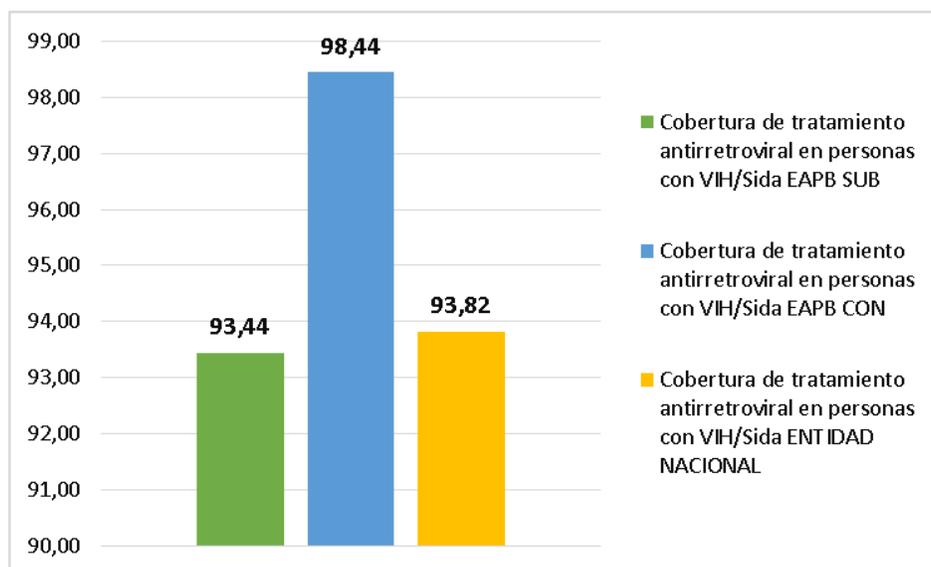
Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:		Sucursales



Fuente. Caracterización capo 2022.

### 12.5. Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida.

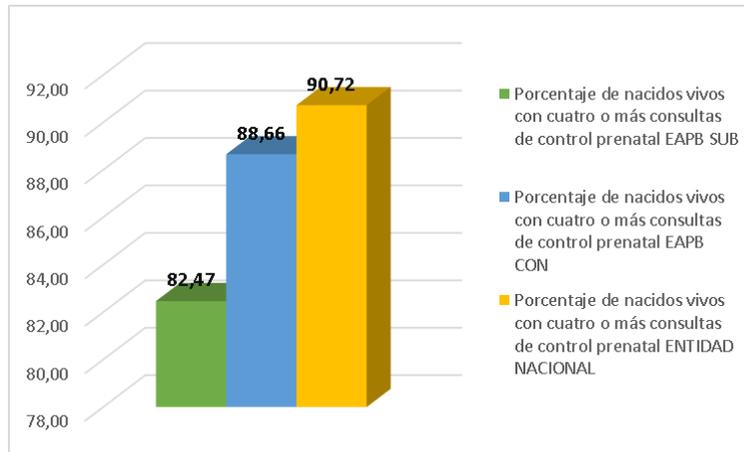
Los datos presentados corresponden a la cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida en Colombia. Estos datos muestran que el 93,44% de las personas con VIH/Sida tienen acceso al tratamiento antirretroviral a través de un régimen subsidiado, el 98,44% a través de un régimen contributivo y el 93,82% a través de una entidad nacional. Esto indica que la mayoría de las personas con VIH/Sida en Colombia tienen acceso a tratamientos antirretrovirales, lo que es una buena noticia para la salud pública.



Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

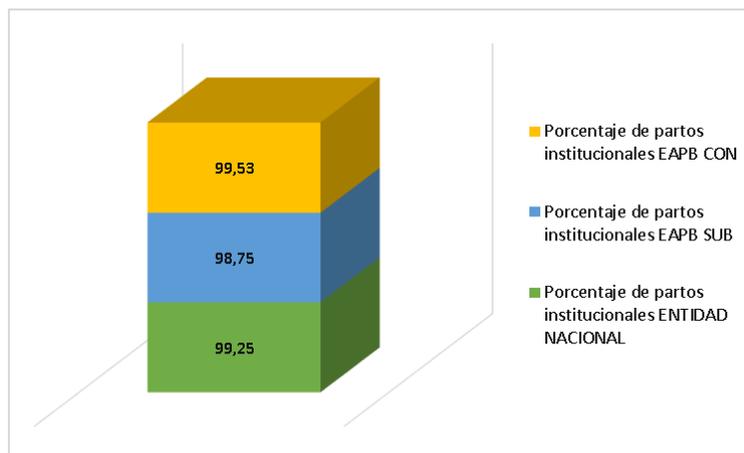
**12.6. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal.**



Fuente. Caracterización capo 2022.

**12.7. Porcentaje de partos institucionales.**

Los datos indican el porcentaje de partos institucionales en Colombia. El 98,74887317% de los partos se realizan en el régimen subsidiado, el 99,53143303% en el régimen contributivo y el 99,25% en la entidad nacional. Esto indica que la mayoría de los partos en Colombia se realizan en instituciones de salud, lo que refleja un alto nivel de acceso a los servicios de salud en el país. Además, los datos muestran que el régimen contributivo y la entidad nacional tienen un porcentaje ligeramente mayor de partos institucionales que el régimen subsidiado, lo que sugiere que los colombianos tienen un mayor acceso a los servicios de salud de calidad a través de estos dos regímenes.



Fuente. Caracterización capo 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

Los datos anteriores se refieren a la EPS Coosalud en Colombia. Estos datos muestran la cantidad de camas, ambulancias y profesionales de salud por cada afiliado. La razón de camas por afiliado objeto de prestación es de 5,76, lo que significa que hay 5,76 camas por cada afiliado. La razón de camas de cuidado intensivo por afiliado objeto de prestación es de 0,86, lo que significa que hay 0,86 camas de cuidado intensivo por cada afiliado. La razón de camas de cuidado intermedio por afiliado objeto de prestación es de 0,46, lo que significa que hay 0,46 camas de cuidado intermedio por cada afiliado. La razón de ambulancias básicas por afiliado objeto de prestación es de 0,28, lo que significa que hay 0,28 ambulancias básicas por cada afiliado. La razón de ambulancias medicalizadas por afiliado objeto de prestación es de 0,07, lo que significa que hay 0,07 ambulancias medicalizadas por cada afiliado. La razón de ambulancias totales por afiliado objeto de prestación es de 0,35, lo que significa que hay 0,35 ambulancias totales por cada afiliado. La razón de médicos generales por afiliado es de 1,05, lo que significa que hay 1,05 médicos generales por cada afiliado. La razón de enfermeros profesionales por afiliado es de 5,62, lo que significa que hay 5,62 enfermeros profesionales por cada afiliado. Por último, el tiempo promedio de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad es de 93 minutos. Esto significa que el tiempo promedio de traslado de una institución de salud a un nivel superior de complejidad es de 93 minutos.

**Tabla 24. Determinantes intermedios de salud.**

entidad territorial donde residen los afiliados a la EAPB	Razón de camas por afiliados, objeto de prestación	Razón de camas de cuidado intensivo por afiliados objeto de prestación	Razón de camas de cuidado intermedio por afiliados, objeto de prestación	Razón de ambulancias básicas por afiliados, objeto de prestación	Razón de ambulancias medicalizadas por afiliados, objeto de prestación	Razón de ambulancias totales por afiliados, objeto de prestación	Razón de médicos generales por afiliados	Razón de enfermeros profesionales por afiliados	Tiempo promedio de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad
PAIS	5,76054	0,8607	0,4638	0,2817	0,0717	0,35346	1,0488	5,6158	93

Fuente. Caracterización capo 2022.

### 13. Grupos de riesgo.

En relación a la distribución por grupos de riesgo en salud, la caracterización por grupos de riesgo en salud es una forma de identificar a aquellas personas que tienen un mayor riesgo de desarrollar ciertas enfermedades o problemas de salud, y así poder brindarles un tratamiento o atención específica.

Esta caracterización se puede realizar según diversos factores, como la edad, el género, la raza, el nivel socioeconómico, el estilo de vida, el nivel de educación, el estado de salud, entre otros. Los grupos de riesgo en salud se clasifican generalmente como alto, medio y bajo. Esta clasificación se usa para determinar la prioridad de los programas de prevención y tratamiento, así como para monitorear los resultados de los mismos. Los grupos de alto riesgo.

En la siguiente tabla se muestran los diez diagnósticos más frecuentes en mujeres y hombres para nuestra población de Riesgo, en la cual se observa que las enfermedades relacionadas con la diabetes son más comunes en mujeres que en hombres. Los diagnósticos más comunes para mujeres son el Retraso Mental Profundo, el Embarazo Confirmado, la Diabetes Mellitus no especificada sin mención de complicación y la Insuficiencia Renal Crónica no especificada. Por otro lado, los diagnósticos más comunes para hombres son la Diabetes Mellitus Insulinodependiente sin

Elabora:	Revisa:	Aprueba:	Pág. 49 de 53
Gerente de Epidemiología	Vicepresidente de salud	Presidente Ejecutivo	

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

mención de complicación, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no especificada, la Diabetes Mellitus no especificada con coma, el Problema Relacionado con la Limitación de las Actividades debido a Discapacidad, la Diabetes Mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación y la Hipertensión Esencial.

Los datos de esta tabla muestran una clara diferencia entre el sexo femenino y el masculino. El sexo femenino tiene más casos de los 10 principales diagnósticos, con un total de 19.662 casos, mientras que el sexo masculino tiene 11.344 casos. Esto sugiere que el sexo femenino es más propenso a contraer enfermedades crónicas que el sexo masculino. Además, se observa que los diagnósticos de diabetes mellitus, embarazo confirmado y diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación son más comunes en el sexo femenino. Esto puede deberse a factores como el estilo de vida o la obesidad, que tienen un mayor impacto en las mujeres. Por otro lado, los diagnósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, retraso mental profundo, problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad, diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, insuficiencia renal crónica no especificada y hipertensión esencial (primaria) son más comunes en el sexo masculino. Esto puede deberse a factores como el tabaquismo, que es más común entre los varones.

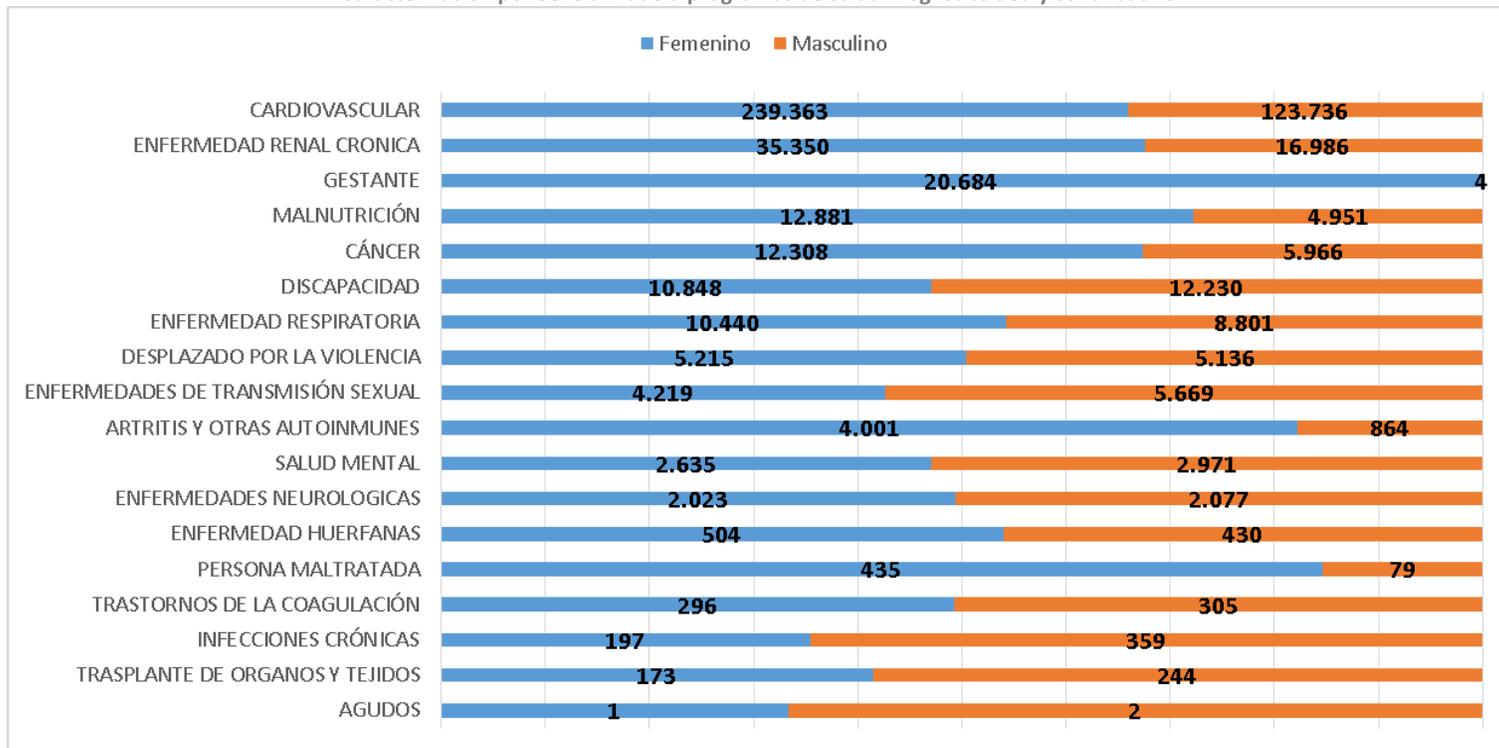
Caracterización por regimen afiliado a programas de salud. Reg. Subsidiado y contributivo.



Fuente. Capó - SISPRO 2022.

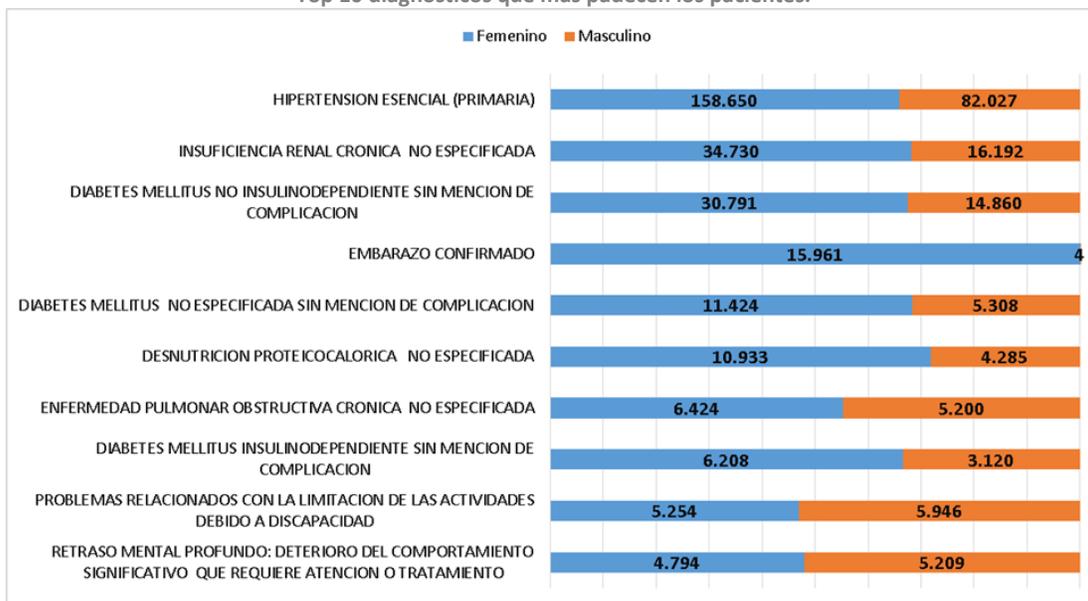
Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

### Caracterización por Sexo afiliado a programas de salud. Reg. Subsidy y contributivo



Fuentes. Capo - SISPRO 2022.

### Top 10 diagnósticos que más padecen los pacientes.



Fuentes. Capo - SISPRO 2022.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

## 14. Monitoreo de eventos de interés.

El monitoreo de los eventos de salud pública como estrategia para identificar y evaluar la salud de la población, resulta útil para monitorear y evaluar la magnitud, la incidencia y la distribución de los problemas de salud en la población.

Esto incluye la vigilancia epidemiológica y la vigilancia sanitaria. La vigilancia epidemiológica se utiliza para monitorear patrones de enfermedades infecciosas y no infecciosas, mientras que la vigilancia sanitaria se utiliza para monitorear contaminantes ambientales, factores de riesgo y condiciones de salud relacionadas con el medio ambiente. Esta estrategia resulta útil para monitorear los efectos de las intervenciones de salud pública y para evaluar el impacto de los programas de prevención.

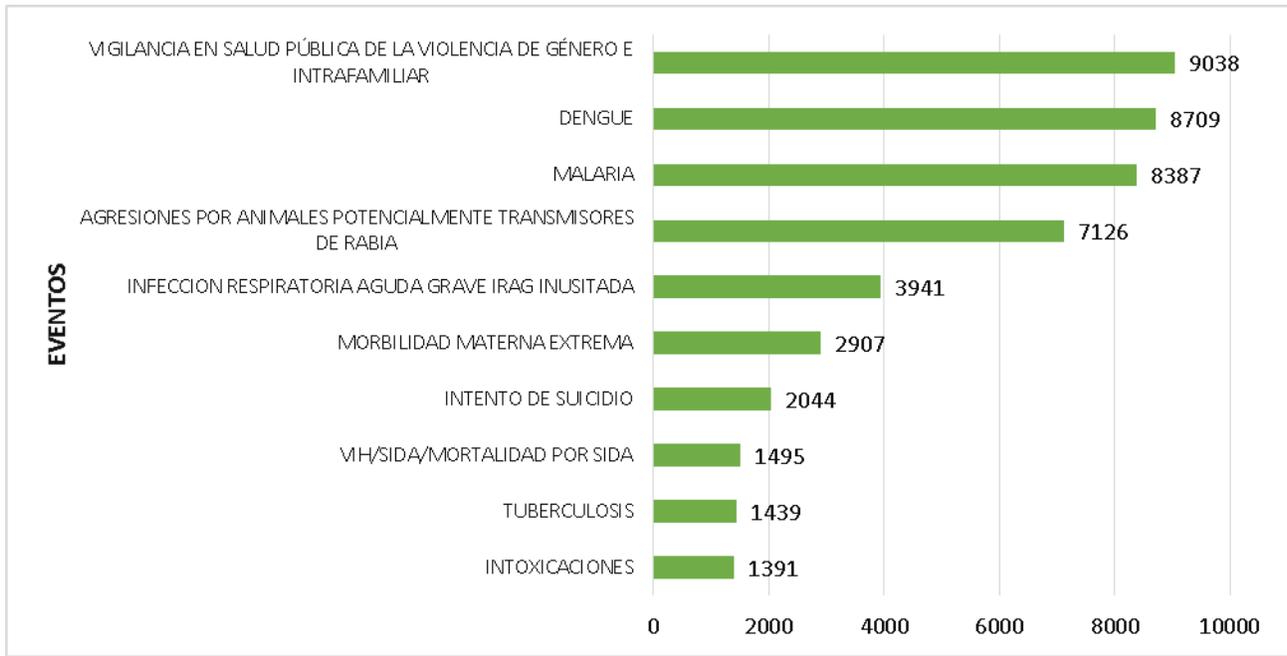
COOSALUD EPS, adopta este seguimiento de la salud pública como proceso de recopilación de información relacionada con la salud de nuestra población con el fin de detectar y controlar los problemas de salud y mejorar los resultados de salud; incluyendo la vigilancia de enfermedades infecciosas, la vigilancia de enfermedades crónicas, la vigilancia de lesiones, el seguimiento de la nutrición y el seguimiento de factores que influyen en la salud, como el tabaquismo, el uso de drogas, la exposición a la contaminación, etc.

La siguiente tabla muestra la distribución de casos de los diferentes eventos en salud pública, donde se puede observar que los casos de intoxicaciones son los más bajos con 1.391 casos, mientras que los de vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar son los más altos con 9.038 casos. El total general es de 46.477 casos, lo cual muestra la importancia de la vigilancia en salud pública, especialmente cuando se trata de prevenir y tratar problemas relacionados con la violencia de género e intrafamiliar.

Además, esta tabla también indica que hay una gran cantidad de casos de enfermedades infecciosas, como la malaria y el dengue, con 8.387 y 8.709 casos, respectivamente. Lo cual sugiere que hay una necesidad de mejorar las medidas de prevención y tratamiento para combatir estas enfermedades.

Código:	GRIS-M-17	Actualización:	02	Resp. Operativo:	Gerente de Epidemiología
Fecha Actualización:	2022.oct.03		Nivel de Operación:	Sucursales	

**14.1. 10 primeros eventos de más casos reportados.**



Fuente. Caracterización capo 2022.