



**FIGURA 2. ÁREAS AFECTADAS EN EL TEST FF-SIL EN FAMILIARES DE PACIENTES DEL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. I. MÉXICO, NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014**

sobre la patología, así como hacer énfasis en el manejo integral, valoración y seguimiento por el médico familiar.

Andrea Vanessa Ruiz Rodríguez, D en M Fam,<sup>(1)</sup>  
 andreavrzr@hotmail.com  
 Ana Marlen Rivas Gómez, D en M Fam.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Unidad Médica Familiar 33.  
 Chihuahua, Chihuahua, México.

<https://doi.org/10.21149/8326>

## Referencias

1. Campo G, Roa JA, Pérez Á, Salazar O, Piragauta C, López L, et al. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica 2003;34(1):9-16.
2. Villa-Manzano AI, Robles-Romero MÁ, Gutiérrez-Román EA, Martínez-Arriaga MG, Valez-Toscano FJ, Cabrera-Pivaral CE. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio. Rev Mex Inst Mex Seguro Soc 2009;47(6):643-646.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [documento en internet]. Aguascalientes: INEGI, 2015 [consultado en 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>
4. Valdivia PM, Schaub MC, Díaz MP. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biogeográficos. Rev Chil Pediatr 1998;69(2):64-67.

5. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco 2012;18(1):14-24.
6. Marrero LV. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2004;5(1):62-67.
7. Ortega-Veitia T, de la Cuesta-Freijounil D, Díaz-Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Ciberna Enfermer 1999;15(3):164-168.

## Las enfermedades crónicas y el gasto asegurado en Colombia

*Señor editor:* En el presente documento se envían algunos resultados sobre el gasto asegurado en Colombia durante los años 2010, 2012 y 2014. Éstos se obtuvieron de los registros de cada uno de los servicios médicos de una entidad promotora de salud (EPS) perteneciente al régimen contributivo que cubre aproximadamente a 880 000 afiliados. Cabe destacar que 80% de los asegurados gana menos de tres salarios mínimos, lo que hace

que los datos sean representativos de empleados formales de bajos ingresos.

A nivel mundial es conocido que las enfermedades crónicas tienen el mayor porcentaje del gasto de los servicios de salud,<sup>1</sup> y que están concentradas en adultos mayores.<sup>2</sup> En Colombia no hay una estimación sobre cuál es la participación de las enfermedades crónicas en el gasto asegurado.

La letalidad de las enfermedades crónicas es muy alta. Entre 2005 y 2013, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte y generaron 26.95% de las defunciones masculinas y 33.90% de las femeninas;<sup>3</sup> aportaron 16.13% de todos los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Adicionalmente, de acuerdo con proyecciones oficiales, el proceso de envejecimiento de la población es acelerado. Se estima que, para 2020, 8.5% de la población tendrá 65 años o más, tasa que se ha casi duplicado en los últimos 25 años.

Gracias a un convenio académico con una EPS que nos permitió usar sus registros contables de facturación, fue posible identificar, para cada individuo que recibió al menos un servicio financiado por el sistema de salud, si tenía o no enfermedades crónicas y cuáles eran. La identificación se hizo replicando el algoritmo clasificador de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS),<sup>4</sup> que identifica 25 enfermedades crónicas acorde a los códigos diagnósticos CIE-10.

Al relacionar el número de enfermedades crónicas con el gasto incurrido en los servicios de salud de los afiliados, se evidenció que 80.4% de los individuos del análisis no presentaba ninguna enfermedad crónica (2014), y les correspondía un gasto aproximado de 50.6% (cuadro I). A diferencia de esto, las personas con dos condiciones crónicas, representaban 3.5% e incurrieron en 13% de los gastos en salud. De manera similar ocurre con las personas que padecen 3

**Cuadro 1**  
**PORCENTAJE DEL NÚMERO DE AFILIADOS Y DEL GASTO TOTAL SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS (AFILIADOS QUE ACCEDIERON A UN SERVICIO EN LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD). COLOMBIA, 2010-2014\***

Número de condiciones crónicas	Número de afiliados (%)			Pagos totales (%)		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
0	81.8	81.9	80.4	53.8	52.7	50.6
1	12.7	13.2	14.5	22.9	23.7	24.0
2	3.7	3.5	3.5	12.0	12.2	13.0
3	1.3	1.0	1.1	6.2	6.6	7.1
4	0.4	0.3	0.3	2.9	3.0	3.2
5	0.1	0.1	0.1	1.5	1.2	1.3
6	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4	0.5
7 o más	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: cálculos propios

\* Enfermedades crónicas identificadas: cánceres (de mama, colorrectal, prostático, de pulmón y de endometrio), hipotiroidismo adquirido, Alzheimer y trastornos relacionados por demencia senil, anemia, asma, fibrilación auricular, hiperplasia prostática benigna, cataratas, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias, depresión, diabetes, glaucoma, insuficiencia cardíaca, fractura de cadera o pélvica, hiperlipidemia, hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, osteoporosis, artritis reumatoide u osteoartritis, y accidente cerebrovascular o un ataque isquémico transitorio

y 4 condiciones. En definitiva, 49.4% de los recursos está distribuido en 19.6% de la población que sufre una o más enfermedades crónicas.

Estos resultados sugieren que los aseguradores del sistema de salud colombiano tendrán que desarrollar modelos de atención diferentes para las enfermedades crónicas si quieren ser sostenibles financieramente ante la inminente tendencia al envejecimiento en Colombia.

### Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias bajo el proyecto de Joven Investigador.

Sergio Iván Prada, PhD,<sup>(1)</sup>  
 siprada@proesa.org.co  
 Ana Melissa Pérez Castaño, MSc.<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Universidad Icesi, Centro PROESA, Cali, Colombia

<http://doi.org/10.21149/8379>

### Referencias

1. Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Lupp M, et al. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev* 2011;68(4):387-420. <https://doi.org/10.1177/1077558711399580>
2. Erdem E, Prada SI, Haffer SC. Medicare payments: How much do chronic conditions. *Medicare Medicaid Res Rev* 2013;3(2):1-15.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2015. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.
4. Centros Medicare & Medicaid Services. Chronic Conditions Data Warehouse, Condition Algorithms. CMS 2011:1-11.

### Nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional

Señor editor: Ya que la prevalencia de niños pequeños para la edad gestacional (PEG) es casi siempre inversamente proporcional al gra-

do de desarrollo socioeconómico,<sup>1</sup> aquí se presentan resultados de una investigación sobre todos los recién nacidos (40 454) entre 2002 y 2009 en el Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Salta, al norte de Argentina, una de las zonas menos desarrolladas del país. En el último decenio nacieron, en promedio, 30 000 niños al año: 68% en el sector público y 47% en este hospital. El objetivo fue determinar la influencia de factores preconceptionales, conceptionales y del proceso de atención a madres residentes en el municipio capital en el peso para la edad gestacional de sus hijos.<sup>2-4</sup>

Se describió la prevalencia del bajo peso al nacer y la adecuación del peso para la edad gestacional. Se calculó la razón de ocurrencia del nacimiento de PEG según factores estudiados y se desarrolló un modelo explicativo de dicho nacimiento. Se encontró que 68.5% presentó peso adecuado al nacer, mientras que 19.6% presentó peso insuficiente: 0.5% < 1 000 g; 0.7% entre 1 000 y 1 499 g, y 6.1% entre 1 500 g y < 2 500 g, lo que totalizó 7.3% de nacimientos < 2 500 g.

La prevalencia promedio de PEG fue de 10%. Ésta resultó más alta al principio del periodo y disminuyó hacia el final; se observó aumento de los grandes para la edad gestacional a través del tiempo. A su vez, 43% de los que presentaron bajo peso al nacer y la mayoría con peso insuficiente nacieron a término. Mujeres solas tuvieron predominio de niños con peso insuficiente, y menor proporción de pesos adecuados y altos al nacer, con diferencias estadísticamente significativas. Seis de cada 10 embarazadas presentaron nivel de instrucción inadecuado, y el peso de sus hijos al nacer resultó significativamente menor. Un bajo IMC pregestacional mostró asociación con el nacimiento de PEG. Por su parte, 32% de los embarazos fueron capta-