



↑ Chiquinquirá (Boyacá).





↑ Luisa Fernanda vive con su familia en Barrancabermeja. Comparte casa con otras 27 personas.

## CAPÍTULO 4

# ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD Y ESTADO DE SALUD

CARMEN ELISA FLÓREZ  
JORGE LUIS CASTAÑEDA

## 4.1. INTRODUCCIÓN

→ La Encuesta Longitudinal Colombiana de la Universidad de los Andes (ELCA), además de recoger la información tradicional sobre afiliación al sistema de salud y uso de los servicios de salud, recoge información sobre percepción del estado de salud de la población en zonas urbanas y rurales. Aunque la encuesta limita esta información a los jefes, cónyuges y menores de 10 años, es la primera vez que en el país se cuenta con estos datos con una cobertura nacional, que permite además desagregaciones regionales. Este capítulo presenta un análisis descriptivo de las condiciones actuales del sistema de salud y del estado general de salud de la población colombiana adulta, centrando el análisis en los jefes de hogar y su cónyuge, en caso de que éste exista. En primer lugar, se hace una descripción de los indicadores utilizados; luego se hace una descripción del acceso y cobertura del sistema y se evalúan las prácticas de utilización de los servicios en salud ofrecidos. En segundo lugar, se analizan las tres grandes medidas de percepción en salud incluidas en la encuesta, y se comparan con los resultados urbanos de la medida de valoración de salud EQ-5D<sup>1</sup> encontrado por otros estudios en el ámbito internacional.



↑ Natasha Moncayo Quevedo [Córdoba, Quindío].

1. El indicador EQ-5D, desarrollado por el grupo EuroQol, es una herramienta de autovaloración del estado de salud en cinco dimensiones diferentes. Su nombre proviene de EuroQol-5 Dimensiones.

## 4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES UTILIZADOS

Como indicadores de cobertura del sistema de seguridad social en salud, se presentan las tasas de afiliación actual y de afiliación en el último año. La primera de ellas expresa el número de individuos que afirman ser beneficiarios o estar afiliados a alguna entidad del sistema, como proporción del total de encuestados. Por su parte, la tasa de afiliación en el último año aplica para los encuestados que manifiestan no estar afiliados actualmente, pero que sí lo estuvieron en algún momento durante los últimos doce meses, y se expresa como un porcentaje de todos los encuestados. La cobertura según regímenes de seguridad social comprende dos tipos de afiliación: al régimen subsidiado, por un lado, y a los regímenes contributivos o especial, por el otro, siendo este último el que cubre a las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, Ecopetrol, las universidades públicas y el Magisterio. Tanto para los vinculados actualmente como para los que lo estuvieron en algún momento del último año, la ELCA indaga por el tiempo que han permanecido o que permanecieron afiliados al sistema. Por lo tanto, es posible construir el indicador de duración promedio de afiliación expresado en número de años.

Los indicadores de uso de los servicios de salud permiten evaluar, por un lado, las prácticas de la población ante una eventualidad médica, y por otro, la eficiencia en la respuesta (o disponibilidad) del sistema a sus usuarios; esto es, el acceso y calidad de los

servicios en salud. Las necesidades médicas son entendidas como cualquier emergencia o problema que no requiere hospitalización, y que son ocasionadas por una enfermedad o dolor crónico, un accidente o lesión física, un problema odontológico o una cirugía ambulatoria. Ante estas eventualidades, los afectados pueden acudir a una institución de salud o a un profesional de la salud (incluida la medicina alternativa), o bien, recurrir a tratamientos no calificados. De esta manera, el indicador de uso de servicios dada una necesidad es un primer acercamiento a las costumbres de la población en cuanto a la utilización de los servicios de atención en salud ofrecidos y, además, señala posibles obstáculos en el acceso al sistema (costos, calidad o ubicación). En últimas, el indicador es definido como el porcentaje de individuos que acceden a los servicios de salud entre aquellos que reportan una necesidad médica.

Un segundo indicador del uso de los servicios de salud se refiere a la tasa de hospitalización, entendida como el porcentaje de encuestados que ingresaron al menos una vez a un hospital en el último año. Dentro de los posibles motivos considerados para la hospitalización, se tomaron los partos, las cirugías, alguna enfermedad o accidente, o debido a una herida por ataque violento. Así mismo, para estos casos de hospitalización, es posible construir un indicador de hospitalizaciones

promedio, que equivale al número promedio de veces que los individuos fueron internados en el último año por alguna de las razones mencionadas.

Además de las medidas objetivas de valoración de la salud, la ELCA incluyó una serie de preguntas que indagan acerca de la percepción del estado de salud de las personas, a partir de cinco dimensiones relacionadas con su calidad de vida: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y angustia, depresión o ansiedad. El encuestado, de acuerdo con la afectación que él considera padece en la actualidad, debe determinar el nivel de gravedad de los problemas asociados a cada una de las dimensiones entre alto, moderado o ninguno. Con estas respuestas, se construye el indicador EQ-5D<sup>2</sup> como una medida sintética de la valoración subjetiva del estado de salud, en donde un puntaje cercano a uno representa una mayor satisfacción con la calidad de vida en cuanto a la salud.

Una medida alternativa de percepción surge de la Escala Visual Análoga (EVA). El puntaje EVA<sup>3</sup> se encuentra en un rango entre 0 y 100, valores que simbolizan el peor y el mejor estado de salud posible, respectivamente. El encuestado debe elegir señalando sobre una regla definida en este rango, un número que a su consideración describe de la manera más fiel su estado de salud en la actualidad.

----->

2. A partir de las tres opciones de respuesta para cada uno de los cinco dominios, se construye un total de 243 estados de salud. La elaboración del índice está basada en la ponderación de dichos estados de salud por la metodología de equivalencia temporal (Szende, Oppe y Devlin, 2007). Cada ponderación refleja las preferencias que una población determinada tiene por cada uno de los estados de salud posibles. Las ponderaciones aquí utilizadas corresponden a las de la población de Estados Unidos, con el fin de permitir que los resultados sean comparables con los obtenidos por otras fuentes.

3. La evaluación del puntaje psicométrico EVA, también desarrollado por el grupo EuroQol, es parte del cuestionario estandarizado del indicador EQ-5D y sus dimensiones.

### 4.3. LA COBERTURA Y EL ACCESO AL SISTEMA

La cobertura del sistema de seguridad social en salud para los jefes de hogar y cónyuges refleja niveles similares en áreas urbanas y rurales, con una tasa de afiliación cercana al 92%. Sin embargo, al analizar la composición de dicha afiliación, se evidencia que en la zona rural la mayoría de la población (83%) se encuentra en el régimen subsidiado, mientras que en las ciudades esta proporción asciende a poco más de una tercera parte (35%). Estos resultados se encuentran en concordancia con la información disponible para jefe de hogar y su cónyuge en la Encuesta de Calidad de Vida (2008), realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Según esta encuesta, la cobertura urbana se encuentra en un 90%, con un 31% en el régimen subsidiado y 59% en el contributivo y especiales, mientras que la cobertura en áreas rurales es levemente menor (87%), con un 70% afiliado al régimen subsidiado y 17% al contributivo y especiales. La pequeña discrepancia para las tasas rurales entre las dos en-

cuestas podría explicarse por la cobertura geográfica. Mientras la ECV es representativa del ámbito nacional, la ELCA rural está limitada a cuatro microrregiones: Atlántica, Cafetera, Centro-Oriental y Cundiboyacense. Sin embargo, en esencia ambas encuestas reflejan la preponderancia del régimen subsidiado frente al régimen contributivo y a los especiales.

Una mayor desagregación de los datos permite observar dinámicas particulares en las áreas urbanas y rurales. Al tener en cuenta las condiciones socioeconómicas<sup>4</sup>, se corroboran las diferencias en afiliación y en el tipo de régimen según el nivel de riqueza de los hogares. De acuerdo con la Gráfica 4.1, especialmente en las zonas urbanas, para menores niveles de riqueza hay mayor exclusión del sistema de salud (menor afiliación) y una mayor afiliación al régimen subsidiado, y a medida que se asciende de quintil, la afiliación aumenta, especialmente la afiliación a los regímenes contributivo y especiales.

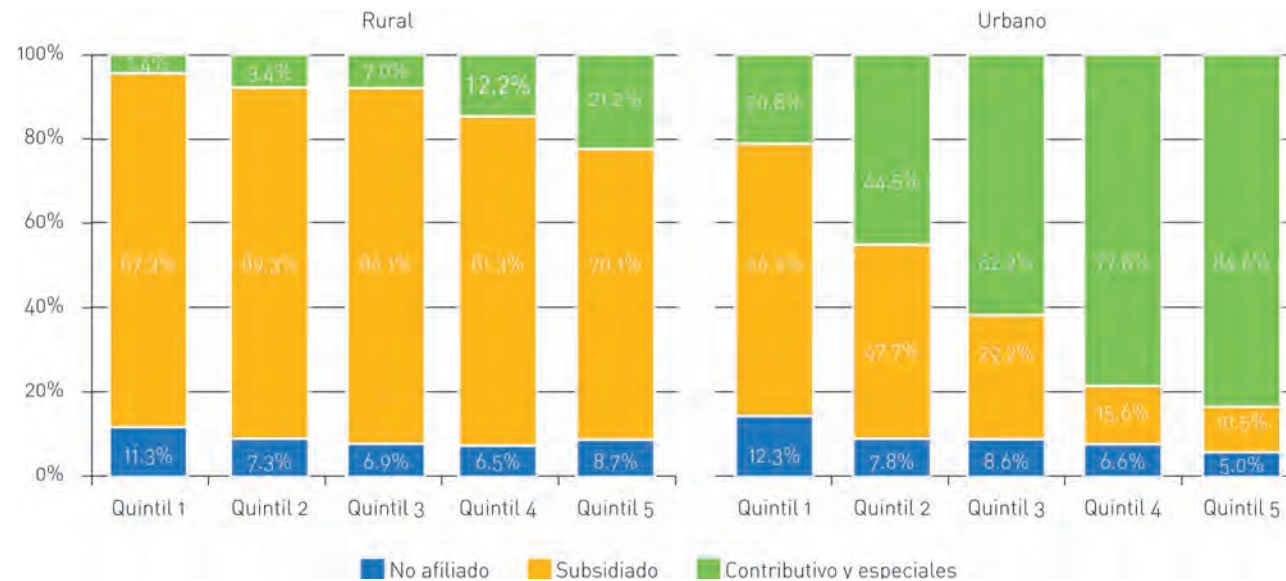


↑ Zoila Rodríguez, Nicolás Restrepo (11 meses) y la psicóloga Melina-Mojica Santaella durante las pruebas en Bogotá.

4. Los quintiles de riqueza se derivan de la distribución de un índice de componentes principales de variables relacionadas con las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios públicos y la propiedad de activos durables.

## GRÁFICA 4.1.

### TASA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD POR ZONA Y QUINTILES DE RIQUEZA



Fuente: cálculos propios a partir de ELCA.

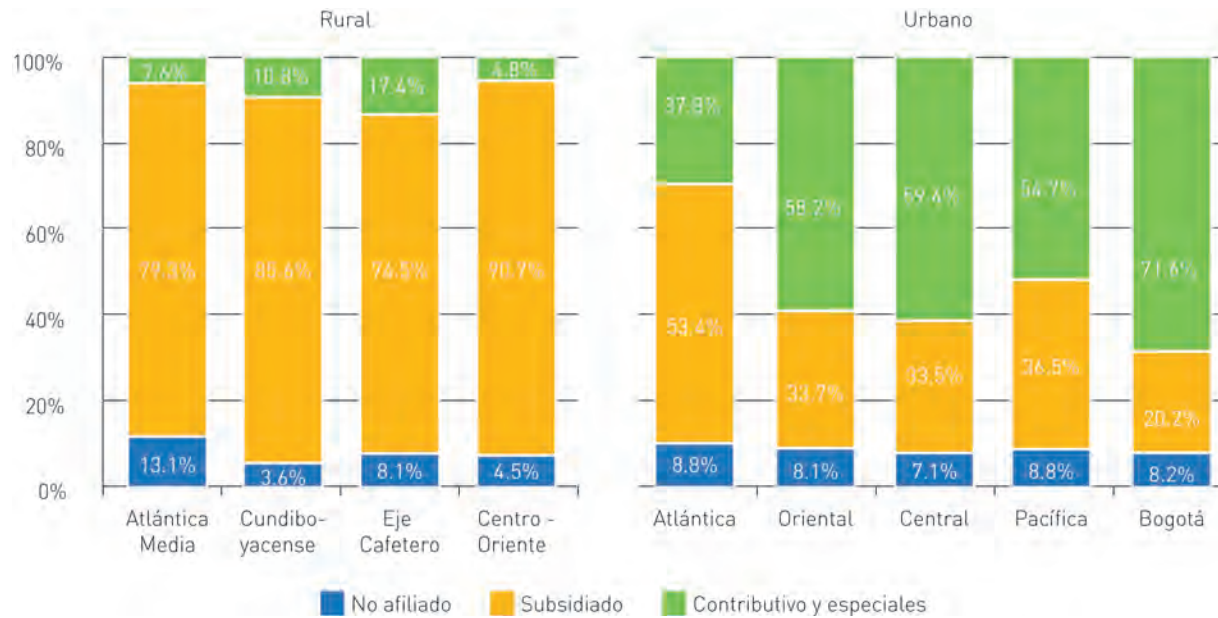
Tanto en la zona urbana como en la rural, la cobertura es muy homogénea entre regiones, mientras que el tipo de afiliación muestra diferencias marcadas (ver la Gráfica 4.2). En la zona urbana, la tasa de afiliación fluctúa entre 91% en la Atlántica y 93% en la Central, mientras que por tipo de régimen, Bogotá presenta la menor afiliación al régimen subsidiado (20%), mientras que Atlánti-

co presenta la mayor (53%). Por su parte, en la zona rural, la cobertura agregada del sistema es un poco más disímil: varía entre 96% en la región Cundiboyacense y 87% en la Atlántica Media. No obstante, la cobertura por tipo de régimen no muestra diferencias tan dispares como en la zona urbana. La afiliación al régimen subsidiado en la zona rural está entre 74% en la zona Cafetera y

91% en el Centro-Oriente. Estos resultados indican que en el área rural, en contraste con el área urbana, hay una menor afiliación al sistema de salud pero una mayor equidad reflejada en una mayor homogeneidad entre regiones, especialmente en el tipo de régimen, con una preponderancia del régimen subsidiado. Estos resultados corroboran lo encontrado previamente por Flórez *et al.* (2007).

## GRÁFICA 4.2.

### TASA DE COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD POR ZONA Y REGIÓN



Fuente: cálculos propios a partir de ELCA.

La ELCA permite observar que la vinculación al sistema de seguridad social en salud es en promedio más prolongada en las ciudades que en el campo, con un valor cercano a una década para las primeras (9 años), mientras que para el segundo es claramente menor (7,5 años). También se presentan diferencias marcadas por zona en la afiliación en el último año y tipo de régimen de los no vinculados actualmente.

La afiliación en el último año es del 95% para la zona urbana, mientras que para la rural es de 93%. Esto implica que al incluir los individuos que no están afiliados actualmente, pero que lo estuvieron en algún momento del último año, la cobertura se vuelve mayor en las ciudades, en comparación con el área rural, generándose una inequidad por zona. Este diferencial por zona se genera por un mayor aumento en la afi-

liación a los regímenes contributivo y especiales en la zona urbana, mientras que en la zona rural aumenta poco la afiliación a los dos regímenes, contributivo y subsidiado. En otras palabras, en la zona urbana, los individuos que no estaban afiliados actualmente, pero que estuvieron afiliados en el último año, estaban vinculados en mayor proporción al régimen contributivo o a los especiales.



## 4.4 USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### 4.4.1. USO DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD DADA UNA NECESIDAD

El uso de los servicios de salud entre jefes y cónyuges, dada una necesidad que no amerite hospitalización, es mayor en la zona urbana (79%) que en la rural (73%), respondiendo en parte a la mayor oferta de infraestructura pública en salud en las ciudades. La Encuesta de Calidad de Vida (2008) también evidencia esta brecha entre zonas, aunque establece un mayor acceso en general, con tasas de 87% para la zona urbana y de 81% para la zona rural. La diferencia entre la ECV y la ELCA se debe a que esta última se concentra en los estratos 1 a 4, mientras que la ECV también incluye los estratos 5 y 6.

En las ciudades hay una distribución más uniforme entre regiones en el uso de los servicios, aunque la región Oriental presenta una tasa considerablemente menor: nueve puntos porcentuales por debajo del promedio de las regiones restantes. Al excluir la región Oriental, el promedio en zona urbana pasa de 79% a 81%. Según la distribución de riqueza, no parece haber una clara relación con el uso de servicios de salud, aunque la tasa para los quintiles de riqueza más altos es significativamente mayor que la del quintil más bajo: 81% contra 72%. Por último, cabe destacar que, en general, las mujeres, en comparación con los hombres, cuentan con un mayor uso de servicios ambulatorios de salud: 81% contra 76%.

En el área rural, la menor tasa se halla en la región Centro-Oriente, tal como se había encontrado en las ciudades, aunque los valores son similares entre las cuatro regiones rurales. A diferencia del caso urbano, los quintiles de riqueza parecen estar directamente asociados al uso de los servicios profesionales en salud. Así, se evidencia un incremento en el uso de los servicios a medida que el nivel de riqueza del hogar aumenta. Y, en particular, hay una diferencia significativa entre los quintiles extremos: 79% para el quinto quintil y 71% para el primero. También se corrobora que son las mujeres las usuarias más habituales del sistema, con una tasa de 78%, comparada con el 67% de los hombres. Esta diferencia por género está asociada al mayor uso de servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres cónyuges, especialmente entre los 15 y 50 años, edades del período reproductivo.

### 4.4.2. TASA DE HOSPITALIZACIÓN Y NÚMERO PROMEDIO DE HOSPITALIZACIONES

Las hospitalizaciones son otro indicador del uso de los servicios de salud. En el agregado, los colombianos jefes o cónyuges en la zona urbana presentan una tasa de hospitalización un poco mayor que

los de las zonas rurales, pero un promedio menor de hospitalizaciones en el año. Así, un 10% de la población jefe o cónyuge urbana fue hospitalizada en el año previo a la encuesta, con un promedio de 1,42 hospitalizaciones, mientras que las cifras para el área rural equivalen a una tasa del 9%, con un promedio de 1,5 hospitalizaciones.

Por regiones, la tasa de hospitalización y el número promedio de hospitalizaciones son bastante homogéneos tanto en el área urbana como en la rural. Sin embargo, la región rural Atlántica Media presenta la tasa de hospitalización más baja (7,6%), comparada con el promedio del resto (10%), y a su vez, el mayor promedio de hospitalizaciones (por encima de dos al año) en el ámbito regional.

Por género, las mujeres poseen en general una tasa de hospitalización más alta que los hombres. En la zona urbana, las tasas son 12% para mujeres y 8% para hombres, mientras que en la zona rural los valores son de 11% para mujeres y 6% para hombres. No obstante, los hombres son internados en promedio un mayor número de veces, por lo que se concluye que, aunque las mujeres hacen mayor uso del servicio hospitalario debido a su rol reproductivo, los hombres que lo hacen son hospitalizados un mayor número de veces al año.

## 4.5. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

### 4.5.1. DIMENSIONES DEL ESTADO DE SALUD

Los indicadores del bienestar percibido revelan satisfacción de los jefes de hogar y sus cónyuges encuestados con su estado de salud. Para las cinco dimensiones que describen el estado de salud, las alternativas de respuesta “moderado” y “grave” son elegidas por pocas personas para describir sus problemas de salud, en comparación con la alternativa que establece que la persona no presenta problema alguno.

En su respectivo orden, las dimensiones relacionadas con el cuidado personal, la realización de actividades cotidianas y la capacidad de movilidad presentan los menores problemas de salud: menos del 10% manifestaron problemas moderados o graves. Por otra parte, en la dimensión ansiedad, entre 15% y 20% presentan alguna angustia o depresión en el momento de ser encuestados, mientras que para malestar, el porcentaje se eleva hasta un poco más de un cuarto de los encuestados, siendo ésta la dimensión de mayor incidencia de problemas en salud. Así, el grupo de encuestados percibe mayores complicaciones en lo relacionado con la salud mental que con impedimentos físicos y motores.

Los diferenciales por zona indican que la población urbana presenta la mayor satisfacción con el estado de salud para cuatro de las cinco dimensiones analizadas, como se evidencia en la Gráfica 4.3, aunque las diferencias estadísticamente relevantes aplican tan sólo para la movilidad y el malestar. Para la dimensión de ansiedad, no obs-

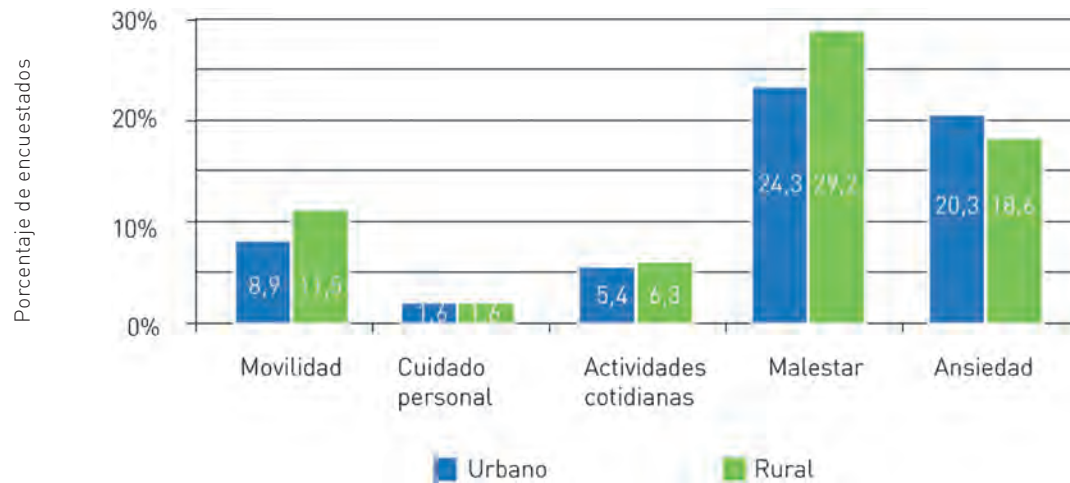
tante, la población rural manifiesta estar menos deprimida o angustiada que la urbana y la diferencia es significativa en términos estadísticos. Este hecho adquiere mayor preponderancia si se tiene en cuenta que la depresión es la segunda dimensión más problemática para la población, después de los dolores y malestares.



↑ Delfina Segura juega en un parque en Patio Bonito (Bogotá) con su hija María Isabel y su nieto Felipe.

### GRÁFICA 4.3.

#### PROBLEMAS DE SALUD MODERADO O GRAVE EN CINCO DIMENSIONES POR ZONA



Fuente: cálculos propios a partir de ELCA.

Tanto en el campo como en la ciudad, las diferencias por género son importantes en las dimensiones de malestar y ansiedad, y en menor medida para movilidad; las mujeres perciben mayores dificultades en su estado de salud. Por su parte, las dimensiones de cuidado personal y actividades cotidianas son muy similares entre hombres y mujeres. Tal como era de esperar, la edad tiene una relación directa con la proporción de individuos que manifiestan presentar problemas en todas las dimensiones analizadas. Por lo tanto, son las cohortes más jóvenes las que reportan problemas de menor gravedad, si acaso alguno. Vale la pena mencionar que el efecto de la edad actúa de manera más contundente sobre las dimensiones de malestar y ansiedad.

Contrario a la edad, el nivel socioeconómico no muestra una relación fuerte con la incidencia de problemas en las dimensiones de cuidado personal y actividades cotidianas. Aún más, la dispersión es baja entre quintiles de riqueza tanto en la zona urbana como en la rural. No obstante, para las demás dimensiones evaluadas, la dispersión aumenta sustancialmente, en particular para las ciudades y para la dimensión relacionada con la angustia y la depresión. De esta manera, son los individuos de los quintiles más bajos los que exhiben mayores inconvenientes en lo relacionado con su movilidad, la presencia de malestar y de ansiedad, en comparación con individuos de hogares con mayor nivel de riqueza.

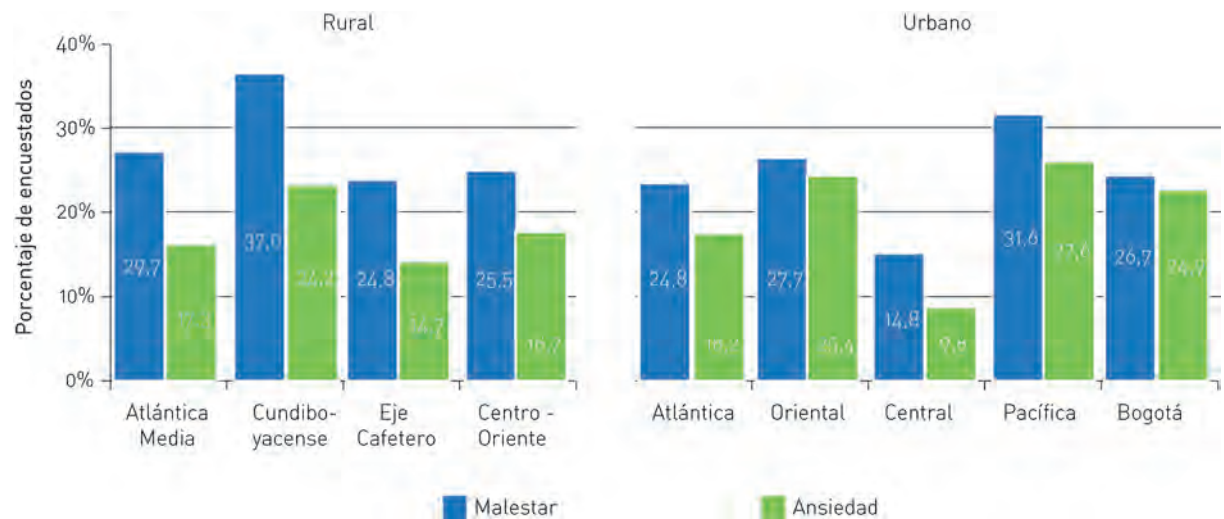
En cada zona se observan diferencias regionales apreciables en la incidencia de los problemas de salud en algunas dimensiones, mientras que en otras no hay mayor dispersión en las tasas. Así, para las dos dimensiones en las que la población parece tener menores problemas de salud, la dispersión tanto en áreas rurales como urbanas es leve y la tasa de respuesta se mantiene acorde a lo encontrado en el agregado: valores bajos con poca incidencia. Sin embargo, como muestra la Gráfica 4.4, la incidencia de malestares y ansiedad es disímil entre regiones. En primer lugar, en la zona rural, la región Cundiboyacense presenta los mayores niveles de incidencia de malestar y depresión, mientras que los más bajos se encuentran en la zona Cafetera y el Centro-Oriente. Para las ciudades, se confirma la mayor dispersión entre regiones, comparando con las microrregiones rurales. Los menores niveles urbanos se encuentran en la región central mientras que las mayores incidencias se concentran en las regiones marginales del Pacífico y Oriente.



↑ José María Alcaraz Borja tiene 74 años y es electricista, su esposa María Asceneth Giraldo, tiene 68 y es ama de casa. La pareja adoptó a su hijo, Ronal, que ahora tiene 17 años

#### GRÁFICA 4.4.

ESTADO DE SALUD PERCIBIDO MODERADO O GRAVE EN MALESTAR Y ANSIEDAD POR ZONA Y REGIÓN



Fuente: cálculos propios a partir de ELCA.

## 4.5.2. ESCALA VISUAL ANÁLOGA (EVA)

Además de la percepción sobre el estado de salud en cada una de las cinco dimensiones, la ELCA registró el puntaje derivado de la Escala Visual Análoga (EVA), el cual infiere una valoración estándar y sencilla del estado de salud de los individuos. En concordancia con lo encontrado para las dimensiones de salud, la zona urbana muestra una mayor satisfacción y un mayor bienestar percibido que la zona rural, con puntajes de 81 y 74, respectivamente.

Las diferencias por género de nuevo muestran una mejor percepción del estado de salud en los hombres que en las mujeres, aunque la diferencia no supera los cuatro puntos en ningún caso. Sin embargo, las diferencias son estadísticamente significativas, por lo que es posible afirmar que, en promedio, en las zonas rural y urbana, los hombres tienen una mejor percepción de su estado de salud que las mujeres.

Según la distribución de riqueza, se revela un nuevo elemento de inequidad entre quintiles en cada zona, como se observa en la Tabla 4.1. El patrón del puntaje EVA evidencia una relación positiva con el nivel de riqueza del hogar, de manera que los jefes y cónyuges de los hogares en quintiles más altos de riqueza cuentan con puntajes más altos en la escala EVA. En particular, las diferencias son más pronunciadas en la

zona urbana, donde la dispersión es mayor (2,2, contra 0,8 en la zona rural) y la diferencia de puntajes entre quintiles extremos es más notoria (5,4, contra 1,7 en zona rural). Sin embargo, en términos absolutos, la dispersión observada para ambas zonas no es particularmente alta teniendo en cuenta la escala de referencia, por lo que se concluye que, en magnitud, las diferencias por riqueza en las zonas, aunque significativas, no son sustancialmente relevantes.

**TABLA 4.1.**  
PUNTAJE EVA POR ZONA Y QUINTILES DE RIQUEZA

| Zona   | (Puntaje promedio) |           |           |           |           | Desviación estándar | Q5 - Q1 |
|--------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------|---------|
|        | Quintil 1          | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 |                     |         |
| Rural  | 73,31              | 73,57     | 74,97     | 74,9      | 75,05     | 0,85                | 1,74    |
| Urbana | 77,6               | 78,97     | 80,6      | 82,16     | 83,03     | 2,23                | 5,43    |

*Fuente:* cálculos propios a partir de ELCA.

Por región, las microrregiones rurales parecen ser más heterogéneas en los puntajes EVA que las regiones urbanas. A pesar de esto, las personas en las regiones urbanas Oriental y Pacífica mantienen las percepciones más pobres de su estado de salud (78,6 y 78,8, respectivamente), mientras que en la zona rural es la región Cundiboyacense (70,9). Por el contrario, Bogotá (82,6) y la región Atlántica (81,2), para la zona urbana, y las regiones Cafetera (77,2) y Central (75,6), para la zona rural, presentan los puntajes EVA más altos, caso similar a los resultados del análisis de dimensiones.

### 4.5.3. ÍNDICE EQ-5D

Dado que para las zonas rural y urbana se presentan niveles de satisfacción similares en las diferentes dimensiones de salud, al basarse el índice EQ-5D en una síntesis de las puntuaciones de dichas dimensiones, sus resultados también son muy cercanos. Así, el índice promedio para la zona urbana es 0,925, mientras que para la zona rural es 0,919. No obstante esta similitud, en términos estadísticos la diferencia es significativa al nivel más exigente de confianza, permitiendo inferir que en las ciudades se percibe un mayor bienestar en la salud que en el campo. De igual forma, la desagregación por género replica los resultados de las dimensiones y del puntaje EVA. Así, los hombres perciben un menor nivel promedio de morbilidad que las mujeres, con puntajes del índice de 0,94 en la zona urbana y 0,93 en la zona rural, mientras que el índice es de 0,91 para las mujeres en ambas zonas.

En cuanto a diferencias regionales, se encuentra una mayor diferenciación en el índice entre regiones urbanas que entre las microrregiones rurales. Así, entre las ciudades, la región Central tiene el mayor índice (0,95) y la Pacífica el menor valor (0,90). En la zona rural, el Eje Cafetero presenta el mayor índice (0,93), mientras que la región Cundiboyacense presenta el menor valor (0,90). Es de observarse que el mayor valor rural es significativamente menor que el máximo urbano, mientras que los mínimos son iguales en ambas zonas, evidenciando una mayor dispersión del índice en la zona urbana que en la rural.

La Tabla 4.2 presenta el índice EQ-5D por zona y nivel de riqueza. Al igual que en el puntaje EVA, ambas zonas presentan una relación positiva entre la percepción del estado de salud y el estatus socioeconómico de los hogares. De esta manera, los quintiles más bajos en ambas zonas geográficas presentan un valor de 0,91, mientras que en los quintiles altos es de 0,93 para la zona rural y 0,94 para la zona urbana. Por su parte, las diferencias entre los quintiles son relativamente similares entre zonas, como lo evidencia la dispersión de los datos o la distancia entre quintiles extremos. Es posible afirmar, entonces, que a pesar de los valores desiguales entre diversos niveles de riqueza, la población parece estar igualmente satisfecha, rebatiendo la llamada *paradoja de las aspiraciones*, según la cual los más pobres presentan una mayor tolerancia a sistemas de salud inestables e ineficaces (Deaton, 2008: 12; Graham, Higuera y Lora, 2009: 10).



↑ En zonas urbanas y rurales hay niveles de satisfacción similares en materia de salud.

**TABLA 4.2.**  
ÍNDICE EQ-5D POR ZONA Y QUINTILES DE RIQUEZA

(Valor promedio)

| Zona   | Quintil 1 | Quintil 2 | Quintil 3 | Quintil 4 | Quintil 5 | Promedio | Desviación estándar | Quintil 5 – Quintil 1 |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|---------------------|-----------------------|
| Urbana | 0,91      | 0,92      | 0,93      | 0,93      | 0,94      | 0,92     | 0,01                | 0,03                  |
| Rural  | 0,91      | 0,91      | 0,92      | 0,92      | 0,93      | 0,92     | 0,01                | 0,02                  |

Fuente: cálculos propios a partir de ELCA.

## 4.6 UNA COMPARACIÓN DE RESULTADOS: EQ-5D EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Los resultados de la ELCA mostrados en la sección previa cobran particular relevancia, por dos razones. En primer lugar, la información necesaria para la construcción del índice hasta ahora se había recolectado a partir de encuestas de opinión realizadas en áreas urbanas (Deaton, 2008; Gallup, 2006 y 2007; IDB, 2008). Las estimaciones para Colombia hasta el momento han omitido la población rural, que constituye una importante fracción de la población nacional y que, como se mostró al inicio del capítulo, está vinculada estrechamente al sistema subsidiado de salud, encontrándose, por tanto, en un especial estado de dependencia y vulnerabilidad. La recolección de datos sobre la percepción del estado de salud con una cobertura geográfica amplia, y en momentos recurrentes del tiempo, permite hacer una evaluación más integral del sistema.

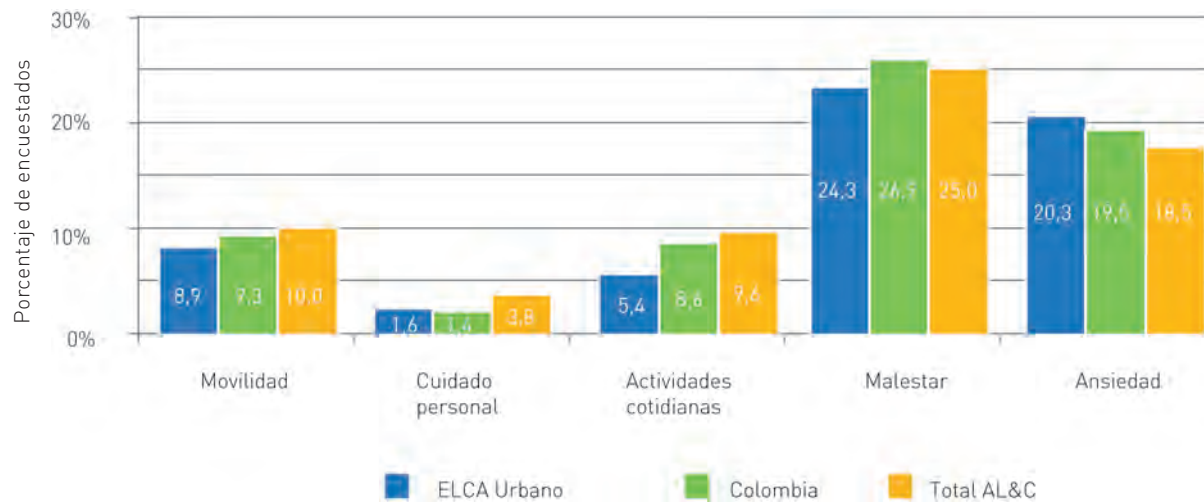
En segundo lugar, la adopción de una metodología de valoración estándar internacional brinda la posibilidad de comparar el desempeño del índice entre diferentes países. Un primer ejercicio comparativo se presenta a continuación entre los datos urbanos de la ELCA y las estimaciones realizadas en el trabajo de Lora (2010) a partir de los datos de las encuestas Gallup realizadas en 2006 y 2007,

para una muestra urbana de veinte países latinoamericanos y del Caribe.

La Gráfica 4.5 muestra el porcentaje de individuos con algún problema de gravedad moderada o extrema para las cinco dimensiones en salud obtenidas a partir de la ELCA y del estudio de Lora (2010), para la zona urbana de Colombia y el agregado de América Latina y el Caribe. Cabe destacar, en primer lugar, que las estimaciones para Colombia urbana muestran el mismo patrón en ambos estudios. De esta manera, las dimensiones de cuidado personal, actividades cotidianas y movilidad, en su respectivo orden, presentan porcentajes de respuesta bajos, mientras que para ansiedad y malestar se encuentra mayor incomodidad entre la población. No obstante, en tres de las dimensiones, los resultados de Lora (2010) establecen una mayor proporción de afectados que lo encontrado en la ELCA: movilidad, actividades cotidianas y malestar; mientras que las dimensiones restantes, cuidado personal y ansiedad, presentan valores levemente menores pero muy cercanos. Así, los resultados de Lora (2010) sobre la percepción del estado de salud parecen ser un poco más pesimistas, aunque están en concordancia con los aquí presentados.



**GRÁFICA 4.5.**  
**PROBLEMAS DE SALUD MODERADO O GRAVE EN CINCO DIMENSIONES,**  
**COLOMBIA Y TOTAL AMÉRICA LATINA Y CARIBE**



Fuente: Lora (2010) a partir de Gallup World Poll (2007) y cálculos propios a partir de ELCA.

En segundo lugar, contrastando con el promedio de los diecinueve países del estudio de Lora (2010), se evidencia una particularidad en los resultados de Colombia para ambas fuentes. En las tres dimensiones de menor incidencia de problemas de salud (movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas), los resultados del país se encuentran por debajo del promedio de la región. No obstante, para malestar y ansiedad, ambas estimaciones están sobre la media regional, a excepción del caso de malestar calculado con los datos de la ELCA, que está debajo, pero muy cercano al promedio. Así, las dimensiones en las que los problemas de salud son percibidos por la población colombiana como moderados o graves presentan a su vez niveles por encima del promedio de la región. En otras palabras, el bienestar mental de la población del país, como dimensión fundamental de la salud, es una preocupación palpable entre los individuos.

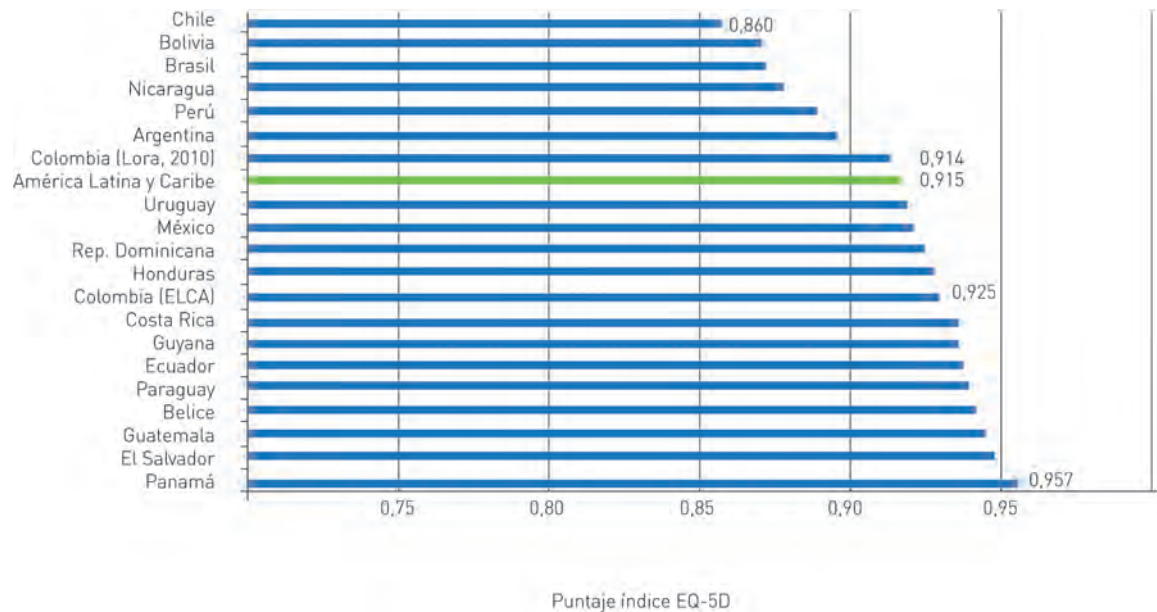
A partir de las cinco dimensiones de salud, se construyen los índices EQ-5D, que se presentan en la Gráfica 4.6. El índice oscila entre un mínimo de 0,860 para Chile y un máximo de 0,957 para Panamá. La media de la región es de 0,915, con una dispersión promedio de 0,03, sugiriendo una concentración alta alrededor de valores que reflejan una percepción positiva del estado de salud. Los valores estimados para Colombia por las dos fuentes disponibles, esto es, Lora (2010) y ELCA, son similares, siendo el segundo (0,925) un poco mayor que el primero (0,914). Estos resultados hacen que el valor para Colombia



urbana estimado por Lora (2010) se encuentre muy cercano al agregado de la región (0,001 puntos por debajo), mientras el de la encuesta está 0,01 puntos por encima del promedio regional y por encima del índice estimado para países como Uruguay, México, República Dominicana y Honduras. Nuevamente, la estimación de Lora es un poco más pesimista que la de la ELCA.

Una comparación con algunos países vecinos permite distinguir la injerencia de rasgos culturales en este tipo de medidas subjetivas. Así, por ejemplo, Ecuador presenta un índice mayor que los dos calculados para Colombia, mientras que Perú se encuentra en el grupo de los cinco menores valores. De igual forma, Panamá, como se anotó anteriormente, tiene el valor más alto de la muestra, mientras que Costa Rica se encuentra en una posición muy similar a la de Colombia.

**GRÁFICA 4.6.**  
PUNTAJE ÍNDICE EQ-5D POR PAÍS



Fuente: Lora (2010) a partir de Gallup World Poll (2007) y cálculos propios a partir de ELCA.

## REFERENCIAS

Deaton, A. (2008). "Income, Health, and Well-being around the World: Evidence from the Gallup World Poll", **Journal of Economic Perspectives**, 22 (2): 53-72.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2008). **Encuesta Nacional de Calidad de Vida**.

Flórez, C. E., Soto, V. E., Acosta, O. L., Karl, C., Misas, J. D., Forero, N. y Lopera, C. (2007). **Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano**.

Fundación Corona. Documento de Trabajo No. 15. Fundación Corona-DNP- Universidad de los Andes, Universidad del Rosario.

Gallup (2007). **Gallup World Poll**. Disponible en <http://www.gallup.com/consulting/worldpoll/24046/about.aspx>

\_\_\_\_\_ (2006). **Gallup World Poll**. Disponible en <http://www.gallup.com/consulting/worldpoll/24046/about.aspx>

Graham, C., Higuera, L. y Lora, E. (2009). **Valuing Health Conditions: Insights from Happiness Surveys across Countries and Cultures**. IDB Working Papers, Series 100.

Inter-American Development Bank (IDB) (2008). **Beyond Facts: Understanding Quality of Life in Latin America**. Development in the Americas Report, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.

Lora, E. (2010). **Health Perceptions in Latin America**. Banco Interamericano de Desarrollo. Manuscrito sin publicar.

Szende, A., Oppe, M. y Devlin, N. (Eds.) (2007). **EQ-5D Value Sets: Inventory, Comparative Review and User Guide**, Dordrecht, Springer.