







→ José Miguel Petro Morales, más conocido como Don Joso en el 2017. Hace parte de la familia Petro Ortiz y para esa época requería de oxígeno para su día a día.

→ Página anterior: Manos de Octavio Ballesteros, residente de Susa (Cundinamarca). Toda su vida la ha dedicado a actividades relacionadas con el campo.

CAPÍTULO 2

SALUD EN COLOMBIA, 2010-2019

JULIANA HELO SARMIENTO
JOSÉ LUIS DÍAZ RAMOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un análisis descriptivo de la evolución de la cobertura, la afiliación a planes alternativos y el uso de los servicios de salud entre el 2010 y el 2019, lo que permite indagar sobre el estado del sistema de salud en Colombia antes de la emergencia sanitaria ocasionada por la covid-19. Además, se analiza la incidencia de enfermedades y patrones de consumo de frutas enteras o en jugo, verduras y hortalizas, fritos y paquetes como indicadores del estado de salud de los encuestados y de hábitos saludables que permitan reducir el riesgo de enfermedades. En la primera parte del capítulo se describe la cobertura y acceso al sistema de salud. En la segunda se presentan indicadores sobre el uso de los servicios de salud dada una hospitalización, necesidad médica o por prevención, y se indaga sobre las limitaciones en el acceso. En la tercera parte se describen las enfermedades que aquejan a las personas encuestadas y sus hábitos alimenticios. Finalmente, se brinda un resumen y análisis general de los resultados encontrados.



→ Encuestadoras de la ELCA tomando medidas antropométricas de un niño perteneciente a la familia Saba Calderón en Simijaca (Cundinamarca).

.....→

Para citar este capítulo: <http://dx.doi.org/10.51573/Andes.9789587986792.9789587986808.2>

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para este capítulo se tuvieron en cuenta a todas las personas de seguimiento (jefes de hogar, cónyuges y menores de 10 años) y que estuvieron presentes en las cuatro rondas de la ELCA-ELCO.

Debido a los cambios establecidos en las preguntas relacionadas con la salud entre los diferentes años de la encuesta, especialmente en la ronda del 2019, el análisis de tendencias de los diferentes indicadores se debe interpretar con cautela. Al cambiar la forma de preguntar y las opciones de respuesta, se puede obtener información que no es estrictamente comparable entre años. Por esta razón, a lo largo del capítulo, en los pies de página, se detallan los cambios más importantes en las preguntas y sus opciones de respuesta para mayor claridad e información al respecto.

2.1. SECCIÓN 1. COBERTURA Y ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

La cobertura en salud se midió a partir de la tasa de afiliación al sistema que se estima con el número de personas que al momento de cada una de las encuestas afirmaron estar afiliadas a alguna entidad del sistema de salud o ser beneficiarias, y fue expresada como la proporción del total de personas encuestadas. La cobertura se divide según regímenes de seguridad social que comprende principalmente dos tipos de afiliación:



→ Don Joso en el 2010 antes de requerir oxígeno. Amante de los gallos y se dedicaba a la agricultura.

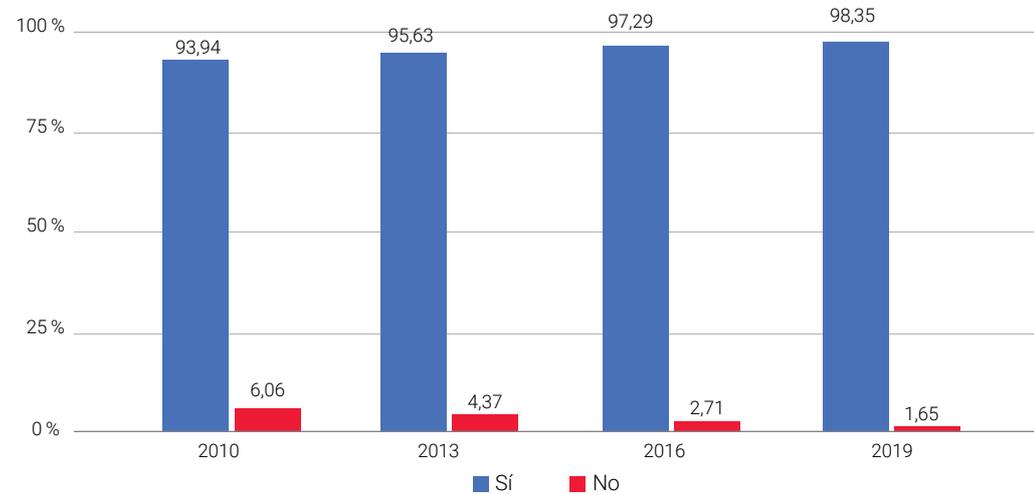


→ En el 2017, Don Joso acompañado de su hija y nietos. Para este momento, sufría de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)



→ Don Joso falleció en el 2018. Aquí su hija Lucero Petro presenta el retrato de su papá sosteniendo uno de sus gallos favoritos, el cebolla.

GRÁFICA 2.1.
PORCENTAJE DE PERSONAS AFILIADAS A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

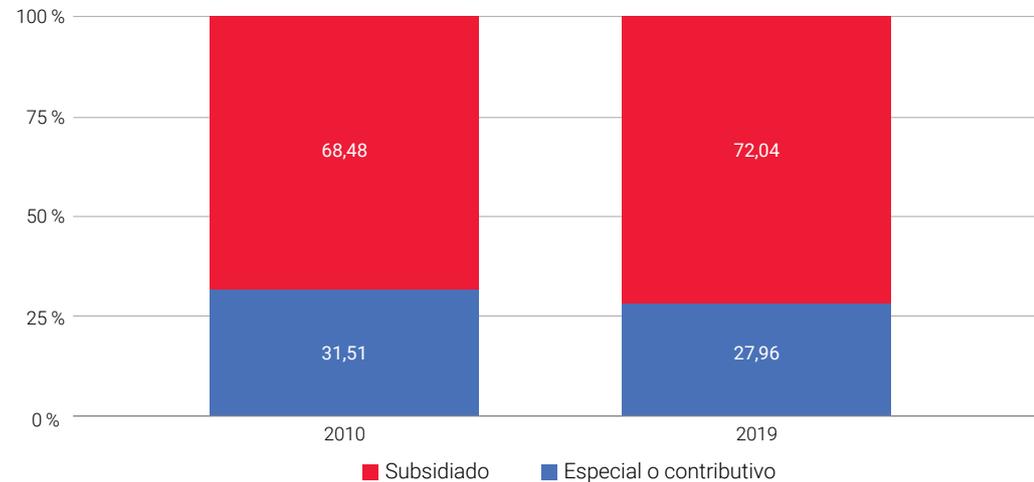


Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

al régimen subsidiado y a los regímenes contributivos o especiales¹. El último cobija a las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, Ecopetrol, universidades públicas y el Magisterio.

Entre el 2010 y el 2019, la cobertura se mantuvo por encima del 93,0 % y aumentó a lo largo del tiempo, alcanzando un 98,35 % en el 2019 como se muestra en la gráfica 2.1. La gráfica 2.2 muestra que el 72,04 % de las personas encuestadas manifestaron estar afiliadas al régimen subsidiado de salud. La tasa de afiliación al sistema es similar en zonas urbanas y rurales, sin embargo, en áreas rurales la mayor parte de la población se encuentra cobijada por el régimen subsidiado de salud. Entre el 2010 y el 2019, el 90 % de la población rural de la encuesta se encontraba cubierta por entidades del régimen subsidiado, mientras que en las zonas urbanas cerca del 50 % (véase la gráfica 2.3). Estos números son superiores a lo que se registra en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV 2019) que realiza el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), posiblemente porque la ELCA-ELCO es representativa de zonas urbanas para estratos 1 a 4 y limitada en zonas rurales a 4 microrregiones: Atlántica, Cafetera, Centro-Oriental y Cundiboyacense. La ECV, en contraste, es representativa a nivel nacional y reporta que el 83,2 % de personas en centros poblados y rural disperso (rural) y el 41,0 % en cabeceras municipales (urbano) se encontraban afiliadas al régimen subsidiado (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2020).

GRÁFICA 2.2.
TIPO DE RÉGIMEN AL QUE LA PERSONA ESTÁ AFILIADA

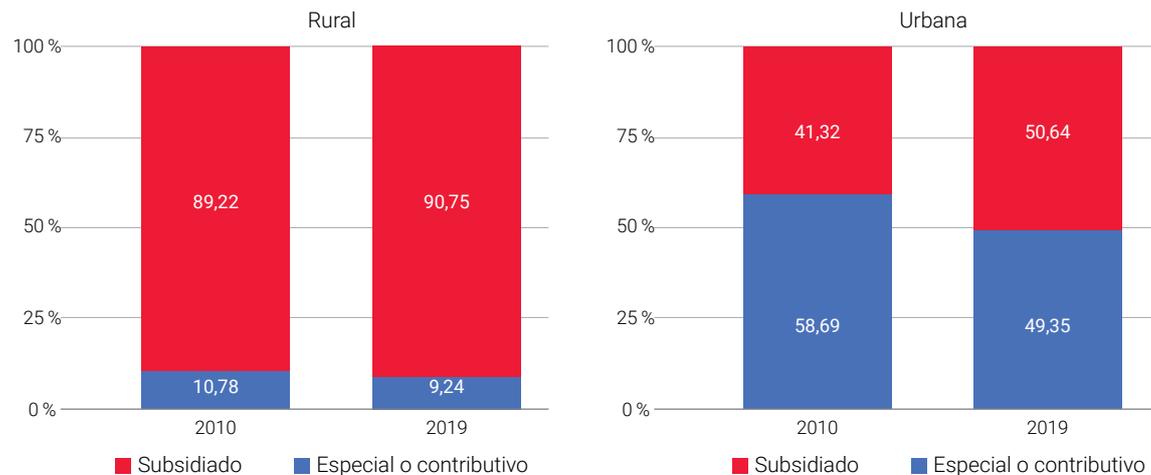


Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

.....→

1 Esta pregunta fue incluida en las rondas del 2010, 2016 y 2019. Sin embargo, las observaciones en la ronda del 2016 no son suficientes para poder hacer un análisis adecuado, por lo que se excluyeron estos datos.

GRÁFICA 2.3.
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

El análisis de cobertura desagregado por condiciones socioeconómicas indica que entre el 2010 y el 2019 se presentó una convergencia en la tasa de afiliación según diferentes niveles de riqueza. Mientras que en el 2010, el 92,76 % de la población encuestada en el tercil más bajo de riqueza se encontraba afiliada al sistema general de seguridad social en salud, la afiliación era del 94,69 % en el tercil más alto. Para el 2019, la cobertura aumentó en todos los niveles de riqueza y se ubicó entre el 98 % y el 99 % independientemente de las condiciones socioeconómicas. La afiliación al régimen contributivo y especial aumentó con mayores niveles de riqueza, y esa tendencia se mantuvo en

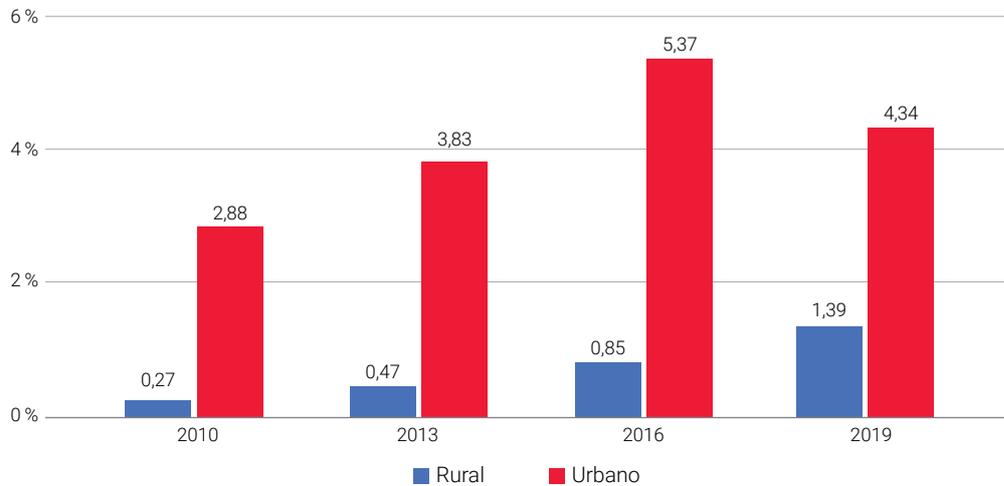
el 2019. Cerca del 85 % de la población de menores recursos estaba afiliada al régimen subsidiado y esta proporción es cercana al 50 % en el tercil más alto.

La ELCA-ELCO permite analizar la adquisición y vinculación a planes complementarios de salud, como medicina prepagada, pólizas o seguros de salud. Pocas personas encuestadas cuentan con cobertura adicional, sin embargo, entre el 2010 y el 2019 se observó un aumento en la proporción de personas que contaba con alguno de esos servicios. Mientras que en el 2010 solo el 1,4 % de las personas contaba con un plan complementario, en el 2019 fue del 2,79 %.

El acceso a planes complementarios de salud a lo largo de los años de la encuesta fue mayor en zonas urbanas y creciente en los niveles de riqueza. En el 2019, el 4,34 % de las personas en zonas urbanas manifestaron estar vinculados a un plan adicional, mientras que este porcentaje solo ascendió a 1,39 % en áreas rurales (véase la gráfica 2.4). La adquisición de protección adicional aumentó entre el 2010 y el 2019 en el tercil más alto de riqueza al pasar del 2,77 % en el 2010 al 4,96 % en el 2019, mientras que en el tercil más bajo subió del 0,58 % al 1,36 % (véase la gráfica 2.5).

GRÁFICA 2.4.

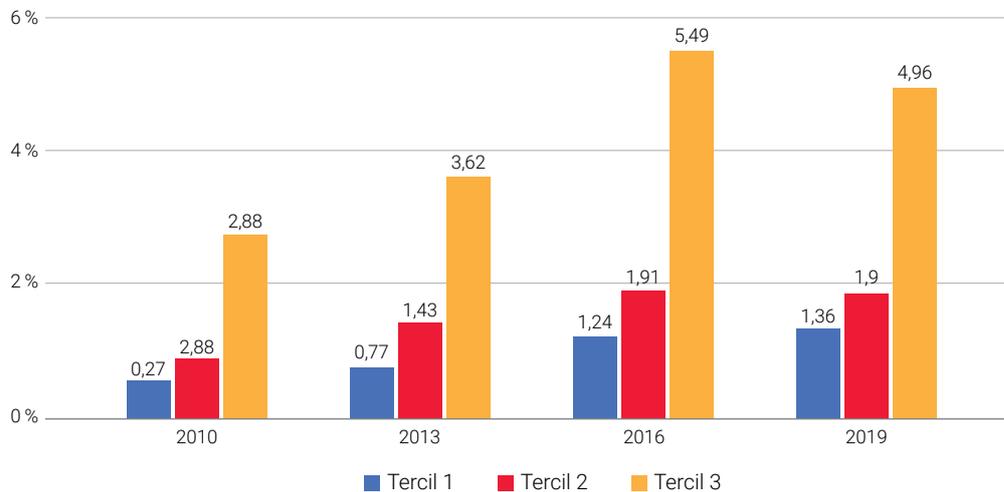
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CUENTA CON PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD COMO MEDICINA PREPAGADA, PÓLIZAS O SEGUROS DE SALUD SEGÚN ZONA



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

GRÁFICA 2.5.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CUENTAN CON PLANES DE SALUD COMPLEMENTARIA, MEDICINA PREPAGADA, PÓLIZAS O SEGUROS DE SALUD SEGÚN TERCIL



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

2.2. SECCIÓN 2. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los indicadores de uso de servicios de salud permiten analizar dos dimensiones. Primero, las prácticas de la población ante eventualidades médicas y consultas por prevención. Segundo, la respuesta o disponibilidad del sistema a sus usuarios, dando luces sobre las restricciones en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Para esto, se usan dos indicadores. El primero, la tasa de hospitalización, complementado con el número de veces que las personas fueron internadas en un hospital en los últimos 12 meses. El segundo, la tasa de utilización de servicios de salud ofrecidos ante una eventualidad médica que no requiera hospitalización. Esta información se complementa con un análisis de las razones por las cuales ante una necesidad médica las personas deciden no consultar a un profesional médico o especialista; si las razones apuntan principalmente a decisiones personales o porque no era necesario, ello sugeriría que no existen mayores dificultades para acceder al sistema en caso de ser necesario.

2.2.1. TASA DE HOSPITALIZACIÓN Y NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES

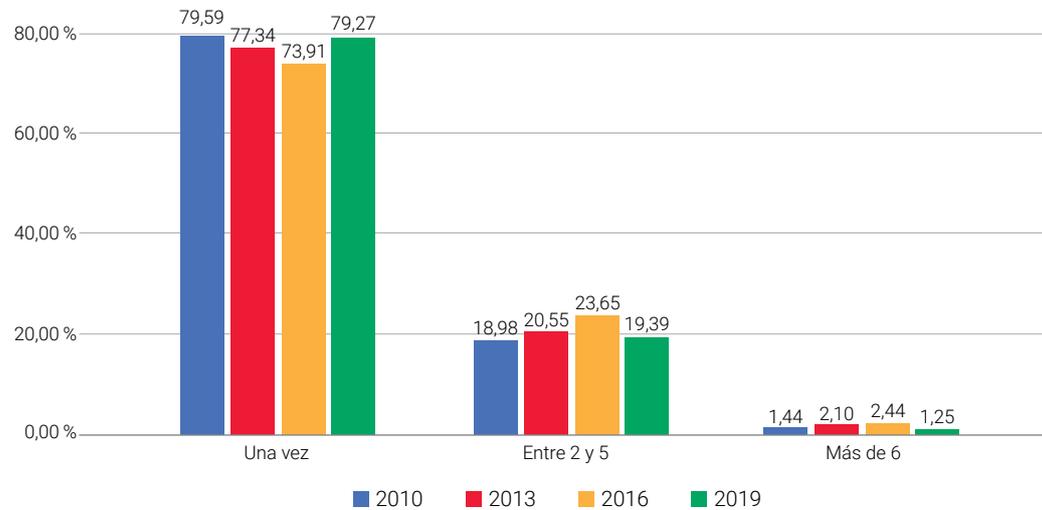
La tasa de hospitalización representa el porcentaje de personas encuestadas que en los últimos 12 meses fueron internadas al menos una vez en un hospital. Se consideraron partos, cirugía, enfermedades,

accidentes o ataques violentos como motivos para las hospitalizaciones. El porcentaje de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses disminuyó en los años de la encuesta, pasando del 8,78 % en el 2010 al 6,17 % en el 2019. Estos datos son consistentes con la ECV 2018 y ECV 2019 en la que se registró que el 6,21 % y el 6,04 % de las personas fueron hospitalizadas en los 12 meses anteriores a la encuesta, respectivamente (DANE, 2018; DANE, 2020).

Dentro de las personas que indicaron haber sido hospitalizadas en los últimos 12 meses, se contabilizó la cantidad de veces que indicó haber estado internada y se agrupó en cuatro categorías: (1) una vez, (2) entre dos y cinco y (3) más de seis. En todas las rondas de la ELCA-ELCO, más del 70,0 % de las personas fueron hospitalizadas una vez, seguido por la categoría de 2 a 5 (véase la gráfica 2.6).

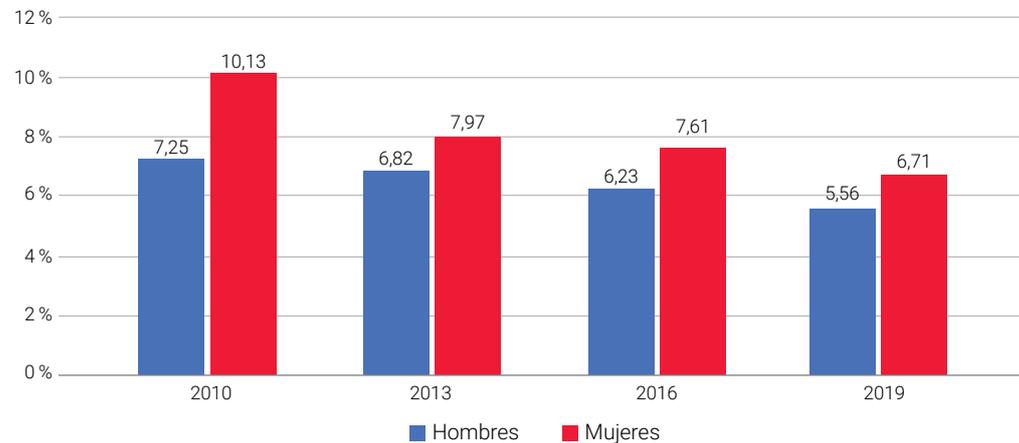
Las mujeres en todos los años reportaron un mayor número de hospitalizaciones que los hombres, aunque esa brecha ha disminuido con los años, ubicándose en 6,71 % en comparación con el 5,56 % de los hombres en el 2019 (véase la gráfica 2.7). La mayor cantidad de hospitalizaciones puede estar relacionada al rol reproductivo de las mujeres, en particular de cuidados que se requieren por partos, pospartos o abortos.

GRÁFICA 2.6.
NÚMERO DE VECES QUE LAS PERSONAS FUERON HOSPITALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES



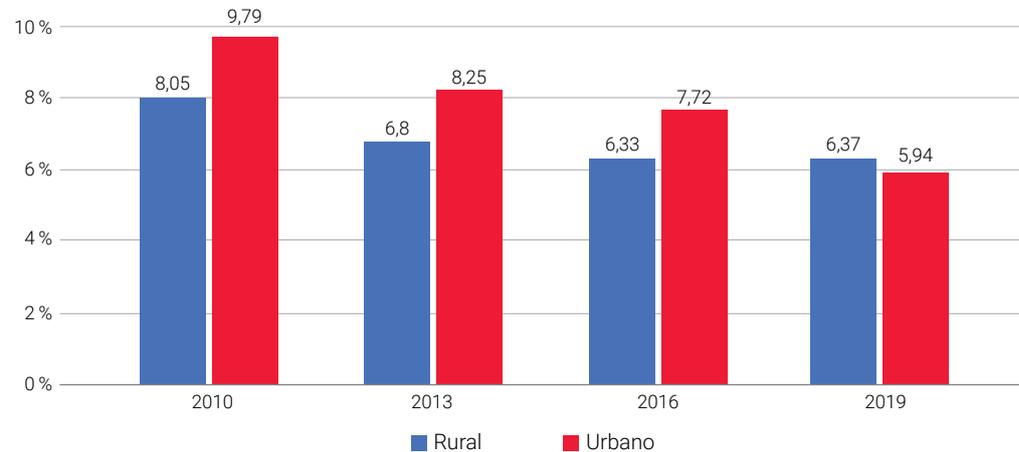
Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

GRÁFICA 2.7.
PORCENTAJE DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

GRÁFICA 2.8.
PORCENTAJE DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN ZONA

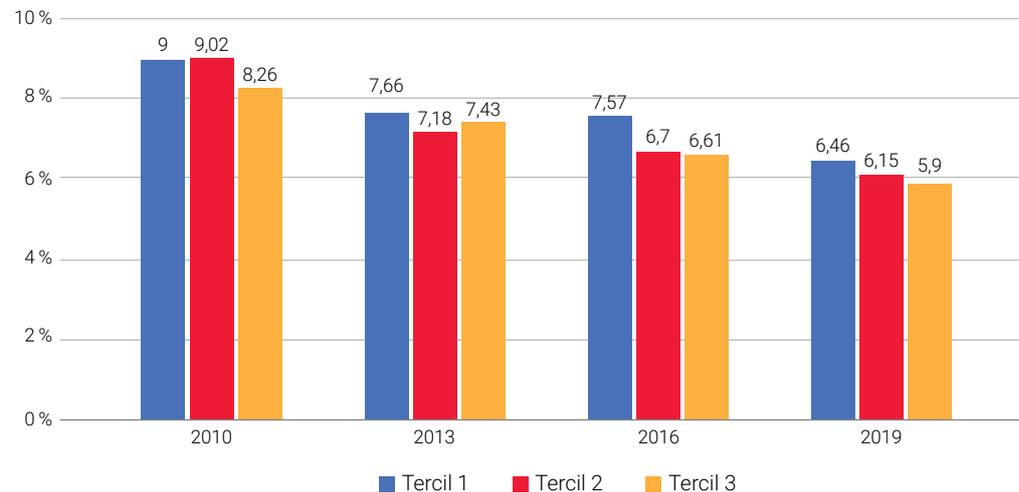


Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

En las primeras tres rondas de la ELCA, la tasa de hospitalización fue mayor para las personas en zonas urbanas que para las áreas rurales, sin embargo, con una tendencia decreciente entre el 2010 y el 2019. En el 2019, en contraste, el porcentaje de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses fue similar en las dos zonas y cercano al 6 %, pero mayor para aquellas personas ubicadas en áreas rurales (el 6,37 % frente al 5,94 %) (véase la gráfica 2.8). Sin embargo, las diferencias en el 2019 frente a las otras olas pueden deberse a cambios en la forma en preguntar.

Finalmente, en todas las rondas de la encuesta el número de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses según el tercil de riqueza es mayor para las personas que se ubican en el nivel más bajo. Sin embargo, para todos los años el indicador ha caído en el tiempo (véase la gráfica 2.9). En el 2019, el 6,46 % de las personas en el tercil 1 reportaron haber sido hospitalizadas en los últimos 12 meses, seguido por un 6,15 % en el tercil 2 y un 5,9 % en el tercil 3. Esto es consistente con el hecho de que las personas más vulnerables en términos de riqueza presentan peores indicadores de salud.

GRÁFICA 2.9.
PORCENTAJE DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN TERCIL



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

2.2.2. USO DE SERVICIOS DE SALUD DADA UNA NECESIDAD MÉDICA

El segundo indicador es la tasa de utilización de servicios de salud ofrecidos ante una eventualidad o necesidad médica. Una necesidad médica se refiere a cualquier emergencia o problema que no requiere hospitalización, y que es ocasionada por una enfermedad o dolor crónico, accidente o lesión física, un problema odontológico o una cirugía ambulatoria. Las personas pueden acudir a una institución o a un profesional de la salud, o recurrir a tratamientos de medicina alternativa o tratamientos no calificados como consultar boticarios, farmacéutas o droguistas; tegua, curandero, yerbatero o comadrona; usar remedios caseros o autorrecetarse. El indicador analizado en esta sección mide el porcentaje de personas encuestadas que acceden a los servicios de salud entre aquellas que reportaron una necesidad médica.

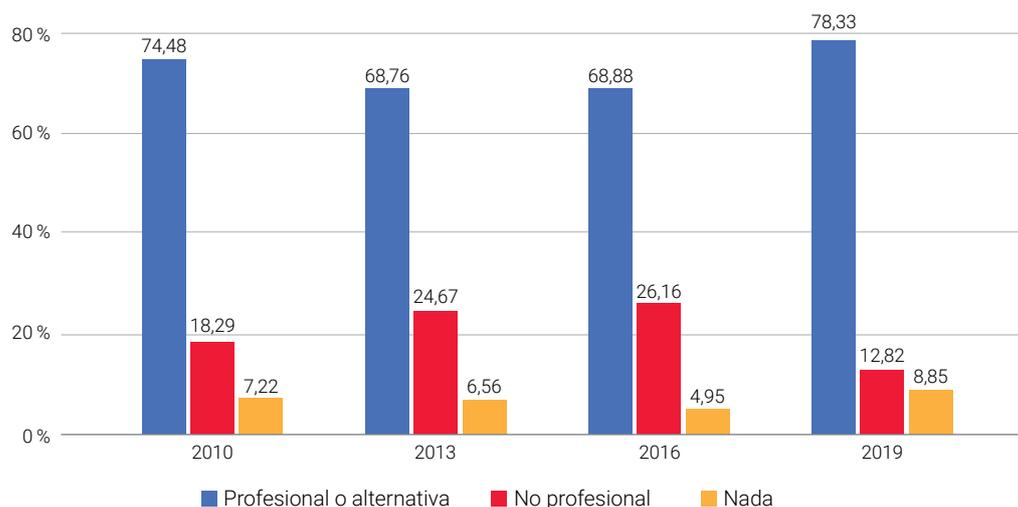
Para los problemas de salud que no requirieron hospitalización, más del 68 % de las personas en todos los años de la encuesta mencionaron que ante una necesidad acudieron a un profesional en salud². En el 2019, el 78,33 % de las personas con alguna necesidad consultaron a profesionales de salud, seguido por la búsqueda de atención no profesional (12,82 %), el 8,85 %

no hizo nada y un porcentaje muy bajo buscaron los servicios de medicina alternativa (0,16 %). La categoría de medicina no profesional incluyó la consulta a un boticario, farmacéuta, droguista, tegua, empírico, curandero, yerbatero o comadrona, y adicionalmente el uso de remedios caseros y autorrecetarse (véase la

gráfica 2.10). La ECV 2019 reporta una menor tasa de consulta a profesionales de la salud (61,72 %), sin embargo, la comparación se dificulta porque las categorías de respuesta de las preguntas en las encuestas son diferentes y por la representatividad de la ELCA-ELCO y ECV (DANE, 2020).

GRÁFICA 2.10.

TIPO DE TRATAMIENTO PARA PROBLEMA DE SALUD QUE NO REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

.....→

2 En las tres primeras rondas (2010, 2013 y 2016) se preguntó separadamente según tipo de problema. Si la persona tuvo problemas de salud en los últimos 30 días que no requirieron hospitalización por dolor crónico o enfermedad, accidentes o lesiones físicas, problemas odontológicos, cirugías ambulatorias, o complicaciones del embarazo, parto o aborto. Sin embargo, en el 2019 la pregunta fue general y se recogieron todos los tipos de problemas en una sola pregunta. Esto dificulta la comparación entre las tres primeras rondas y la ELCO 2019.

Para la categoría de medicina profesional entre el 2010 y el 2016 se consideraron las siguientes categorías: (1) acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud; (2) acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo.

Para la categoría de medicina o terapias alternativas entre el 2010 y el 2016 se consideraron las siguientes categorías: (3) acudió a un profesional de medicina alternativa (homeópata o acupunturista).

Para la categoría de medicina no profesional entre el 2010 y el 2016 se consideraron las siguientes categorías: (4) acudió al boticario, farmacéuta, droguista; (5) consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona; (6) usó remedios caseros; (7) se autorrecetó.

Para la categoría de medicina profesional en 2019 se consideraron las siguientes categorías: (1) acudió a una institución prestadora de servicios de salud o utilizó los servicios de la EPS a la cual se encuentra afiliado; (2) utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación o medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialistas, odontólogo, terapeutas, enfermeras, etc.); (3) acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente, de forma particular.

Para la categoría de medicina o terapias alternativas en el 2010 se consideró la siguiente categoría: (6) asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.).

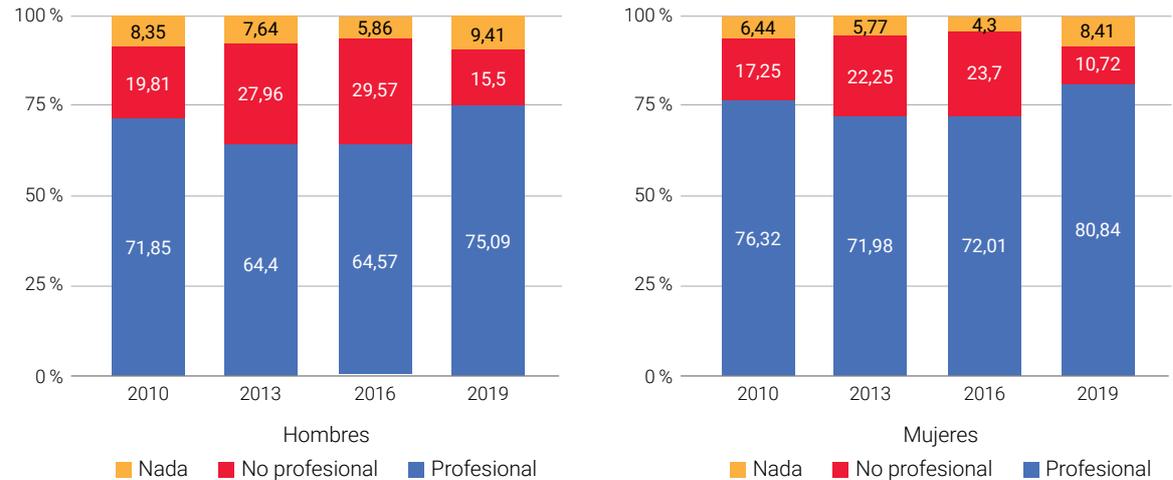
Para la categoría de medicina no profesional en el 2019 se consideraron las siguientes categorías: (4) acudió a un boticario, farmacéuta, droguista; (5) consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona; (7) usó remedios caseros; (8) se autorrecetó.

El uso de servicios de salud y alternativas varía por género, niveles de riqueza y zona de residencia. Tanto mujeres como hombres acudieron mayoritariamente a servicios profesionales de salud, sin embargo, el uso fue mayor para las mujeres (80,84 % vs. 75,09 % en el 2019). Esta diferencia puede ser explicada por el mayor uso de servicios de salud sexual, reproductiva y de prevención de las mujeres, especialmente en edad reproductiva entre los 15 y 50 años. De hecho, los valores que se pagan por financiar los servicios y la tecnología de los regímenes contributivo y subsidiado del sistema de salud —Unidad de pago por capitación (UPC)— es mayor para las mujeres entre 15 y 44 años. En otros grupos de edad no existe diferenciación de UPC por género (Resolución 2809 del 30 de diciembre del 2022). En el 2019, el 4,34 % de las mujeres asistieron por prevención a planificación familiar, en contraste al 0,55 % de los hombres. Adicionalmente, en el 2019, el 18,18 % de las mujeres entre los 20 y los 29 años fueron las que más asistieron a este tipo de servicios por prevención, seguido por aquellas entre los 30 y 39 años (7,62 %) y entre los 40 y los 49 años (3,93 %). Los hombres utilizaron más medicina no profesional para tratar un problema de salud que no requirió hospitalización en comparación con las mujeres. Mientras que, en el 2019, el 15,5 % de los hombres acudieron a este tipo de servicios, solo el 10,72 % de las mujeres lo hicieron (véase la gráfica 2.11).

En todas las rondas de la ELCA-ELCO se identificó que el uso de servicios profesionales es más alto en la medida en que aumenta el nivel de riqueza de los hogares. Por ejemplo, el 81,45 % de las personas en el tercil más alto de riqueza consultaron un profesional de la salud ante una necesidad médica en el 2019, así como

GRÁFICA 2.11.

TIPO DE TRATAMIENTO PARA PROBLEMA DE SALUD QUE NO REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

también el 74,93 % del tercil más bajo lo hizo. En todos los terciles se observa una preferencia por consultar servicios profesionales, seguido de consultas a no profesionales, no hacer nada y, finalmente, acudir a medicina alternativa.

En las encuestas del 2010, 2013 y 2016 se observó que el uso de servicios profesionales de salud fue mayor en las zonas urbanas que rurales, con una diferencia promedio de 5,2 puntos porcentuales. Esta brecha es consistente con lo que se reporta en las ECV del DANE y puede reflejar la mayor oferta de infraestructura pública en salud disponible en las ciudades. En el 2019, se

registró una convergencia en el porcentaje que manifestó usar los servicios profesionales del sistema de salud en zonas urbanas y rurales, donde más de tres cuartas partes de las personas en ambas zonas acudieron a medicina profesional, seguido de no profesional, no hacer nada y, finalmente, medicina alternativa.

La ELCA-ELCO permite indagar sobre las razones por las cuales las personas no usaron el sistema de salud y no acudieron a profesionales para tratar una necesidad médica³. Más del 41,0 % de las personas encuestadas entre el 2010 y el 2016 mencionaron que no consultaron debido a que no hubo necesidad porque

3 Las siguientes opciones de respuesta no tuvieron cambios en las rondas: el caso era leve; no tuvo tiempo; el centro de atención queda lejos; no confía en los médicos.

Las siguientes opciones de respuesta tuvieron cambios a lo largo de las rondas: falta de dinero o altos costos; las citas se demoran; no lo atendieron; muchos trámites; la atención es demorada; no cuenta con afiliación; otra.

el caso era leve o no tuvieron tiempo, y este porcentaje aumentó a 68,0 % en el 2019. Menos del 20 % mencionaron razones asociadas a problemas en el acceso a servicios, como demora en la obtención de citas o al momento de la atención, muchos trámites, no atendieron a la persona o el lugar queda lejos (véase la gráfica 2.12). Esto es consistente con la ECV 2019 que indica que casi el 70,0 % no consultó porque el caso era leve o falta de tiempo. El 5,1 % mencionó que el centro de salud estaba lejos o tenían dificultades para viajar y el

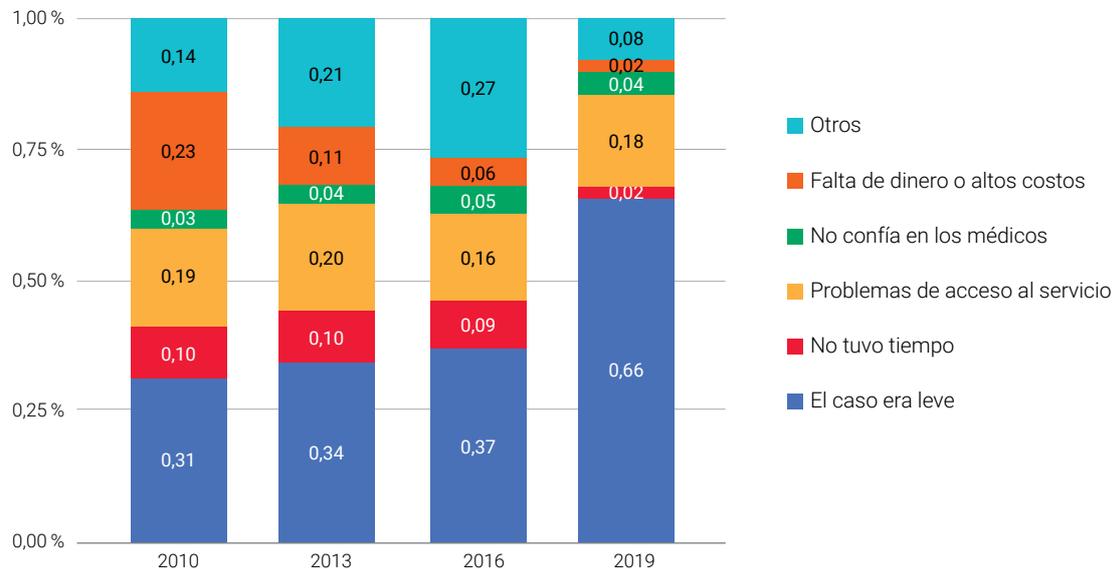
13,8 % alegaron restricciones en el servicio como mal servicio, falta de atención, muchos trámites para gestionar la cita, no le autorizaron el procedimiento o demoras en el tiempo de atención.

La ECV 2019 también indaga sobre el nivel de satisfacción con los servicios recibidos para aquellas personas que indicaron haber consultado a un profesional médico o especialista. El 85,56 % consideró que el servicio recibido fue muy bueno o bueno. Esto se complementa

con que el 82,17 % indicó que su entidad prestadora de salud (EPS) es muy buena o buena, en comparación con el 15,71 % que la consideraron como mala o muy mala (DANE, 2020). En conjunto, los indicadores de la ELCA-ELCO y ECV sugieren que ante una necesidad médica que lo amerite, las personas utilizan el sistema de salud y, aunque en algunos casos se presentan limitaciones y dificultades en el uso del sistema, por lo general, la mayoría de las personas participantes se sienten satisfechas con los servicios recibidos.

GRÁFICA 2.12.

RAZÓN POR LA CUAL LA PERSONA NO ASISTIÓ A UN SERVICIO FORMAL DE SALUD EN PORCENTAJE



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

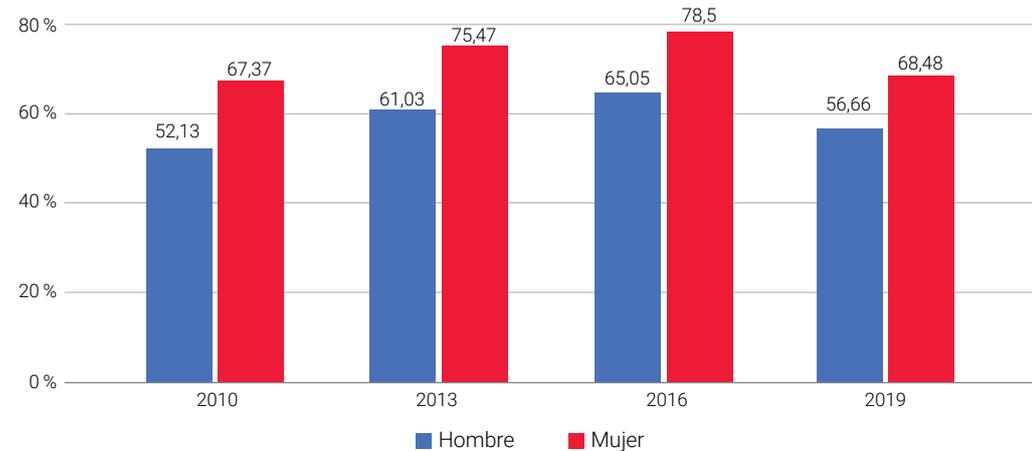
2.2.3. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PREVENCIÓN

El uso del sistema de salud también se puede medir a partir de la proporción de personas que acuden a profesionales de la salud, así como a servicios odontológicos, sin estar enfermas y por prevención. El porcentaje de personas que acudieron al sistema de salud por prevención a consultas en medicina general u otros especialistas en el 2019 se ubicó en 62,93 %, consistente con las rondas anteriores en las que más del 60 % utilizó este servicio por prevención. En ese mismo año, el 39,56 % asistió a odontología con una leve caída frente a lo registrado en el 2013 y el 2016 (56,91 % y 58,29 %, respectivamente). La ECV 2019 mostró que el 67,89 % consultó a un médico sin estar enfermo y por prevención y el 56,4 % a un odontólogo. El número de personas que consultó a un médico general u otro especialista fue mayor en personas con un índice de riqueza más alto (DANE, 2020).

Las mujeres son el grupo poblacional que más consultó a medicina general, especialidad u odontología sin estar enfermas o por prevención. A lo largo de la ELCA-ELCO, el porcentaje de mujeres que acudió a medicina general u otra especialidad se mantuvo por encima del 67 %, en comparación con los hombres que registraron un promedio del 58,0 % (véase la gráfica 2.13). La diferencia en consultas a odontología se mantuvo alrededor de 10 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (véase la gráfica 2.14). Adicionalmente, son ellas las que mayoritariamente asistieron a servicios de planificación familiar. En el 2010, el 18,89 % de las mujeres acudieron a servicios de planificación familiar y el 4,34 % lo hicieron en el 2019, en comparación con solo el 0,64 % y el 0,55 % de los hombres, respectivamente. Las mujeres que más asisten son las menores de 29 años, y de ahí las consultas de planificación familiar disminuyen con la edad. Estos datos son consistentes con las estadísticas descriptivas en otros países que indican que las mujeres, en promedio, consultan más al médico general (Hunt *et al.*, 2011). La diferenciación en el uso de servicios de salud entre hombres y mujeres ha sido abordada en la literatura (Clearly *et al.*, 1982; Kandrak *et al.*, 1991; van Wijk *et al.*, 1995; Hunt *et al.*, 1999), pero sin evidencia específica sobre Colombia o América Latina. Sin embargo, que las mujeres asistan más a servicios de salud puede estar asociado, además de la salud reproductiva, a que en promedio las mujeres son más adversas al riesgo y por eso podrían consultar más servicios de prevención (Charness y Gneezy, 2012). También que pueden estar más conscientes sobre la importancia de consultar por prevención (Courtenay, 2000).

GRÁFICA 2.13.

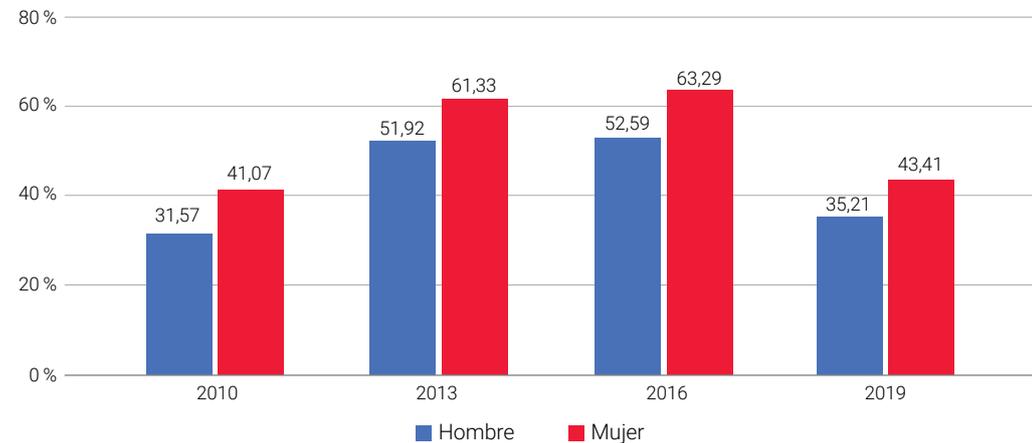
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE ACUDEN POR PREVENCIÓN A MEDICINA GENERAL U OTRAS ESPECIALIDADES SEGÚN SEXO



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

GRÁFICA 2.14.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE ACUDEN POR PREVENCIÓN A ODONTOLOGÍA SEGÚN SEXO

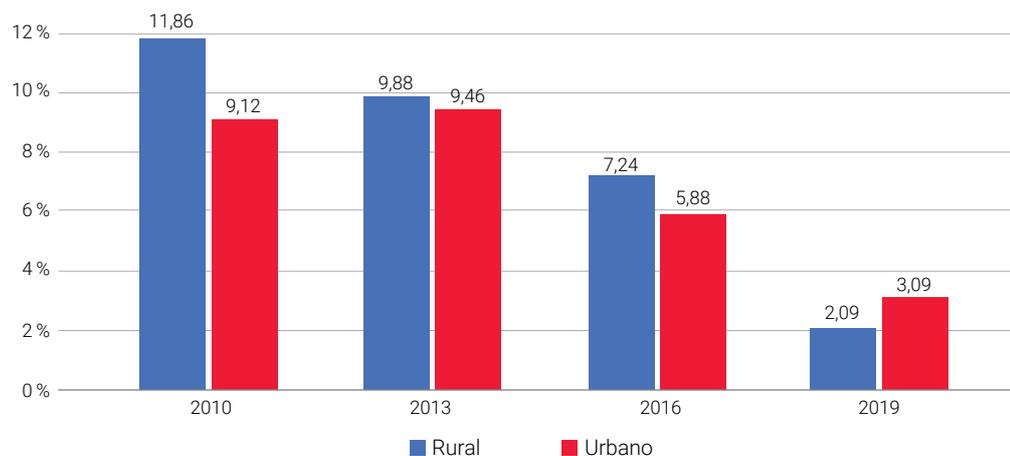


Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

La desagregación por zona de residencia indica que las consultas médicas por prevención son similares en áreas urbanas y rurales, con una ligera diferencia en favor de las zonas rurales en el 2019. En ese mismo año, el 3,09 % de las personas en zonas urbanas asistieron a prevención familiar, en comparación con el 2,09 % de las personas en zona urbana, revirtiendo una tendencia que se observó entre el 2010 y el 2013, en la que las consultas por este tipo de servicios fueron mayores en las áreas rurales (véase la gráfica 2.15). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (ENDS 2015) sugiere que las personas ubicadas en las ciudades tienen mayor acceso a educación integral en sexualidad y al tener más información preferirían no asistir a servicios de planeación familiar, lo que podría explicar esa brecha. Finalmente, las personas que residen en áreas urbanas acudieron más a servicios odontológicos por prevención en todos los años de la encuesta. Mientras que el 41,4 % de las personas en zona urbana fueron por prevención a odontología en el 2019, solo el 37,92 % de las personas en zona rural lo hicieron.

Las consultas por prevención a servicios de medicina alternativa⁴ son bajas. Si bien se observó un leve aumento durante los años 2013 y 2016, en el 2019 disminuyó y se ubicó en 1,99 %. A lo largo de los años, las mujeres son las que han asistido principalmente a este tipo de medicina, tendencia que se mantuvo en el 2019, con un 2,28 % en comparación con el 1,67 % por parte de los hombres. En el 2019, también se observó que los hogares en zona urbana asistieron mayoritariamente a este tipo de medicina con un 2,45 %, frente a un 1,59 % de hogares en zonas rurales.

GRÁFICA 2.15.
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE ACUDEN POR PREVENCIÓN
A MEDICINA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

2.3. SECCIÓN 3. ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

2.3.1. ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

La ELCA-ELCO indaga sobre la incidencia de enfermedades en las últimas tres rondas (2013, 2016 y 2019). Consistente con lo que se observa en Colombia, los problemas de salud se asocian principalmente con enfermedades no transmisibles y crónicas como diabetes,

enfermedades del corazón y presión (MinSalud, 2019). La diabetes fue la enfermedad más recurrente, seguida de aquellas asociadas al sistema circulatorio, que incluyen problemas cardíacos⁵ e hipertensión⁶. Entre el 2013 y el 2019 se observó un aumento de la prevalencia de enfermedades respiratorias como asma, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que pueden estar relacionadas con problemas de contaminación del aire y ambientales (Jiang, Mei y Feng, 2016). La incidencia de otras enfermedades como tuberculosis, epilepsia o VIH-SIDA fue baja (menos de 0,5 % en todas las rondas).

⁴ Mientras que antes del 2019 les preguntaban por "profesional de medicina alternativa (homeópata o acupunturista)", en el 2019 dejaron la pregunta más general, solo haciendo referencia a "medicina alternativa".

⁵ En las rondas del 2013 y 2016 se preguntó por "enfermedades del corazón", mientras en el 2019 se preguntó por "problemas cardíacos".

⁶ En las rondas del 2013 y 2016 se preguntó por "hipertensión", mientras en el 2019 se preguntó por "hipertensión o presión alta".



→ Carlos García Segura es la cabeza de la familia García Segura. Vive a su esposa Delfina y sus tres hijas. Tiene un puesto de frutas de Corabastos en Bogotá.



→ Carlos atiende el puesto de frutas y verduras junto a su esposa. Carlos organizando granadillas en el 2014.



→ En el 2022, 8 años después de la anterior foto, continúa con su familia la administración de su local en Corabastos.

La incidencia de diabetes fue en 3,78 % en el 2019, con personas en áreas urbanas (4,53 % vs. 3,12 %) y mujeres (4,52 % vs. 2,95 %), reportando un mayor número de casos. Las enfermedades asociadas al sistema circulatorio afectaron al 1,29 % de las personas de la muestra en el 2019, levemente en mayor medida a residentes en ciudades (1,56 % vs. 1,06 %) y a los hombres (1,33 % vs. 1,27 %).

El número de personas que reportaron sufrir de problemas de asma-enfisema aumentó a lo largo del tiempo, pasando del 0,33 % en el 2013 al 1,96 % en el 2019^[7]. En el 2019 más personas residiendo en ciudades reportaron tener alguno de estos problemas de salud (2,21 %) en comparación con la zona rural (1,73 %). Esto es consistente con mayores niveles de contaminación en áreas urbanas, sin embargo, se debe interpretar con cautela porque la forma de preguntar cambió en el 2019. La incidencia aumentó a lo largo

de los años tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las mujeres siempre reportaron más este tipo de problemas con un 2,16 % en el 2019, frente al 1,73 % de los hombres.

Las personas que reportaron tener problemas de úlcera disminuyeron pasando del 10,31 % en el 2013 al 8,88 % en el 2016 y finalmente al 2,15 % en el 2019. Las personas en zonas rurales reportaron tener más úlceras que los habitantes de las ciudades. Sin embargo, la brecha entre zonas disminuyó en el tiempo. En el 2013 era de 3,48 puntos porcentuales frente a una diferencia de 0,23 en el 2019, donde solo el 2,26 % de las personas en zona rural reportaron este problema de salud frente al 2,03 % de las personas en zona urbana. Adicionalmente, las úlceras fueron más prevalentes en mujeres que en hombres. Sin embargo, la incidencia disminuyó en ambos sexos. En el 2019, solo el 2,68 % de las mujeres reportó tener úlceras frente al 1,56 % de

los hombres. Estas reducciones posiblemente se deben a que, dado que se siguen las mismas personas en el tiempo, algunas de ellas pudieron recibir tratamiento y cura que redujo la incidencia.

2.3.2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un consumo de al menos 400 gramos o cinco porciones de frutas y verduras al día para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles e incluir una cantidad suficiente de fibra que mejore la salud de las personas (OMS, 2018). En Colombia, el consumo de frutas y verduras ha estado por debajo del promedio mundial. El Ministerio de Salud y Protección Social estimó que el 35 % de la población colombiana no consume frutas diariamente y el 70 % no consume hortalizas (MinAgricultura, 2015).

.....→

7 En el 2013 y 2016 se preguntaba por dos cosas: (1) "asma"; (2) "cualquier otra enfermedad pulmonar de larga duración, como enfisema o bronquitis crónica". En el 2019 se preguntó por "asma, enfisema o EPOC".

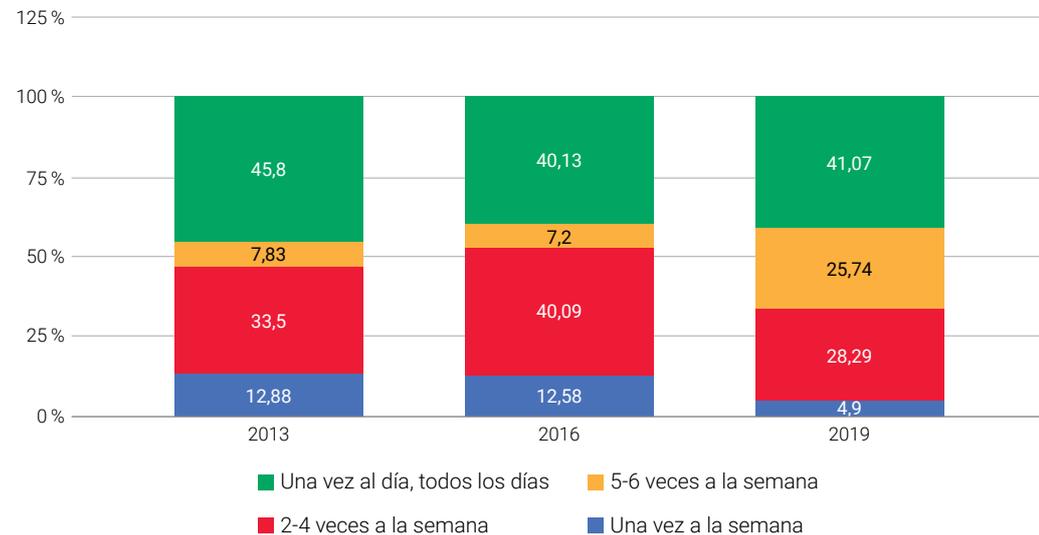
Adicionalmente, estudios con datos del 2015 encuentran que la frecuencia (veces al día) del consumo diario de verduras cocidas es igual (0,53) entre niños y niñas entre 5 y 17 años y aquellas personas entre los 18 y los 64 años. Este último grupo poblacional consume más verduras crudas que aquellos entre los 5 y 17 años (0,61 vs. 0,54). Sin embargo, en los demás alimentos los consumen más veces al día los más jóvenes, incluyendo frutas en jugo (1,15 vs. 1,11), frutas enteras (0,68 vs. 0,63), comidas rápidas (0,18 vs. 0,15), gaseosas o refrescos (0,71 vs. 0,66), alimentos de paquete (0,58 vs. 0,29) y alimentos fritos (0,65 vs. 0,58) (Herrán, Bermúdez y Zea, 2020).

La ELCA-ELCO concuerda con el bajo consumo de frutas y verduras estimado para Colombia y sugiere que el consumo de las personas encuestadas se encuentra muy por debajo del valor sugerido por la OMS. La frecuencia, además, de consumo semanal de estos productos disminuyó entre el 2013 y el 2019. Mientras en el 2013, el 45,8 % consumía frutas enteras o jugo una vez al día todos los días, este porcentaje se redujo al 41,07 % en el 2019 (véase la gráfica 2.16). Similar tendencia se observó en el consumo de verduras u hortalizas cocidas o en sopa, sin embargo, en menores niveles. Entre el 2013 y el 2019, el consumo de una vez al día todos los días pasó del 40,01 % al 32,4 % (véase la gráfica 2.17).

En contraste, las personas parecen haber aumentado su consumo de paquetes, fritos, gaseosas o refrescos en una semana durante el periodo de la encuesta. El consumo diario de este tipo de productos pasó del 6,11 % en el 2013 al 9,65 % en el 2019. Adicionalmente, las personas que reportaron que solo consumían estos alimentos una vez a la semana cayó del 47,55 %

en el 2013 al 18,66 % en el 2019 (véase la gráfica 2.18). Sin embargo, estas tendencias se deben interpretar con cautela porque la forma en que se realizó la pregunta cambió entre las rondas del 2013-2016 y la del 2019. Particularmente se cambió el periodo de referencia y ello puede hacer que las respuestas no sean estrictamente comparables.

GRÁFICA 2.16.
PORCENTAJE DE NÚMERO DE VECES A LA SEMANA
QUE LAS PERSONAS COMEN FRUTAS ENTERAS O EN JUGO⁸



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

⁸ Antes del 2019 se preguntaba por la frecuencia en la semana, mientras que en el 2019 se enfocó la pregunta en la frecuencia en la última semana. Adicionalmente, mientras que en el 2013 y el 2016 se proporcionaban opciones claras de respuesta, en el 2019 se preguntaba abiertamente por el número de días que la persona comía estos alimentos. Por esta razón, se dejaron solo las categorías que en el 2013 y el 2016 hacían referencia a consumo en la semana, de la siguiente manera:

Una vez a la semana: consumo un día a la semana.

Dos veces a la semana: consumo dos días a la semana.

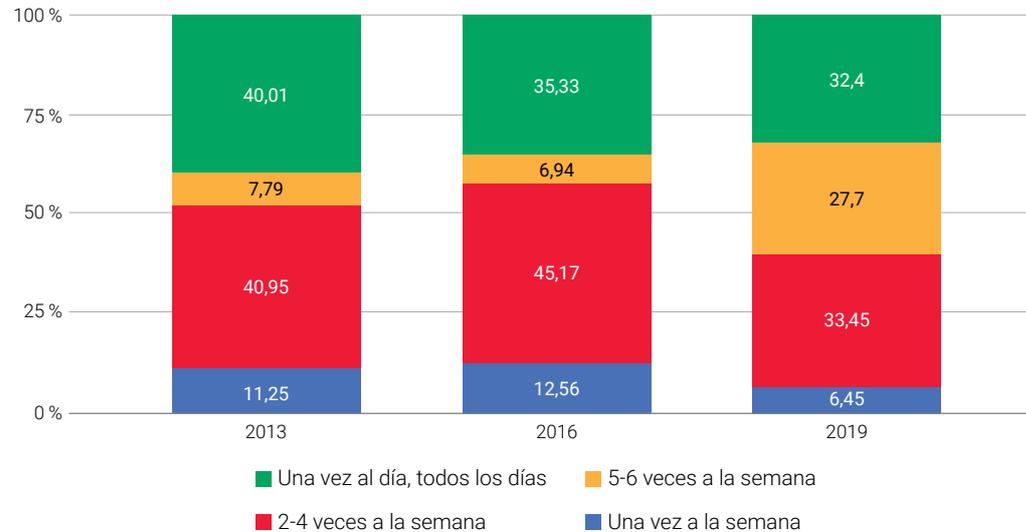
3-4 veces a la semana: consumo entre tres y cuatro días a la semana.

5-6 veces a la semana: consumo entre cinco y seis días a la semana.

Una vez al día: consumo siete días a la semana.

GRÁFICA 2.17.

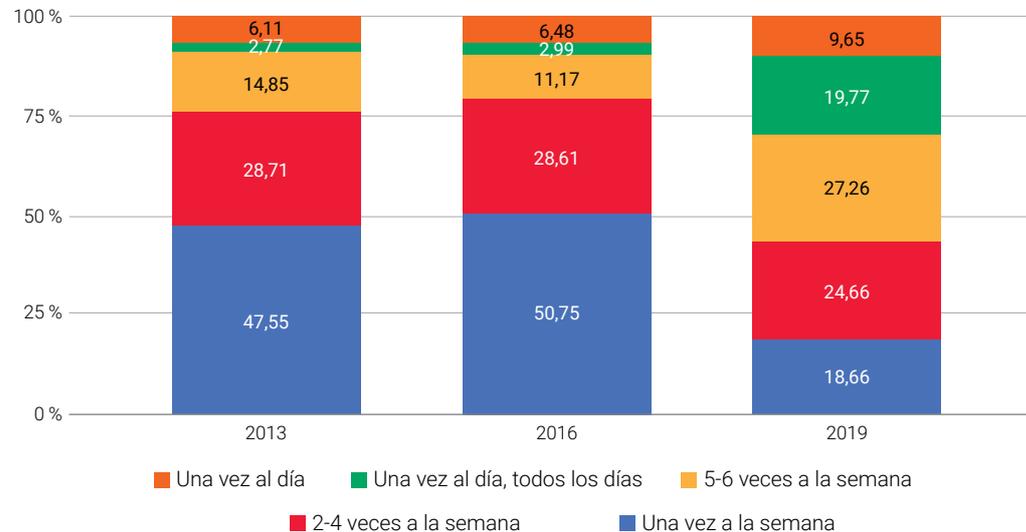
PORCENTAJE DE NÚMERO DE VECES A LA SEMANA QUE LAS PERSONAS COMEN VERDURAS Y HORTALIZAS COCIDAS O EN SOPA⁹



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

GRÁFICA 2.18.

PORCENTAJE DE NÚMERO DE VECES A LA SEMANA QUE LAS PERSONAS COMEN PAQUETES, GASEOSAS O REFRESCO¹⁰



Fuente: elaboración propia con datos de la ELCA-ELCO.

-→
- 9 Antes del 2019 se preguntaba por la frecuencia en la semana, mientras que en el 2019 se enfocó la pregunta en la frecuencia en la última semana. Además, mientras que en el 2013 y el 2016 se proporcionaban opciones claras de respuesta, en el 2019 se preguntaba abiertamente por el número de días que la persona comía estos alimentos. Por esta razón, se dejaron solo las categorías que en el 2013 y 2016 hacían referencia a consumo en la semana, de la siguiente manera:
 Una vez a la semana: consumo un día a la semana.
 Dos veces a la semana: consumo dos días a la semana.
 3-4 veces a la semana: consumo entre tres y cuatro días a la semana.
 5-6 veces a la semana: consumo entre cinco y seis días a la semana.
 Una vez al día: consumo siete días a la semana.
- 10 Antes del 2019 se preguntaba por la frecuencia del consumo de alimentos de paquete (papas, chitos, patacones, tocinetas, etc.), gaseosas o refrescos, golosinas o dulces al mes, en el 2019 se preguntó por la periodicidad en la última semana. Adicionalmente, mientras que en el 2013 y 2016 se proporcionaban opciones claras de respuesta, en el 2019 se preguntaba abiertamente por el número de días que la persona comía estos alimentos. Por esta razón, se dejaron solo las categorías que en el 2013 y el 2016 hacían referencia a consumo en la semana, de la siguiente manera:
 Una vez a la semana: consumo un día a la semana.
 Dos veces a la semana: consumo dos días a la semana.
 3-4 veces a la semana: consumo entre tres y cuatro días a la semana.
 5-6 veces a la semana: consumo entre cinco y seis días a la semana.
 Una vez al día: consumo siete días a la semana.

CONCLUSIÓN

La emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de la covid-19, que inició a finales del 2019, mismo año en que se recolectó la información de la última ronda de la encuesta ELCA-ELCO, se declaró en un momento del tiempo en que Colombia contaba con una buena cobertura, acceso y uso del sistema de salud. Se observó, con los datos de la ELCA-ELCO, que la cobertura y el acceso al sistema de salud es homogénea por nivel de riqueza y zona de residencia, y las brechas, aunque pequeñas, se redujeron entre el 2010 y el 2019. Sin embargo, el tipo de régimen al que se tiene acceso sí varía acorde al nivel de riqueza y por zona. Los hogares rurales y aquellos con menores niveles de riqueza se encontraban cubiertos por el régimen subsidiado de salud. La mayoría de las personas contaban únicamente con el plan básico de salud y solo un porcentaje pequeño contaba con planes adicionales o complementarios de cobertura en salud. Las que tenían estaban ubicadas en las cabeceras municipales y en el tercil más alto de riqueza.

En conjunto, los indicadores de la ELCA-ELCO y ECV sugieren que ante una necesidad médica que lo amerite

y por prevención, las personas utilizan el sistema de salud y en su mayoría prefieren acudir a servicios profesionales de salud, por encima de procedimientos no profesionales o el decidir no hacer nada. Las mujeres y personas de más altos niveles de riqueza son los que acuden a servicios profesionales de salud. Aunque en algunos casos se mencionaron dificultades y limitaciones en el acceso, la mayoría de las personas se sintieron satisfechas con los servicios recibidos.

Consistente con lo que se observa en Colombia, los problemas de salud se asociaron principalmente con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades del corazón y presión. Pero además se identificó un aumento de la incidencia de enfermedades respiratorias que pueden estar asociados a la contaminación del aire y a problemas ambientales. Se registró un consumo de frutas y verduras muy por debajo de lo recomendado por la OMS, acompañado de un aumento en la frecuencia de consumo de alimentos en paquete, fritos y refrescos lo que podría profundizar los problemas de salud existentes y aumentar el riesgo de nuevas enfermedades.

REFERENCIAS

- Charness, G. y Gneezy, U. (2012). Strong evidence for gender differences in risk taking. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 83(1), 50-58.
- Cleary, P. D., Mechanic, D. y Greenley, J. R. (1982). Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 106-119. <https://doi.org/10.2307/2136508>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.
- DANE. (2018). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV). Boletín Técnico. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2018.pdf
- DANE. (2020). Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV). Boletín Técnico. https://www.DANE.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (2015). Resumen ejecutivo. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-De-Demografia-Y-Salud-ends-2015.pdf>
- Herrán, O. F., Bermúdez, J. N. y Zea, M. D. P. (2020). Cambios alimentarios en Colombia; resultados de dos encuestas nacionales de nutrición, 2010-2015. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(1), 21-31.
- Hunt, K., Adamson, J., Hewitt, C. y Nazareth, I. (2011). Do women consult more than men? A review of gender and consultation for back pain and headache. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2), 108-117.
- Jiang, X. Q., Mei, X. D. y Feng, D. (2016). Air pollution and chronic airway diseases: what should people know and do? *Journal of Thoracic Disease*, 8(1), E31.
- Kandrack, M. A., Grant, K. R. y Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Social Science & Medicine*, 32(5), 579-590.
- MinAgricultura. (2015). En Colombia 35% de las personas no consumen frutas y 70% no consume hortalizas diariamente. <https://www.minagricultura.gov.co/noticias/Paginas/En-Colombia-35-de-las-personas-no-consumen-frutas-y-70-hortalizas.aspx>
- MinSalud. (2019). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019. Dirección de Epidemiología y Demografía.
- OMS. (2018). Alimentación sana. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Comer%20al%20menos%20400%20g,diaria%20suficiente%20de%20fibra%20diet%C3%A9tica>
- van Wijk, C. M. G., Kolk, A. M., van den Bosch, W. J. y van den Hoogen, H. J. (1995). Male and female health problems in general practice: the differential impact of social position and social roles. *Social Science & Medicine*, 40(5), 597-611.