

# **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS PRINCIPALES CIUDADES COLOMBIANAS**

Yuri Carolina Reina A.



El estado de salud de la población es un claro indicador del desarrollo económico actual y futuro que puede alcanzar una ciudad, región o país. Este puede entenderse como causa del crecimiento o como su consecuencia. Países con mejor desempeño económico pueden destinar mayores recursos para el sistema sanitario y de salud, brindándole una mejor atención a la población y generando en ella un adecuado nivel de vida. De igual manera, una población que se considere saludable estará en la capacidad y disposición de generar mayor producción y rendimientos económicos (Grupo de Economía de la Salud [GES], 2005).

Entender la relación entre salud y desarrollo ha generado la búsqueda de políticas públicas para lograr un estado de salud óptimo entre la población. Restrepo *et al.* (2006) resaltan que la salud está determinada por múltiples factores y que, por tanto, una buena política debe contemplar acciones en diferentes sectores. En general, se entiende que la salud puede ser influenciada principalmente por dos grupos de factores: el primero, relacionado con variables socioeconómicas como ingresos, educación, entre otros<sup>1</sup>, y el segundo grupo relacionado con el servicio de salud o atención médica.

Este trabajo se concentra en el segundo conjunto de factores, con medidas que evalúan el estado y evolución del acceso al servicio de salud, teniendo en cuenta que es allí donde se presenta el primer contacto entre el individuo y el prestador del servicio, y que, junto con la utilización, son elementos esenciales para gozar de buena salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

El acceso al sistema de salud es un proceso donde existen varios eslabones y todos ellos pueden ser objeto de análisis, desde la motivación que tienen las personas para solicitar atención, la facilidad para entrar en contacto con el servicio de salud y su satisfacción final luego de haberlo utilizado (Rodríguez, 2010). Es decir, el acceso no solo denota la entrada del individuo al sistema, sino que en un sentido más amplio comprende desde la causa o la necesidad hasta el resultado o finalización de la atención médica. Por esta razón, aunque el aseguramiento es un instrumento que busca que todos los individuos tengan entrada

---

<sup>1</sup> Para referencias sobre determinantes socioeconómicos del estado de salud remítase a: Grossman (1972, 1999), Wagstaff (1993) y Gerthman *et al.* (1999); para el caso colombiano: Tovar y Arias (2005) y Ramírez *et al.* (2004).

al servicio de salud, no garantiza su utilización final. De hecho, trabajos como los de Rodríguez y Roldán (2008) y Rodríguez (2010) han encontrado que existe un porcentaje de no utilización del servicio, aun cuando la persona haya tenido la necesidad de hacerlo y estuviera afiliada a algún régimen de seguridad social.

Resultados de trabajos anteriores pueden ofrecer una visión inicial sobre algunas etapas del proceso de acceso a los servicios de salud en Colombia. Flórez *et al.* (2007) indican que entre los años 2000 y 2005 hubo una reducción en la incidencia de alguna enfermedad; en tanto que el uso de los servicios de salud ante una necesidad se mantuvo constante (alrededor del 67%). Adicionalmente, encontraron evidencia de inequidades en el uso de los servicios médicos por nivel socioeconómico, regiones y zona de residencia. Por ejemplo, se observó que “la población que acude a los servicios de salud aumenta consistentemente con el nivel de riqueza: la población más rica usa 50% más los servicios de salud que los más pobres” (Flórez, *et al.* 2007).

En cuanto a las barreras de acceso, definidas como los obstáculos que impiden que las personas pasen adecuadamente por el proceso, se identifican dos grupos: las de oferta (impuestas por el prestador médico o por el sistema) o las de demanda (atribuidas al individuo). El estudio realizado por Rodríguez (2010) muestra que el mayor porcentaje de barreras de acceso en Colombia se encuentra del lado de la demanda (individuo), siendo el factor económico el mayor limitante. Por el lado de la oferta, se destacan razones como la existencia de muchos trámites para la cita y la distancia al centro de atención.

Estudios sobre las barreras de acceso en Colombia coinciden en que uno de los principales argumentos para no acudir al servicio médico es la falta de dinero<sup>2</sup>, en algunos casos a pesar de que se está asegurado a algún tipo de régimen. Flórez *et al.* (2007) encontraron que independientemente de la región, zona de residencia y nivel de riqueza, el 48,6% de la población no acudió al servicio de salud por falta de dinero en el año 2005. Por su parte, Rodríguez (2010) expone que entre los afiliados a seguridad social el 14,4% indicó no haber acudido al servicio médico por falta de dinero, cifra que aumenta a 50,4% entre los no afiliados.

Con base en los anteriores hechos, el objetivo de este capítulo es evaluar el estado y evolución del acceso al servicio de salud en cinco ciudades colombianas entre 2008 y 2012, a partir de los resultados de las encuestas de percepción ciudadana desarrolladas por los programas *Cómo Vamos*. También, se pretende identificar las diferencias en el acceso entre estas ciudades, así como las principales barreras existentes. Se considera que la mayor contribución de este trabajo, frente a los realizados antes, está en los datos y el enfoque geográfico

---

<sup>2</sup> Céspedes, *et al.* (2000), Flórez, *et al.*, (2007), Rodríguez y Roldán (2008) y Rodríguez (2010).

utilizado. Es importante mencionar que en la literatura colombiana no existen trabajos sobre salud que hayan usado los resultados de las encuestas de percepción ciudadana, a excepción de Pérez (2014), quién realizó estimaciones para Barranquilla, Medellín y Cartagena.

Es preciso aclarar que, aunque en general las medidas objetivas son preferidas a las subjetivas, estas últimas han cobrado mayor relevancia y validez<sup>3</sup>. En temas relacionados con el servicio de salud, las medidas subjetivas o encuestas de percepción son de gran importancia dado que evalúan la efectividad del servicio teniendo en cuenta que su objetivo principal es garantizar el bienestar y la adecuada atención médica. La mayoría de trabajos consultados para esta investigación utilizó resultados de encuestas que indagan a las personas sobre la motivación, utilización del sistema de salud y su satisfacción o calidad percibida. En el caso de Colombia, la más usada es la *Encuesta de calidad de vida* (ENCV).

Este capítulo se divide en cuatro secciones. La primera contiene el referente teórico con el cual se examinarán los resultados. La segunda hace una breve descripción de los programas *Cómo Vamos*, mientras que la tercera muestra y analiza los resultados. La última sección concluye a partir de los principales hallazgos del trabajo.

## 1. ¿CÓMO SE PUEDE MEDIR EL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD?

Aday y Andersen (1974) construyeron un nutrido marco teórico para estudiar el acceso al servicio de salud, lo que les permitió encontrar indicadores empíricos para su medición. Los autores identificaron dos líneas de investigación que se presentan en la literatura sobre la medición del acceso. La primera reúne a aquellos investigadores que asocian el acceso con las características de la población y del sistema de salud, como el ingreso monetario, la cobertura del seguro o las instalaciones disponibles, entre otras. La segunda mide el acceso con indicadores relacionados con las tasas de utilización o puntajes de satisfacción de los individuos con el servicio, los cuales están más vinculados con el uso del sistema (Aday y Andersen, 1974).

A partir de esto, Aday y Andersen (1974) concluyen que el acceso no puede limitarse solo a la disponibilidad de los recursos financieros o humanos del sistema, sino que se deben tener en cuenta las características de los servicios y de los consumidores, así como la disposición de estos hacia la atención. En este

---

<sup>3</sup> Trabajos como los de Kaplan y Camacho (1983), Idler y Kasl (1991) y Tovar y Arias (2005) encontraron una aproximación válida entre ambas medidas para temas de salud.

contexto, los autores plantean un esquema para estudiar el acceso, identificando cinco componentes que se interrelacionan entre sí: 1) la política de salud, siendo esta el mejor punto de partida, dado que tiene la capacidad de alterar y afectar el acceso a la atención médica; 2) las características del sistema de atención en salud, compuestas principalmente por el recurso material y humano y su organización; 3) las características de la población objetivo, entre las cuales se mencionan la propensión del individuo a usar los servicios, la habilidad (medios que tiene el individuo para usar los servicios, como por ejemplo sus ingresos) y la necesidad (enfermedad); 4) la utilización, que se refiere al tipo de servicio recibido y quien lo provee, y 5) la satisfacción, que comprende las actitudes hacia el sistema de salud de aquellos que lo han usado.

De este esquema, Aday y Andersen (1974) proponen dos tipos de indicadores que pueden medir el acceso. El primer grupo, denominado indicadores de proceso, reúne las variables que pueden medir características del sistema y de la población objetivo (segundo y tercer componente), como por ejemplo: número de médicos, número de camas de hospital y ambulancias; también, contempla variables que afectan la entrada al sistema, como tiempo de viaje o distancia al centro de atención, tiempo de espera para la cita, tipo de especialistas, entre otras. Por el lado de las características de la población, se incluyen las actitudes de los individuos hacia la atención médica, ingresos, cobertura de seguro, género, estado civil, educación, raza, lugar de residencia, percepción del estado de salud y síntomas.

El segundo grupo se refiere a los indicadores de resultado y contienen variables relacionadas con la utilización y satisfacción (componentes cuatro y cinco), los cuales son medibles a partir del servicio utilizado, el lugar de la atención, el número de visitas al médico y el porcentaje de personas satisfechas e insatisfechas con la atención recibida, entre otras. Este capítulo toma como marco de referencia los dos grupos de indicadores propuestos por Aday y Andersen (1974) para analizar los resultados.

## **2. PROGRAMAS CÓMO VAMOS Y LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA**

Los programas Cómo Vamos, presentes en diez ciudades del país, tienen como función seguir y evaluar los cambios en la calidad de vida. Entre sus objetivos están promover un ciudadano más informado y participativo, impulsar un gobierno más efectivo y transparente, y establecer alianzas estratégicas para trabajar en torno al tema de calidad de vida<sup>4</sup>. La iniciativa de los programas

---

<sup>4</sup> Los objetivos detallados de cada programa pueden ser consultados en la página web de Cómo Vamos de cada ciudad.

Cómo Vamos nació en 1998 en Bogotá, a partir de la alianza de la Casa Editorial El Tiempo, la Cámara de Comercio de Bogotá y la Fundación Corona. De allí se dio progresivamente la creación de este programa en otras nueve ciudades del país: Barranquilla, Cartagena, Valledupar, Bucaramanga, Cali, Medellín, Ibagué, Pereira y Manizales, las cuales hoy conforman la Red de Ciudades Cómo Vamos<sup>5</sup>.

Este trabajo utiliza las Encuestas de percepción ciudadana que son aplicadas por los programas Cómo Vamos. Esta herramienta provee información acerca de la percepción de los ciudadanos sobre temas de salud, educación, servicios públicos, equipamiento, vivienda, seguridad, participación ciudadana, convivencia ciudadana, recreación, cultura y deportes, entre otros. *La Encuesta de percepción ciudadana* (EPC) se aplica a mujeres y hombres mayores de 18 años, una persona por hogar, en todos los niveles socioeconómicos y en todas las zonas en las que se divide cada ciudad. En 2012 se realizaron en promedio 1.150 encuestas por ciudad<sup>6</sup>. Para esta investigación, se analizan los resultados de cinco de las diez ciudades que hacen parte de la red: Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín<sup>7</sup>.

El diagrama 1 muestra un esquema general de la sección de salud incluida en todas las EPC con el cual se pueden observar las etapas que constituyen el proceso de acceso al servicio de salud.

Siguiendo el esquema, del total de población entrevistada solo un porcentaje dijo haber requerido servicio médico. A su vez, dentro de este grupo una proporción manifestó haber utilizado efectivamente el servicio y la otra no. De aquellos que recibieron atención en salud se analizará el número de días entre la solicitud de la cita y la atención médica, además de su satisfacción. Por otra parte, para el grupo de personas que no utilizó el servicio se estudiarán las razones de esta decisión (barreras de acceso).

En este punto es importante mencionar que las EPC tienen algunas limitaciones. En primer lugar, aunque es representativa por ciudades, a medida que se analiza cada etapa del acceso al servicio de salud los datos son más reducidos. Un segundo punto es que no se tiene referencia del tipo de servicio médico recibido; es decir, de si se trata de medicina preventiva, general o de especialista, lo que impide un mayor análisis. En tercer lugar, cambios en la

---

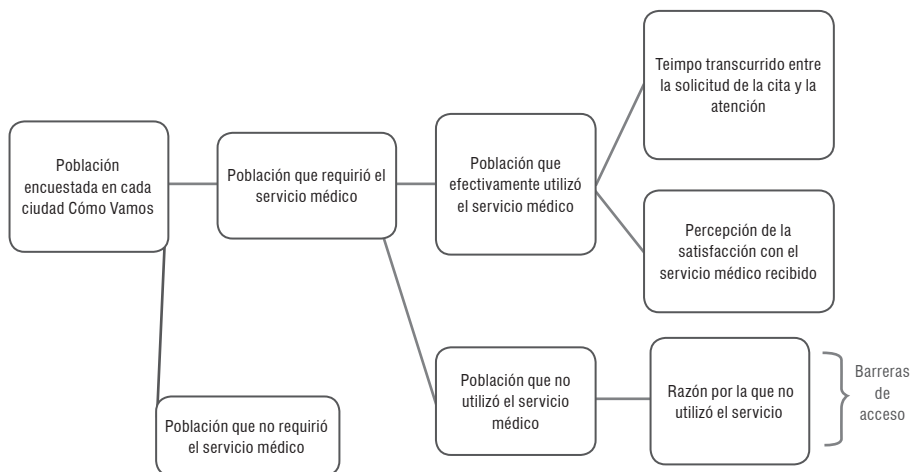
<sup>5</sup> Para mayor información acerca de los socios de cada programa Cómo Vamos en las diferentes ciudades véase la ficha técnica de las encuestas en el Anexo 1 (Cuadro A1.1).

<sup>6</sup> Para los detalles de las encuestas en cada ciudad, véase la ficha técnica presentada en el Anexo 1 (Cuadro A1.1).

<sup>7</sup> El estudio se limitó a cinco ciudades porque no todos los programas Cómo Vamos estaban en marcha en el año 2008.

forma y orientación de las preguntas se encontraron con frecuencia, sobre todo en los primeros años de aplicación<sup>8</sup>. A pesar de esto, las EPC constituyen un recurso importante para el análisis tanto económico como social de las ciudades.

**DIAGRAMA 1. ESQUEMA DE LA SECCIÓN DE SALUD EN LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA DE LOS PROGRAMAS CÓMO VAMOS**



Fuente: Red de ciudades Cómo Vamos (EPC, 2008 y 2012); diseño de la autora.

### 3. ESTADO Y AVANCE DEL ACCESO AL SERVICIO MÉDICO

A continuación se analizarán algunos de los resultados de la sección de salud de las EPC en cinco ciudades del país, ubicándolos dentro de los indicadores propuestos por Aday y Andersen (1974). Como indicadores de proceso se considerarán dos variables: el porcentaje de personas que requirieron atención médica y el tiempo entre la solicitud de la cita y la atención. El primero se

<sup>8</sup> Las preguntas de la sección de salud han tenido algunos cambios. Aunque para el desarrollo de este trabajo se trató de analizar las preguntas que presentarían uniformidad, se aclara que para el caso de Cartagena y Bogotá en 2008 las preguntas de acceso a salud se hicieron solamente a personas afiliadas al sistema general de salud. Para las otras ciudades se tuvo en cuenta toda la población encuestada. En 2012, para todas las ciudades, la sección de salud se aplicó a toda la población encuestada.

ubica al inicio del acceso y mide la necesidad del servicio; mientras el segundo depende del tipo de cita. En este aspecto, es importante reconocer que las EPC tienen una limitación en cuanto a la no identificación del tipo de cita (medicina general o especialista) a la que accedió el individuo. No obstante, ya sea de medicina general (que se ubicaría en la etapa de inicio del acceso), o como cita con especialista (que estaría más vinculada a la continuidad del servicio), en cualquiera de los dos casos el indicador de tiempo de espera para la cita hace parte del proceso de acceso.

Por su lado, como indicadores de resultado se estudiarán la proporción de personas que efectivamente utilizaron el servicio y la satisfacción con la atención recibida. En este punto también es importante aclarar que no siempre la utilización del servicio corresponde a la etapa final del acceso, puesto que puede haber continuidad en el proceso y, por ejemplo, requerirse el paso por exámenes diagnósticos, especialistas u otro tipo de tratamientos. De todos modos, en este trabajo asumiremos la utilización del servicio como parte de la etapa final del acceso, dada la limitación de información de las EPC.

Adicionalmente, se identificarán las barreras de acceso que se presentan con mayor frecuencia, a partir de las razones dadas por los encuestados para no acceder al servicio, a pesar de haberlo necesitado. Todos estos aspectos se evaluarán teniendo en cuenta las diferencias existentes entre las cinco ciudades estudiadas y la evolución de estos indicadores entre 2008 y 2012.

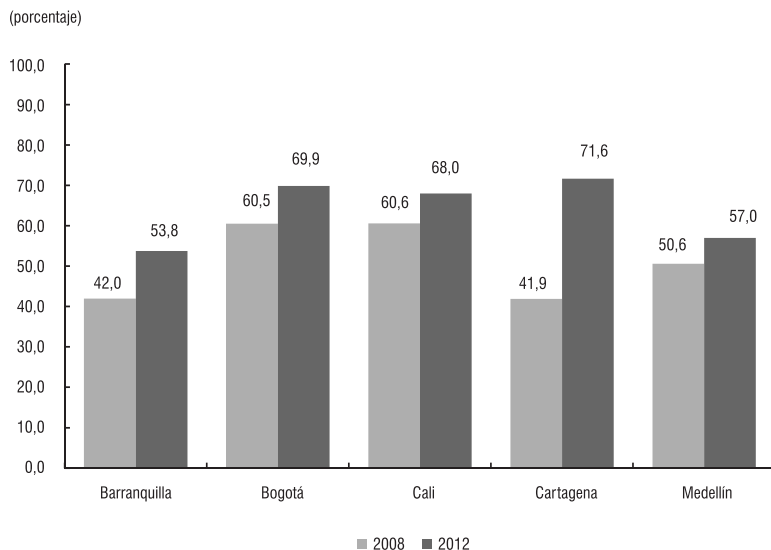
### **3.1 INDICADORES DE PROCESO**

#### **3.1.1 PERSONAS QUE NECESITARON EL SERVICIO MÉDICO**

En las cinco ciudades de estudio para el año 2012 el 64,0% de la población indicó que en su hogar alguien presentó algún tipo de enfermedad o requirió servicio médico. Cartagena, Bogotá y Cali, en su orden, fueron las ciudades con mayor proporción de personas que afirmaron haberlo necesitado. Por su parte, Barranquilla y Medellín registran los menores porcentajes (Gráfico 1).

Al evaluar la evolución de este indicador, se observa que entre 2008 y 2012 se presentó un aumento de 12,9 puntos porcentuales (pp) en el número de personas que requirieron atención médica. Los mayores incrementos se registraron en las ciudades de Cartagena (29,7 pp) y Barranquilla (11,8 pp).

**GRÁFICO 1. ENCUESTADOS QUE REQUIRIERON SERVICIOS DE SALUD, 2008 Y 2012**



Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

Este crecimiento en la necesidad del servicio puede estar asociado con una mayor incidencia de enfermedades<sup>9</sup>. Algunas cifras para Cartagena, Barranquilla y Bogotá muestran incrementos en la ocurrencia de enfermedades inmunoprevenibles entre 2008 y 2011. En Cartagena aumentó la tasa de incidencia del sarampión que pasó de cero casos en 2008 a 4,4 casos por cien mil habitantes en 2011; la rubeola pasó de 0,1 a 0,3 casos, y la hepatitis B registró 25 casos en 2011 mientras que no hubo ninguno en 2008 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009 y 2012).

Para Barranquilla, el incremento en la incidencia de enfermedades estuvo determinado por el aumento de la rubéola (0,09 en 2008 a 0,7 casos por cien mil habitantes en 2012), hepatitis B (0,0 a 4,0) y la tuberculosis en todas sus formas (26,4 a 37,8). En Bogotá los mayores incrementos se registraron en

<sup>9</sup> Cabe aclarar que una parte del incremento en la necesidad de la atención médica, observado mediante estos resultados, puede estar determinado por cambios en la pregunta realizada. En 2008 se indagó acerca de la necesidad de atención en los seis meses anteriores a la encuesta, mientras que en 2012 se hace referencia al último año. Asimismo, en el caso de Cartagena y Bogotá las preguntas de acceso en el año 2008 se hacen solamente a las personas afiliadas a seguridad social, mientras que en 2012 comprenden toda la población encuestada.

sarampión (3,4 a 15,1), rubeola (5,3 a 11,9), parotiditis (15,2 a 135,0) y hepatitis B (3,6 a 4,2) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009 y 2012).

### **3.1.2 TIEMPO DE ESPERA PARA LA CITA**

En general, los resultados de las cinco ciudades estudiadas muestran que los mayores porcentajes se concentran en la categoría de uno a cinco días<sup>10</sup>. En promedio para las cinco ciudades, en 2012 el 17,0% de la población encuestada reportó que la atención fue inmediata por ser un caso de urgencia, para el 38,4% el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y el servicio fue de uno a 5 días, para el 13,0% entre 6 y 10 días, para el 11,5% entre 11 y 20 días, para el 5,9% entre 21 y 30 días y para el 13,1% tardó más de 30 días<sup>11</sup>. Aunque la mayor frecuencia de respuestas se concentró en el periodo de uno a cinco días, llama la atención que, al extraer de la muestra los eventos de atención inmediata por caso de urgencia, la segunda opción con mayor participación sería la de más de treinta días. Al analizar esta categoría encontramos que en Bogotá se presentó el mayor porcentaje de personas con esta percepción, más del 20% de la población entrevistada afirmó que el acceso a la atención médica se demoró más de un mes; en Barranquilla, Cartagena y Cali este porcentaje está entre 11% y 13%, mientras que Medellín reporta la menor proporción (8,1%).

Por su parte, Medellín, Cali y Barranquilla son las ciudades donde una mayor proporción de personas (más del 40%) indicó que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención médica fue de uno a cinco días. En el caso de Cartagena y Bogotá se presentan las menores cifras. De lo anterior se deduce que, al comparar la percepción de los ciudadanos, el sistema de salud en Bogotá tarda más en la asignación de citas, en comparación con ciudades como Medellín, Cali y Barranquilla (Gráfico 2).

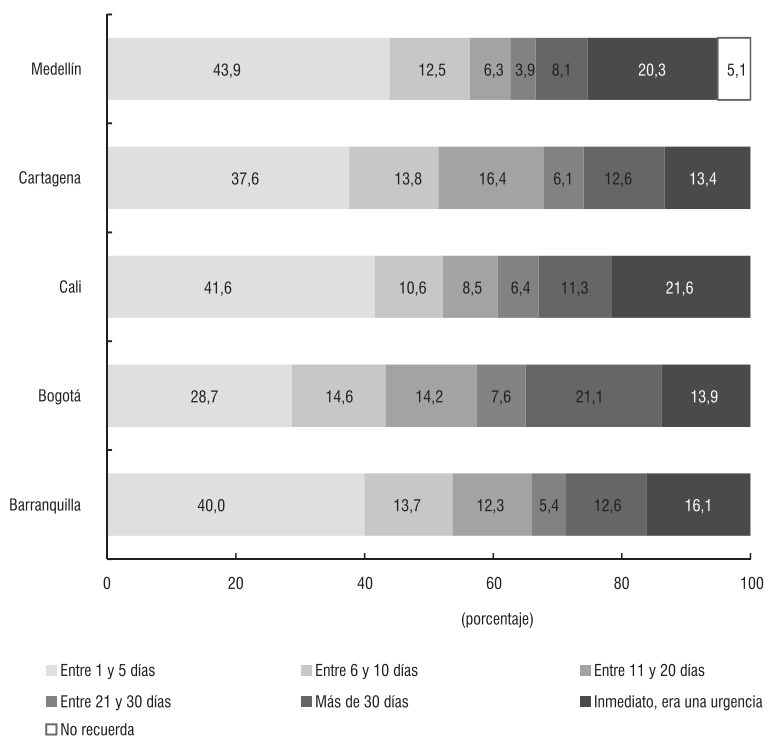
Con el fin de evaluar la evolución de los tiempos de espera para la cita se compararon los resultados de las EPC de los años 2008 y 2012, lo que muestra que en general cada vez más personas, indistintamente de la ciudad, perciben que los tiempos de espera para una cita son mayores. Esta percepción es confirmada por las estadísticas reportadas por los prestadores del servicio. Según indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2008 y 2011 hubo un leve incremento en el número de días transcurridos entre la

<sup>10</sup> Como se anotó, el análisis de tiempo de espera reúne todo tipo de citas, dado que en la pregunta referente a este tema dentro de las EPC no se considera la diferencia entre cita de medicina general y de especialista.

<sup>11</sup> El 1,0% restante corresponde a las personas en la categoría “no recuerda”.

solicitud de la cita y la atención de medicina general, pasando de 2,4 a 2,8 días. En el caso de citas con especialista pasó de 7,7 a 8,9 días, y para citas de odontología general el tiempo de espera pasó de 4,0 a 4,1 días<sup>12</sup>.

**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD DE LA CITA Y EL SERVICIO, 2012**



Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC (2012); cálculos de la autora.

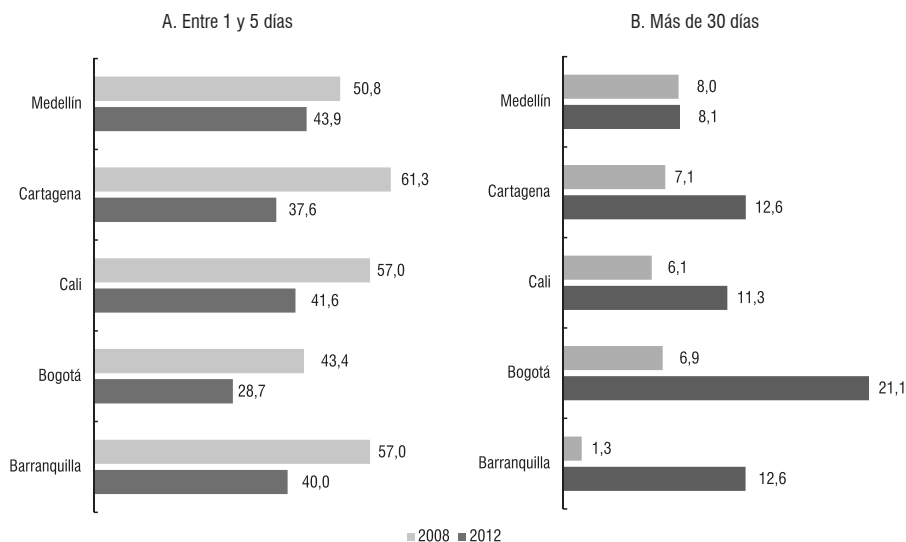
En promedio, durante 2008 el 53,9% de la población afirmó que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención era de uno a cinco días. Este porcentaje disminuyó a 38,4% en 2012. Por el contrario, la proporción de personas que indicaron que entre la solicitud de la cita y el servicio médico había un lapso superior a treinta días aumentó de 5,9% en 2008 a 13,1% en

<sup>12</sup> La comparación del indicador de oportunidad en la asignación de citas se hace tomando los datos del primer semestre de cada año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009 y 2012).

2012. Este comportamiento también se hace evidente al analizar en particular cada ciudad.

En el Gráfico 3 se observa que en Cartagena y Barranquilla se redujo en mayor magnitud la proporción de personas que percibió una demora de uno a cinco días en la atención médica después de pedir la cita. Por su parte, en Bogotá y Barranquilla se registraron los mayores incrementos en el porcentaje de quienes percibieron una demora mayor a un mes en la atención médica. Lo anterior podría indicar un mayor deterioro en la oportunidad de cita en estas tres ciudades.

**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD DE LA CITA Y EL SERVICIO, 2008 Y 2012**  
(porcentaje)



Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

En síntesis, para los indicadores de proceso, acorde con los resultados de las EPC, entre 2008 y 2012 hubo un incremento de quienes necesitaron acudir al servicio médico. Así mismo, entre las personas que efectivamente utilizaron el servicio, la mayoría percibe que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención es de uno a cinco días; no obstante, cada vez son más quienes sin importar la ciudad, perciben que los tiempos de espera para una cita son mayores. Lo anterior llama la atención teniendo en cuenta que según el artículo 123 del Decreto 0019 de 2012, conocido como “Ley Antitrámites”,

la asignación de citas de medicina y odontología general por parte de las EPS no puede exceder los tres días hábiles después de realizada la solicitud.

## **3.2 INDICADORES DE RESULTADO**

### **3.2.1 PERSONAS QUE UTILIZARON EL SERVICIO MÉDICO**

Como se observó en el Diagrama 1, de la población que tuvo necesidad de atención médica, es decir, aquella que presentó alguna enfermedad o dolencia, una proporción efectivamente acudió al servicio de salud y el resto no lo hizo. Acorde con los resultados de las EPC en 2012, el 95,1% de las personas que lo requirieron recibieron atención en salud. Entre las cinco ciudades estudiadas, Medellín y Barranquilla tienen los mayores porcentajes (97,0% en promedio) de utilización; mientras que en Cartagena el 90,8% de la población que lo necesitó recibió el servicio médico.

Adicionalmente, al contrastar los resultados de 2012 con los de 2008, se observa un incremento de este indicador; es decir que, además de establecer que en las ciudades estudiadas existe un buen nivel de utilización, este mejoró con el tiempo. Barranquilla fue la ciudad que registró el crecimiento más alto (6,1 pp) en la proporción de personas que utilizaron el servicio de salud entre 2008 y 2012, seguida de Cartagena con un incremento de 2,7 pp, y de Medellín con 2,1 pp. En Bogotá el avance fue de 1,3 pp. Por su parte, Cali fue la única ciudad que registró un descenso de 0,8 pp (Gráfico 4).

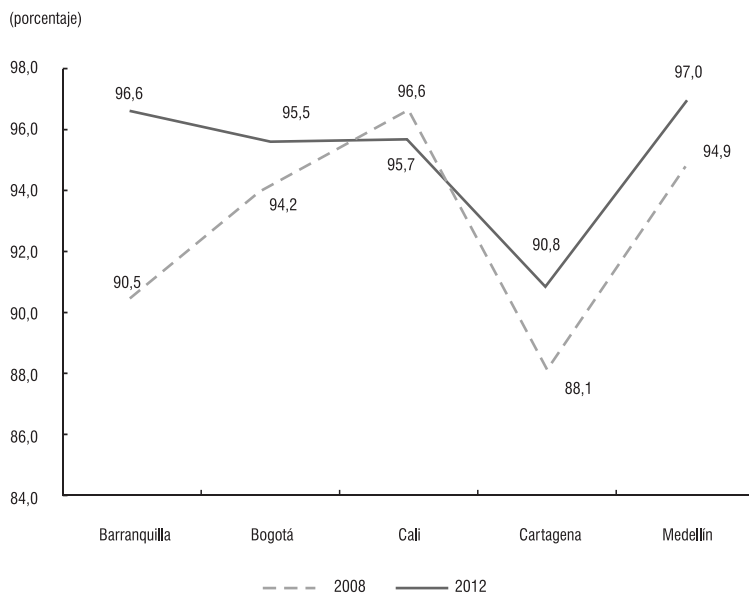
### **3.2.2 SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA**

El objetivo de esta sección es establecer el grado de satisfacción que tienen los ciudadanos sobre la atención médica recibida y su evolución en los últimos cinco años. La satisfacción es una medida subjetiva que captura la opinión del individuo acerca de una vivencia o experiencia; sin embargo, esta percepción puede estar influenciada tanto por características propias del individuo como por situaciones particulares que haya enfrentado (Ortiz *et al.* 2004; Pérez, 2014).

Ortiz *et al.* (2004) mencionan que la satisfacción de las personas respecto a la atención médica recibida puede estar influenciada por aspectos como las expectativas, el ingreso y la educación. Argumentan que las ideas previas que el individuo tiene acerca del servicio médico tienen gran relevancia; así, en la medida en que la atención recibida cubra las expectativas, el usuario estará más inclinado a sentirse satisfecho. Sin embargo, si las expectativas son bajas,

será posible que el individuo manifieste sentirse satisfecho aun cuando el servicio recibido haya sido deficiente. Por su parte, se espera que individuos con mayor ingreso y nivel educativo emitan un juicio de valor más riguroso y menos condescendiente, basados en la mayor oportunidad que tienen de comparar con experiencias anteriores (Ortiz *et al.* 2004:534).

**GRÁFICO 4. PERSONAS QUE EFECTIVAMENTE UTILIZARON EL SERVICIO DE SALUD, 2008 Y 2012**



Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

Este trabajo reconoce la existencia de diferentes aspectos, además de los ya mencionados, que influyen en la satisfacción del individuo. Sin embargo, no se incluye una estimación de los determinantes de la percepción ciudadana, ya que la información utilizada no permite realizar inferencias al respecto. Solamente se contrastaran los resultados de satisfacción con los estratos socioeconómicos como variable *proxy* del ingreso, lo cual permitiría hacer un primer acercamiento a dicha relación.

Al analizar el grado de satisfacción manifestado por los usuarios, se encontró que la mayoría están satisfechos con la atención médica recibida. Sin embargo, se observa que durante los últimos cinco años el porcentaje

de personas que se sienten satisfechas con el servicio de salud se redujo y se incrementó la proporción de las que se sienten insatisfechas.

En promedio para las cinco ciudades estudiadas en 2012, el 56,3% de los encuestados manifestó haberse sentido satisfechos (algo o muy satisfechos), 21,0% se sintió insatisfecho (algo o muy insatisfecho) y 22,7% ni satisfecho ni insatisfecho. Estas magnitudes varían de acuerdo con la ciudad: Barranquilla (65,3%) y Cartagena (59,5%) fueron las que registraron mayor porcentaje de población satisfecha con el servicio de salud. En contraste, Bogotá (28,4%) y Cali (25,2%) reportaron la más alta proporción de insatisfechos en comparación con el resto de ciudades. Adicionalmente, se destaca que Cartagena y Barranquilla fueron las ciudades con menor porcentaje de población insatisfecha.

Al comparar los resultados de las EPC con las cifras reportadas por las instituciones prestadoras de servicios (IPS) al Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran diferencias. En Colombia, según encuestas realizadas por las IPS a los usuarios, en 2011 aproximadamente el 91,0% de los usuarios dijo haber estado satisfecho con el servicio recibido. Esto evidencia un claro desajuste en las cifras (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f. (b))

El Gráfico 5 muestra la variación porcentual de la proporción de personas que indicaron estar satisfechas o insatisfechas con el servicio de salud entre 2008 y 2012. Las líneas punteadas indican el promedio de la variación para las cinco ciudades. Así, por ejemplo, para el caso de las personas que indicaron estar satisfechas (panel A), se observó que entre 2008 y 2012 solamente en Cartagena aumentó la proporción de personas que dijeron estar satisfechas con el servicio de salud (0,6 pp).

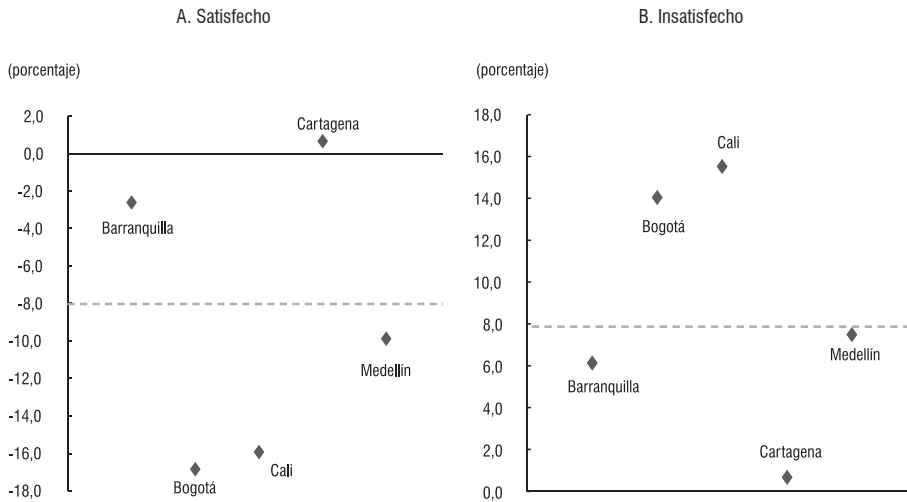
En el resto de ciudades se redujo esta proporción, siendo la más baja la registrada en Barranquilla (-2,6 pp). Por su parte, Medellín (-9,9 pp), Cali (-15,9 pp) y Bogotá (-16,9 pp) reflejaron un deterioro en la percepción de satisfacción mayor que el promedio de variación para las cinco ciudades estudiadas.

En contraste, al analizar la variación de la proporción de personas que indicaron estar insatisfechas con la atención médica, se observa un incremento en todas las ciudades, especialmente en Cali (15,5 pp) y Bogotá (14,0 pp), que crecen por encima del promedio, mientras que Medellín (7,5 pp), Barranquilla (6,1 pp) y Cartagena (0,7 pp) muestran aumentos menores.

Este ejercicio deja tres puntos para destacar. Primero, en los últimos cinco años Cartagena fue la única ciudad donde aumentó la proporción de habitantes que dicen sentirse satisfechos con el servicio de salud. Adicionalmente, y aunque también hubo un incremento en el porcentaje de insatisfacción, el de

Cartagena fue el menor entre las ciudades estudiadas. Segundo, Barranquilla fue la ciudad con mayor porcentaje de personas satisfechas y menor descenso en la satisfacción entre 2008 y 2012. Tercero, en Bogotá y Cali es evidente el detrimento en la percepción del servicio, siendo estas las ciudades en donde más ha aumentado el porcentaje de personas insatisfechas y más ha disminuido el de satisfechas.

**GRÁFICO 5. VARIACIÓN PORCENTUAL EN LA SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO DE SALUD ENTRE 2008 Y 2012**



Fuente programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

Los resultados favorables en satisfacción para las ciudades de la región Caribe, en comparación con Medellín, Bogotá y Cali podrían estar relacionados con los avances observados en la oferta de servicios en los últimos años. Barranquilla sobrepasa los índices de infraestructura física de otras ciudades, mientras Cartagena muestra indicadores superiores a los de Bogotá y similares a los de Medellín y Cali.

Al examinar las cifras más recientes para 2014 sobre la oferta de servicios médicos, se observa que el número de camas por cada mil habitantes en Barranquilla es de 3,2; en contraste con Medellín (2,2), Cartagena y Cali (2,1) y Bogotá (1,6). En cuanto a las salas de cirugía, Barranquilla cuenta con 0,21 salas por cada mil habitantes, en tanto que el mismo indicador para

Cartagena, Medellín y Cali es de 0,12, y para Bogotá es de 0,09. Similar tendencia se presenta en el número de ambulancias<sup>13</sup>.

Otros resultados en infraestructura física en las ciudades de la región Caribe fueron la apertura de 19 centros de salud y 5 centros de atención de segundo nivel en Barranquilla durante 2009; mientras que en Cartagena se abrieron 3 hospitales, 2 centros de atención permanente y una unidad primaria de atención durante 2011 (Orozco, 2014).

Adicional al fortalecimiento de la red hospitalaria en Cartagena, en el cumplimiento del plan de desarrollo “Por una sola Cartagena” para el periodo 2008-2011 se registraron otros avances, como la unificación de los planes de beneficios de salud para toda la población y el progreso de la cobertura del sistema de salud. Por su parte, la implementación del Plan de Emergencia Social Pedro Romero fomentó el acceso a los servicios médicos, tanto de atención, como de prevención, a los ciudadanos en condición de pobreza extrema (Alcaldía Distrital de Cartagena de Indias, s. f.).

Lo anterior indica que el aumento en la satisfacción de los cartageneros, así como la mayor proporción de ciudadanos satisfechos en Barranquilla, en comparación con otras ciudades, podría estar relacionado con los avances en la oferta de los servicios de salud y el desarrollo de planes enfocados en facilitar el acceso de las personas a la atención médica.

Con el fin de explorar si los cambios en percepción durante los últimos cinco años se presentaron en forma generalizada para todos los ciudadanos o tienen comportamientos distintos por estrato, se hizo una tabla de distribución porcentual para cada nivel de satisfacción según el estrato socioeconómico de la persona que respondió la encuesta (cuadros 1 y 2 , y cuadro A2.1 del Anexo 2).

En Bogotá, Cali, y Medellín se observa una reducción en el porcentaje de personas satisfechas en los tres estratos socioeconómicos entre 2008 y 2012. En Bogotá el indicador que presentó mayor deterioro fue el del estrato alto (-22,7 pp). En Cali y Medellín disminuyó con mayor fuerza la proporción de población perteneciente al estrato bajo que está satisfecha, con variaciones de -24,3 pp y -14,7 pp, respectivamente.

En el caso de Barranquilla se encuentra que la leve reducción en la proporción de personas satisfechas no fue generalizada en todos los estratos. Solamente en el estrato medio disminuyó en 7,2 pp el porcentaje de ciudadanos que reportaron satisfacción en 2012. Por su parte, los estratos bajo y alto

---

<sup>13</sup> Cálculos de la autora con base al número de camas, salas de cirugía y ambulancias en cada ciudad reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social (s.f. (a)). La población corresponde a la estimada por el DANE para el año 2014.

registraron un crecimiento en el porcentaje de ciudadanos satisfechos: en el primero el aumento fue de 1,6 pp y en el alto de 3,3 pp.

**CUADRO 1. PERSONAS SATISFECHAS CON EL SERVICIO DE SALUD RECIBIDO SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2008 Y 2012**  
(porcentaje)

CIUDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		RURAL		TOTAL	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Barranquilla	65,2	66,9	68,3	61,1	75,4	78,7	s. d.	s. d.	67,9	65,3
Bogotá	59,6	40,8	63,5	49,2	81,4	58,7	s. d.	s. d.	64,1	47,3
Cali	68,6	44,3	65,4	53,8	79,2	70,0	s. d.	s. d.	68,1	52,2
Cartagena	52,6	58,1	60,2	62,4	62,1	61,9	70,4	56,3	58,8	59,4
Medellín	67,2	52,5	67,0	58,8	68,8	65,0	s. d.	s. d.	67,3	57,4

Nota: los estratos se agregaron de la siguiente forma: estrato bajo (1 y 2), estrato medio (3 y 4), estrato alto (5 y 6).  
s.d.: sin datos.

Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 Y 2012); Cálculos de la autora.

**CUADRO 2. PERSONAS INSATISFECHAS CON EL SERVICIO DE SALUD RECIBIDO SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2008 Y 2012**  
(porcentaje)

CIUDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		RURAL		TOTAL	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Barranquilla	11,9	15,4	10,4	18,5	4,6	10,6	s. d.	s. d.	10,3	16,4
Bogotá	17,5	33,8	13,0	25,7	8,8	23,1	s. d.	s. d.	14,3	28,4
Cali	8,8	28,2	10,4	24,4	9,7	19,1	s. d.	s. d.	9,7	25,2
Cartagena	17,5	15,0	14,3	12,2	0,0	12,7	11,3	21,3	14,1	14,7
Medellín	14,6	25,2	12,3	18,6	10,8	14,6	s. d.	s. d.	12,9	20,4

Nota: los estratos se agregaron de la siguiente forma. Estrato bajo (1 y 2), estrato medio (3 y 4), estrato alto (5 y 6).  
s. d.: sin datos.

Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

En Cartagena, única ciudad que reportó aumento en el número de personas satisfechas con la atención médica, se observa que el incremento ocurrió principalmente en estrato bajo (5,5 pp) y en el medio (2,2 pp), mientras que en el estrato alto se redujo en 0,2 pp. Adicionalmente, en 2008 casi las tres cuartas partes de la población rural entrevistada se sentía satisfecha con el servicio de salud recibido, proporción que superó la cifra de usuarios satisfechos en todos los estratos de la zona urbana. No obstante, en 2012 se observó una disminución de 14,2 pp en el porcentaje de satisfechos, quedando ahora por debajo de la cifra registrada en los niveles socioeconómicos de la zona urbana.

Adicionalmente, se analizó el segmento de personas insatisfechas. Se encuentra que, en los últimos cinco años, la proporción de personas con una percepción desfavorable aumentó en todos los estratos de las ciudades estudiadas, excepto en Cartagena, donde los mismos estratos que aumentan en satisfacción disminuyen en insatisfacción.

En Bogotá (16,2 pp), Cali (19,4 pp) y Medellín (10,7 pp) la proporción de población de estrato bajo fue la que mayor incremento tuvo en la percepción de insatisfacción entre 2008 y 2012. En Barranquilla fue el estrato medio (8,1 pp), mientras que en Cartagena el porcentaje de personas de estrato alto que indicó insatisfacción creció más que en los otros estratos.

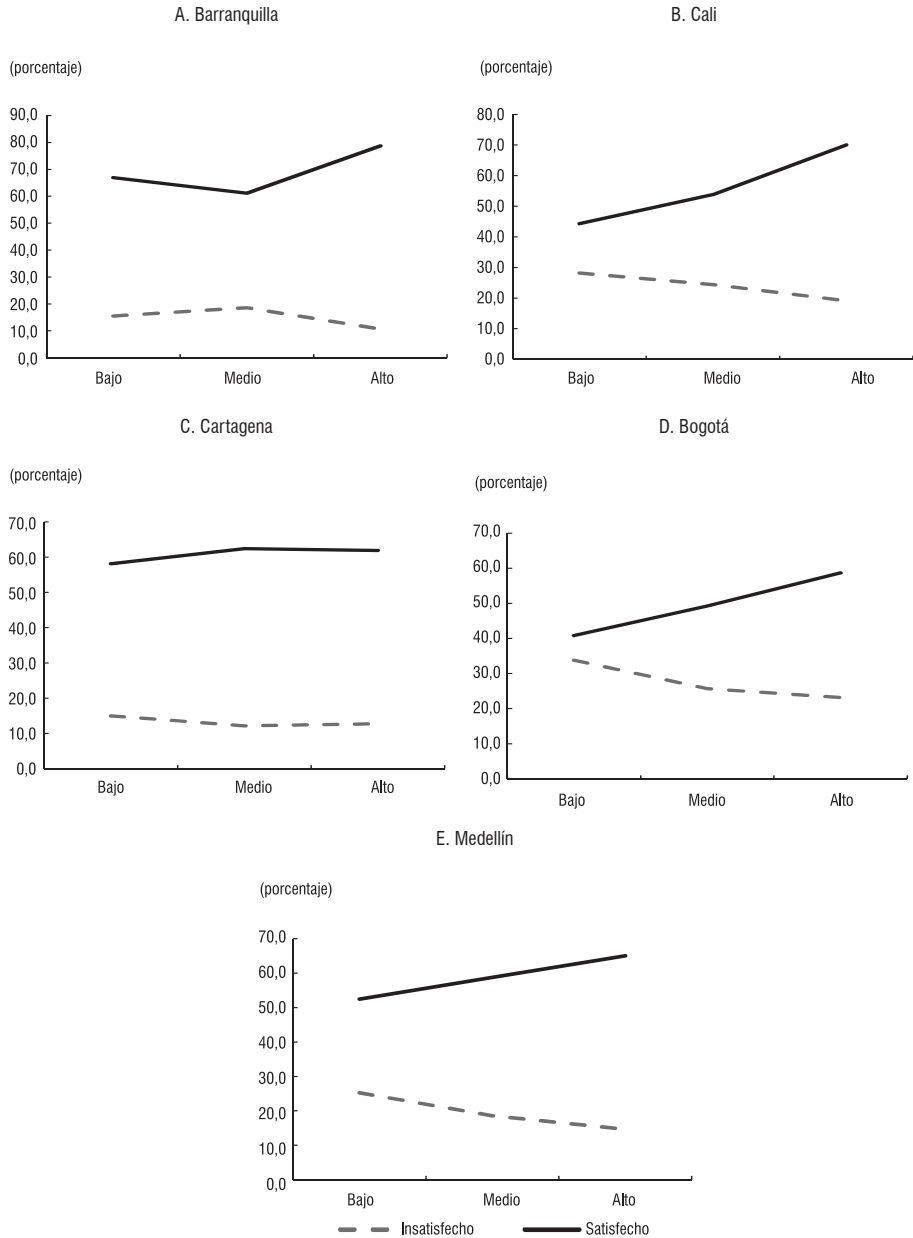
En síntesis, en Bogotá, Cali y Medellín se observa que la reducción en la satisfacción y el aumento en la insatisfacción de los usuarios del servicio médico son generalizadas en todos los estratos, aunque las magnitudes de cambio sean diferentes. Lo contrario ocurrió en Barranquilla y Cartagena, donde se observaron comportamientos distintos entre estratos socioeconómicos: la disminución en la satisfacción estuvo concentrada en el estrato medio en Barranquilla y en el estrato alto en Cartagena. Las diferencias en la satisfacción entre estratos podría ser un indicio de la existencia de desigualdades socioeconómicas en la prestación del servicio médico. Por tanto, aunque estas ciudades hayan reportado favorables indicadores de satisfacción en comparación con el resto, es indispensable expandir los buenos resultados a toda la ciudadanía, teniendo en cuenta que el acceso, oportunidad y calidad del servicio de salud debe ofrecerse por igual en todos los niveles socioeconómicos.

Para el caso de Cartagena, la razón de la reducción en satisfacción para el estrato alto puede estar asociada con lo explicado por Ortiz *et al.* (2004), quienes argumentan que los individuos con mayor ingreso pueden emitir un juicio de valor más riguroso y menos condescendiente.

En esta misma línea, la proporción de personas satisfechas e insatisfechas en cada estrato socioeconómico también permite identificar si existe algún tipo de asociación entre la percepción del servicio y el ingreso. En el Gráfico 6 se observa que a medida que se pasa de un estrato socioeconómico menor a uno mayor el porcentaje de personas satisfechas tiende a aumentar. Es decir, es mayor el porcentaje de personas de estrato alto que están satisfechas que el porcentaje de personas de estrato bajo y medio con esa misma percepción. Lo contrario sucede con la proporción de personas insatisfechas, tiende a disminuir al pasar de un estrato menor a uno mayor. Este comportamiento se presentó en la mayoría de ciudades, a excepción de Cartagena.

Los resultados de este ejercicio para las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Medellín y Cali rechazan preliminarmente la hipótesis de que los individuos con mayores ingresos están inclinados a ser menos condescendientes en su

**GRÁFICO 6. PERSONAS SATISFECHAS E INSATISFECHAS CON EL SERVICIO DE SALUD EN 2012**



Nota: los estratos se agregaron de la siguiente forma. Estrato bajo (1 y 2), estrato medio (3 y 4), estrato alto (5 y 6).  
 Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

opinión y, por tanto, a estar más insatisfechos. De hecho, en un estudio realizado por Pérez (2014) para la ciudad de Barranquilla se encontró que para las personas de menor estrato aumenta la probabilidad de sentirse insatisfecho en comparación con las del estrato más alto. Esto puede ser explicado por una asociación entre la satisfacción y el tipo de servicio que se recibe, si es privado o público, también al régimen de afiliación del usuario y, lógicamente, a la calidad de la atención recibida. No obstante, estas asociaciones no se pueden comprobar con los datos utilizados en este trabajo.

En resumen, los indicadores de resultado muestran que en las ciudades estudiadas existe un buen indicador de utilización del servicio médico (aproximadamente el 95% de las personas que lo necesitan lo utilizan) y que además ha mejorado con el tiempo. Por su parte, en cuanto al grado de satisfacción, se encontró que en todas las ciudades la mayoría de personas están satisfechas con la atención recibida, a pesar de que durante los últimos cinco años el porcentaje de personas que se sienten satisfechas con el servicio de salud se redujo, mientras que se incrementó la proporción que se siente insatisfecha.

Otro resultado por destacar es que en los últimos cinco años Cartagena fue la única ciudad donde aumentó la proporción de habitantes que dicen sentirse satisfechos con el servicio de salud; en contraste, Bogotá y Cali son las ciudades en donde más ha aumentado el porcentaje de personas insatisfechas, haciéndose notorio el detrimento en la percepción del servicio. Adicionalmente, se encontró diferencias en la evolución de la satisfacción entre estratos en las ciudades de Cartagena y Barranquilla, lo que podría evidenciar problemáticas del sistema en niveles socioeconómicos específicos.

### **3.3. BARRERAS DE ACCESO**

Esta sección se concentra en analizar el grupo de personas que no utilizaron el servicio médico a pesar de haberlo requerido. En promedio para las cinco ciudades estudiadas, el porcentaje de población con este comportamiento fue de 4,9% en el año 2012, cifra que disminuyó en 2,3 pp al compararla con la de 2008. Esto indica que hubo una reducción en la presencia de obstáculos para acceder a la atención en salud o barreras de acceso. Al indagar sobre las razones de este comportamiento se puede identificar qué tipo de barreras (oferta o demanda) son las más frecuentes.

Los resultados de las EPC de las cinco ciudades Cómo Vamos incluidas en este estudio se muestran en el Cuadro 3. Se encuentran organizados de acuerdo con la clasificación realizada por Restrepo *et al.* (2006) entre barreras por el lado de la demanda y por el lado de la oferta. En general se observa que las barreras por el lado de la demanda (asociadas con el individuo) son

las que más contribuyen a no usar el servicio médico. No obstante, entre los años 2008 y 2012 se nota un incremento en la importancia de las barreras por el lado de la oferta (atribuidas al funcionamiento del servicio de salud). En cifras, en las ciudades estudiadas el 73,5% de las razones que explicaron el no uso del servicio médico en 2008 estaban relacionadas con barreras por el lado de la demanda, cifra que se redujo al 61,2% en 2012; mientras que el porcentaje que corresponde a las barreras por el lado de la oferta ascendió de 22,6% a 35,9%.

**CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS BARRERAS DE ACCESO POR CIUDAD, 2008 Y 2012**

BARRERAS DE ACCESO	BARRANQUILLA		BOGOTÁ		CALI		CARTAGENA		MEDELLÍN	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Barreras por el lado de la demanda	81,3	54,6	56,6	63,8	84,0	60,0	84,0	69,7	61,5	57,7
El caso era leve	66,7	40,9	41,5	25,5	64,0	20,0	74,0	51,5	30,8	42,3
Falta de dinero	6,3	4,6	11,3	10,6	0,0	14,3	8,0	10,6	7,7	3,9
No confía en los médicos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	5,1	3,9
No está al día en el pago de su servicio	2,1	0,0	0,0	0,0	12,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
No tiene seguro o servicio de salud	0,0	9,1	0,0	19,2	0,0	14,3	0,0	3,0	0,0	0,0
No tuvo tiempo	2,1	0,0	3,8	8,5	8,0	8,6	2,0	4,6	12,8	7,7
Otra	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0
Barreras por el lado de la oferta	16,7	45,5	41,5	36,2	12,0	34,3	12,0	28,8	30,8	34,6
Mal servicio	4,2	4,6	13,2	12,8	8,0	8,6	4,0	9,1	15,4	11,5
Muchos trámites para la cita	10,4	36,4	9,4	17,0	4,0	11,4	0,0	6,1	5,1	7,7
Consultó antes y no le resolvieron el problema	2,1	4,6	5,7	0,0	0,0	2,9	0,0	7,6	0,0	0,0
Demoras / inconvenientes	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
El centro de atención queda lejos	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	5,7	4,0	0,0	2,6	7,7
No lo atendieron	0,0	0,0	7,6	4,3	0,0	0,0	4,0	6,1	7,7	7,7
No tiene carné	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	3,9
No responde	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otra	2,1	0,0	1,9	0,0	0,0	2,9	4,0	1,5	7,7	3,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.

En general, la principal causa de no consulta médica en las ciudades analizadas fue el hecho de que la dolencia o enfermedad era un caso leve. No obstante, después de esta razón, se destacan otras como el mal servicio, la falta de dinero, no contar con servicio médico, etc. Estas tienen diferente intensidad de ocurrencia de acuerdo con la ciudad analizada (Cuadro 3).

Después de señalar que el caso era leve, para 2012 en Medellín el mal servicio fue la principal razón para no utilizar el servicio médico; en Bogotá fue no tener seguro médico; en Cartagena fue la falta de dinero; en Cali comparten la segunda mayor contribución no tener seguro médico y la falta de dinero; mientras en Barranquilla se destacó el número de trámites para la cita. Lo anterior indica que las intervenciones enfocadas a reducir y eliminar las barreras de acceso deberán ser diferenciadas en cada ciudad.

Al observar las variaciones en la frecuencia con que se presenta cada barrera de acceso entre 2008 y 2012, se encontró que la percepción de mal servicio se incrementó en Barranquilla, Cali y Cartagena, mientras que disminuyó en Bogotá y Medellín. Por su parte, los argumentos de no tener seguro médico y muchos trámites para la cita aumentaron en todas las ciudades, en tanto que la falta de dinero incrementó su frecuencia en Cali y Cartagena, y redujo su ocurrencia en Barranquilla, Bogotá y Medellín.

En síntesis, se observa una reducción en las barreras de acceso y un mayor peso de las barreras por el lado de la demanda. No obstante, la contribución de estas últimas al no uso del servicio médico han disminuido, mientras que en los últimos cinco años se presentó un incremento en la importancia de las barreras por el lado de la oferta, lo cual también es un indicador de deterioro en la calidad de los servicios. Adicionalmente, se reconocen diferencias en las barreras de acceso para cada ciudad, siendo la falta de dinero, el mal servicio, no tener seguro médico y muchos trámites para la cita las más comunes.

#### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El acceso al servicio médico es un proceso que no solo trata la entrada del individuo al sistema, sino que, en un sentido más amplio, comprende desde la causa o la necesidad de la atención hasta la prestación del servicio. En este contexto se estudiaron cuatro eslabones de este proceso: 1. Necesidad del servicio médico; 2. Tiempos de espera para la cita; 3. Utilización del sistema, y 4. Satisfacción con el servicio. Adicionalmente, se analizaron las barreras que impidieron el acceso.

El escenario general a 2012 muestra que en las cinco ciudades estudiadas más del 95,0% de la población que requirió atención médica efectivamente

la recibió, que el tiempo promedio de espera para las citas es de uno a cinco días, según la percepción del 38,4% de los ciudadanos, y que el 56,3% de las personas se sienten satisfechas con la atención recibida. Sin embargo, al evaluar la evolución de estos indicadores en los últimos cinco años se evidenció un incremento del número de ciudadanos que percibió mayor tiempo de espera para una cita, una reducción en el porcentaje de personas satisfechas con el servicio de salud y algunas diferencias en la evolución de la satisfacción entre estratos socioeconómicos.

Estos resultados fueron muy similares para las cinco ciudades estudiadas, solamente en el indicador de satisfacción se encontraron notables diferencias. Se destaca el avance en satisfacción en Cartagena y la leve reducción en Barranquilla, en comparación con Medellín, Cali y Bogotá que presentan el mayor retroceso en el porcentaje de personas satisfechas. Sin embargo, los buenos resultados en las ciudades de la región Caribe no fueron generalizados en todos los estratos socioeconómicos.

Por su parte, el indicador de barreras de acceso tuvo una evolución positiva en los últimos cinco años, al señalar una reducción en el porcentaje de ciudadanos que tuvo algún obstáculo para recibir la atención médica. En todas las ciudades menos del 5,0% de los consultados no utilizó el servicio de salud, a pesar de haberlo necesitado. Esta proporción de personas manifestó que la falta de dinero, el mal servicio, no tener seguro médico y muchos trámites para la cita fueron las causas más comunes de no acceder a la atención médica.

Los hallazgos del análisis descriptivo realizado en este trabajo ponen en evidencia, desde la percepción de los ciudadanos, la desfavorable evolución de algunos indicadores de acceso al servicio de salud en las cinco ciudades estudiadas. Las instituciones prestadoras de salud requieren emprender acciones prioritarias en cuanto a la oportunidad de las citas y realizar mayores esfuerzos para frenar el crecimiento de las barreras de acceso por el lado de la oferta, como por ejemplo reducción de trámites para las citas y mejorar la atención a los usuarios.

Por su parte, las autoridades locales y nacionales deberán vigilar con mayor rigurosidad que el proceso de acceso a la atención en salud en todas las ciudades e instituciones prestadoras se esté ofreciendo de manera adecuada, además de incrementar la infraestructura física tanto en cantidad como en calidad. El avance conjunto de las acciones de los prestadores del servicio y las autoridades permitirá efectos positivos en el nivel de satisfacción de los usuarios.

Finalmente, para trabajos futuros se propone indagar sobre los determinantes de la satisfacción, así como los factores que puedan causar las diferencias entre ciudades, temas que no se evaluaron en este trabajo por restricciones

de información, pero que con seguridad permitirán direccionar con mayor especificidad las estrategias a desarrollar para mejorar el acceso a los servicios de salud en Colombia.

## REFERENCIAS

- Aday, L. A.; Andersen, R. (1974). "A Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Service Research*, vol. 9, núm. 3, pp. 208-220.
- Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias (s. f.). "Rendición de cuentas de la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias 2008-2011" [en línea], disponible en: <http://servicios.cartagena.gov.co/rendicioncuentas2012/documentos.jsp>
- Barranquilla Cómo Vamos (2008, 2012). *Encuesta de percepción ciudadana* (2008, 2012), Barranquilla: Microdatos.
- Bogotá Cómo Vamos (2008, 2012). *Encuesta de percepción ciudadana* (2008, 2012), Bogotá, D. C.: Microdatos.
- Cali Cómo Vamos. (2008, 2012). *Encuesta de Percepción Ciudadana* (2008, 2012), Cali: Microdatos.
- Cartagena Cómo Vamos. (2008, 2012). *Encuesta de Percepción Ciudadana* (2008, 2012), Cartagena de Indias: Microdatos.
- Céspedes, J.; Jaramillo, I.; Martínez, R.; Olaya, S.; Reynales, J.; Uribe, Camilo; Castaño, R.; Garzón, E.; Almeida, C.; Travassos, C.; Basto, F.; Angarita, J. (2000). "Efectos de la reforma de la seguridad social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Revista Salud Pública*, vol. 2, núm. 2, pp. 145-164.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 0019 de 2012.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2007). Proyecciones de población 2005-2020. [en línea], disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepola06\\_20/8tablas-vida1985.2020.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepola06_20/8tablas-vida1985.2020.pdf)
- Flórez, C. E.; Soto, V.; Acosta, O.; Karl, C.; Misas, J. D.; Forero, N.; Lopera, C. (2007). "Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano", *Documentos de trabajo*, núm 15, Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes y Universidad del Rosario, Bogotá.
- Gerthman, U. G.; Johannesson, M.; Lundberg, L.; Isacson, D. (1999). "The demand for health: results from new measures of health capital", *European Journal of Political Economy*, vol. 15, pp. 501-521
- Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, núm. 2, The University of Chicago Press, pp. 223-255

- Grossman, M. (1999). “The human capital model of the demand for health”, *Working Paper NBER*, núm. 7078, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
- Grupo de Economía de la Salud (GES, 2005). “Observatorio de la Seguridad Social”, año 4, núm. 11, Medellín.
- Idler, E. L.; Kasl, S. (1991). “Health Perceptions and Survival: Do global evaluations of health status really predict mortality?”, *Journal of Gerontology*, núm. 46, pp. 555-565
- Kaplan, G. A.; Camacho, T. (1983). “Perceived Health and Mortality: A nine-year follow-up of the human population laboratory cohort”, *American Journal of Epidemiology*, núm. 117, pp. 292-304
- Medellín Cómo Vamos. (2008, 2012). *Encuesta de percepción ciudadana* (2008, 2012), Medellín: Microdatos.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2009). Situación de salud en Colombia-indicadores básicos 2009. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Situación de salud en Colombia-indicadores básicos 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.), Registro especial de prestadores de Salud. Disponible en <http://201.234.78.38/habilitacion/>, consultado el 1 de marzo de 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social (s. f. (b)). Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Disponible en [http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/mando\\_ips.aspx?tipo=&anyoInicial=2008](http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/mando_ips.aspx?tipo=&anyoInicial=2008).
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Buenos Aires, OMS.
- Orozco, A. (2014). “El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena”, *Lecturas de Economía*, núm. 80, Medellín, pp. 183-208.
- Ortiz, R. M.; Muñoz, S.; Torres, E. (2004). “Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México”, *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 78, núm. 4, pp. 527-537
- Pérez, J. (2014). “Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria”, *Economía de las grandes ciudades en Colombia: seis estudios de caso*, Luis Armando Galvis, editor, Banco de la República.

- Ramírez, M.; Gallego, J.M.; Sepúlveda, C.E. (2004). “The Determinants of the Health Status in a Developing Country: Results from the Colombian Case”, *Borradores de Investigación*, núm. 41, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Restrepo J.H.; Echeverri, E.; Vásquez, J.; Rodríguez, S. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud*, Colombia, Centro investigaciones económicas Universidad de Antioquia.
- Rodríguez, S. (2010). “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, *trabajo de investigación programa de master de investigación en economía aplicada*, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rodríguez, S.; Roldán, P. (2008). “Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe”, *Revista Economía del Caribe*, núm. 2, pp. 106-129
- Tovar, L.M.; Arias, F. A. (2005). “Determinantes del estado de salud de la población colombiana”, *Documentos de trabajo CIDSE*, núm. 82, Universidad del Valle, Cali.
- Wagstaff, A. (1993). “The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model”, *Econometrics and Health Economics*, vol. 2, pp. 189-198

## ANEXO 1

CUADRO A1.1 FICHAS TÉCNICAS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA

	CARTAGENA	BARRANQUILLA	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN
Persona natural o jurídica que lo realizó	2008-2012: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Concejo Nacional Electoral.	2008-2012: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Concejo Nacional Electoral.	2008-2012: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Concejo Nacional Electoral.	2008-2012: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Concejo Nacional Electoral.	2008-2012: Ipsos Napoleón Franco, inscrito ante el Concejo Nacional Electoral.
Encomendado y financiado por	2008-2012: Proyecto Cartagena Cómo Vamos	2008-2012: Proyecto Barranquilla Cómo Vamos	2008-2012: Proyecto Bogotá Cómo Vamos	2008-2012: Programa Cali Cómo Vamos	2008-2012: Proyecto Medellín Cómo Vamos
Grupo objetivo	2008-2012: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3), y bajo (estrato 2 y 1) y rural, residentes en Cartagena, en cada una de las cuatro zonas en que se divide la ciudad.	2008-2012: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Barranquilla, en cada una de las cinco localidades en que se divide la ciudad.	2008-2012: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Bogotá, en cada una de las seis zonas en que se divide la ciudad.	2008-2012: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Cali, en cada una de las cinco zonas en que se divide la ciudad.	2008-2012: hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos-NSE- alto (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Medellín, en cada una de las seis zonas en que se divide la ciudad.
Tamaño de la muestra	2008: 1.000 encuestas. 2012: 1.001 encuestas.	2008: 1.205 encuestas. 2012: 1.209 encuestas.	2008: 1.506 encuestas. 2012: 1.500 encuestas.	2008: 1.200 encuestas. 2012: 1.208 encuestas.	2008: 1.516 encuestas. 2012: 1.525 encuestas.

**CUADRO A1.1 (CONTINUACIÓN) FICHAS TÉCNICAS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA**

	CARTAGENA	BARRANQUILLA	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN
Tema o temas a los que se refiere	2008 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo de Judith Pinedo. 2012 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo del alcalde Campo Elias Terán Dix	2008 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo de Alejandro Char Chaljub. 2012: indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción así como las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo distrital candidatos o personajes por los que se indagó: Elsa Noguera, alcaldesa de Barranquilla.	2008 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del programa de gobierno de Samuel Moreno. 2012: indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción así como las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo del alcalde Gustavo Petro.	2008 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del programa de gobierno de Jorge Iván Ospina. 2012: indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del programa de gobierno de Rodrigo Guerrero.	2008 :indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción, las opiniones sobre el cumplimiento de los puntos básicos del plan de desarrollo de Alonso Salazar. 2012 : indicadores del clima de opinión en la ciudad; opinión de la ciudadanía sobre el rumbo de las cosas en la ciudad; identificar indicadores clave que permitan medir los niveles de satisfacción. Cumplimiento del plan de gobierno del alcalde Anibal Gaviria.
Técnica de recolección de datos	2008 y 2012: entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 y 2012: entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 y 2012: entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 y 2012: entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 y 2012: entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.

**CUADRO A1.1 (CONTINUACIÓN) FICHAS TÉCNICAS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA**

	CARTAGENA	BARRANQUILLA	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN
Tipo de la muestra	2008: muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares.  2012: muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas, a partir de la información del último censo de población y vivienda de 2005 con sus correspondientes proyecciones a 2012.	2008 : muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares. El marco muestral utilizado fue el censo de población del DANE de 1993, con sus proyecciones al año 2005. 2012: muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas, a partir de la información del último censo de población y vivienda de 2005 con sus correspondientes proyecciones a 2012.	2008: probabilidad, muestreo polietápico en hogares. 2012: muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas a partir de la información del último censo de población y vivienda de 2005 con sus correspondientes proyecciones a 2012.	2008 : Probabilidad, muestreo polietápico en hogares. 2012: muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas a partir de la información del último censo de población y vivienda de 2005 con sus correspondientes proyecciones a 2011.	2008: muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares. 2012: muestreo estratificado, multietápico. Marco de áreas cartográfico con la conglomeración de hogares en secciones cartográficas a partir de la información del último censo de población y vivienda de 2005 con sus correspondientes proyecciones a 2012.
Preguntas concretas que se formularon	2008 y 2012: ver cuestionario	2008 y 2012: ver cuestionario	2008 y 2012: ver cuestionario	2008 y 2012: ver cuestionario	2008 y 2012: ver cuestionario
Personajes por los que se indagó	2008: Judith Pinedo 2012: Campo Elías Terán Dix	2008: Alejandro Char Chaljud 2012: Elsa Noguera	2008: Samuel Moreno 2012: Gustavo Petro	2008: Jorge Iván Ospina 2012: Rodrigo Guerrero	2008 : Alonso Salazar 2012 : Anibal Gaviria
Fecha de realización campo	2008: del 28 de junio al 10 de julio 2012: del 21 de julio al 21 de agosto.	2008: del 10 al 22 de julio 2012: del 12 al 27 de octubre	2008: del 20 de junio al 16 de julio 2012: del 4 al 25 de agosto	2008: del 12 al 25 de julio 2012: del 6 de octubre al 5 de noviembre	2008: del 9 al 28 de julio 2012: del 12 al 29 de julio
Margen de error observado	2008: 3,23% +/- con 95% de confianza 2012: 3,2% para el total de la muestra, con 95% de confianza	2008: error máximo permisible +/- 2,94% con 95% de confiabilidad 2012: 2,8% para el total de la muestra, con 95% de confiabilidad	2008: 2,58% +/- con 95% de confianza 2012: 3,5% para el total de la muestra, con 95% de confianza	2008: 2,94% para fenómenos con 50% de probabilidad de ocurrencia 2012: 2,8%	2008: 2,61% +/- con 95% de confianza 2012: 2,5% para el total de la muestra, con 95% de confianza
Área/ Cubrimiento	2008 y 2012: Cartagena, 15 unidades de gobierno, agrupadas en 4 zonas, incluye área rural.	2008 y 2009: Barranquilla 2012: Barranquilla, 5 localidades	2008 y 2011: Bogotá, 19 localidades urbanas, agrupadas en 6 zonas	2008 y 2012: Cali, 22 comunas, agrupadas en 5 zonas.	2008 y 2012: Medellín, 16 comunas urbanas, agrupadas en 6 zonas.

### CUADRO A1.1 (CONTINUACIÓN) FICHAS TÉCNICAS DE LAS ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN CIUDADANA

	CARTAGENA	BARRANQUILLA	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN
<b>Socios en cada ciudad</b>	Andí Seccional Bolívar, Cámara de Comercio de Cartagena, Comfamiliar, El Universal, Funcicar, Universidad Tecnológica de Bolívar, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona.	Cámara de Comercio de Barranquilla, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, El Heraldo, Fundación Corona, Fundación Promigas, Universidad del Norte	Fundación Corona, Casa Editorial El Tiempo, Universidad Javeriana, Cámara de Comercio de Bogotá.	Fundación AlvarAlice, Cámara de comercio de Cali, El País S.A., Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá, Casa Editorial El Tiempo, Universidad Autónoma de Occidente	Proantioquia, El Colombiano, Universidad EAFIT, Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, Comfama, Comfenalco, Casa Editorial El Tiempo, Cámara de Comercio de Bogotá, Fundación Corona,

Fuente: Programas Cómo Vamos –ciudades correspondientes.

**ANEXO 2****CUADRO A2.1 PERSONAS NI SATISFECHAS NI INSATISFECHAS CON EL SERVICIO DE SALUD RECIBIDO SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO, 2008 Y 2012**  
(porcentaje)

CIUDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		RURAL		TOTAL	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Barranquilla	22,9	17,7	21,3	20,4	20,0	10,6	s. d.	s. d.	21,8	18,3
Bogotá	22,8	25,4	23,4	25,1	9,8	18,2	s. d.	s. d.	21,6	24,4
Cali	22,6	27,6	24,2	21,8	11,1	10,9	s. d.	s. d.	22,2	22,6
Cartagena	29,8	26,9	25,5	25,4	37,9	25,4	18,3	22,5	27,1	25,8
Medellín	18,3	22,3	20,7	22,7	20,4	20,3	s. d.	s. d.	19,8	22,2

s. d.: sin información.

Fuente: programas Cómo Vamos de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín (EPC, 2008 y 2012); cálculos de la autora.