

**Acceso a los servicios de salud  
en las principales ciudades  
colombianas (2008-2012)**

Por: Yuri Carolina Reina A.

Núm. 200  
Marzo, 2014



Documentos de trabajo sobre  
**ECONOMÍA REGIONAL**



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República - Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

## **Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012) \***

**Yuri Carolina Reina A. \*\***

---

\*La autora agradece los comentarios y sugerencias de Jaime Bonet, Karelys Guzmán y Andrés Sánchez. Se agradece especialmente a los coordinadores de los programas Cómo Vamos y sus socios en todo el país por el suministro de la información para desarrollar este trabajo. Las interpretaciones realizadas en este documento no comprometen a los programas Cómo Vamos ni a sus socios.

\*\*Profesional del Centro Regional de Estudios Económicos, Banco de la República sucursal Cartagena. Los comentarios y sugerencias a este documento pueden ser enviados al correo electrónico [yreinaar@banrep.gov.co](mailto:yreinaar@banrep.gov.co)

# Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)

## Resumen

Este trabajo estudia cuatro elementos del acceso a los servicios de salud en cinco ciudades de Colombia: 1. Necesidad del servicio médico, 2. Tiempos de espera para la cita, 3. Utilización del sistema y 4. Satisfacción con el servicio. El análisis se hace a partir de los datos de las Encuestas de Percepción Ciudadana de los Programas *Cómo Vamos*. Los resultados muestran que la mayoría de personas percibe que el tiempo entre la solicitud de la cita y la atención es de uno a cinco días; sin embargo, cada vez más personas consideran que los tiempos de espera han aumentado. Así mismo, el porcentaje de personas que se sienten satisfechas con el servicio se ha reducido, siendo las ciudades de Barranquilla y Cartagena las que registraron mayor población satisfecha. Finalmente, se encuentran diferencias en las barreras de acceso para cada ciudad, siendo las más comunes la falta de dinero y el mal servicio.

**Palabras clave:** Acceso, percepción, salud.

**Clasificación JEL:** I10, I18, P46.

## Abstract

This paper studies four elements of access to health services in five Colombian cities: 1. Need of medical services, 2. Waiting times for an appointment 3. Use of health services, and 4. Degree of satisfaction with the health services. The analysis is based on data from Citizen Perception Surveys coming from the *Cómo Vamos* Programs. The results showed that most of the people perceive that the time between the request for the appointment and the attention is from one to five days, but more people feel that waiting times have increased. Also the proportion of people who are satisfied with the service has been going down. The cities of Barranquilla and Cartagena recorded more satisfied population. Finally, the access barriers in all cities are different between each other. The most common barriers are the lack of money and poor quality of the services.

**Key words:** Access, perception, health.

**JEL classification:** I10, I18, P46.

## 1. Introducción

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 consecuencia del mismo. 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 (GES, 2005).

El entendimiento de la relación entre salud y desarrollo ha generado la búsqueda de herramientas 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 lo tanto, una buena política debe contemplar acciones en diferentes sectores. En general, se entiende que la salud puede ser afectada 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, a través de medidas que evalúan el estado y evolución del acceso al servicio de salud, teniendo en cuenta que es allí donde se da 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 (OMS, 2009).

El acceso al sistema de salud es un proceso en donde existen varios eslabones y todos ellos pueden ser objeto de análisis, desde la motivación que tienen las

---

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

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, que 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. En ese orden, aunque el aseguramiento es un instrumento que busca que todos los individuos tengan entrada al servicio de salud, no garantiza la utilización final del mismo. 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 dar 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 la utilización 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, p.20).

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% indicaron 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 trabajo es evaluar el estado y evolución del acceso al servicio de salud en cinco ciudades colombianas entre los años 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 anteriormente está en los datos y el enfoque geográfico 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 (2013) que realizó estimaciones para las ciudades de 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 con el tiempo<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 utilizaron resultados de encuestas que indagan a las personas sobre

---

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

<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.

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.

Este documento se divide en cinco secciones. La segunda contiene el referente teórico a través del cual se examinarán los resultados. La tercera parte hace una breve descripción de los programas *Cómo Vamos*, mientras que la cuarta sección muestra y analiza los resultados. Finalmente, la quinta parte concluye los principales hallazgos del trabajo.

## **2. ¿Cómo puede medirse el acceso al servicio de salud?**

Aday y Andersen (1974) construyeron un nutrido marco teórico para el estudio del acceso al servicio de salud, lo que les permitió encontrar indicadores empíricos para su medición. Los autores identificaron dos líneas 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. El segundo grupo mide el acceso a través de indicadores relacionados con las tasas de utilización o puntajes de satisfacción de los individuos con el servicio, los cuales están más vinculados con el paso de las personas por el sistema (Aday y Andersen, 1974, p. 209).

A partir de esto, Aday y Andersen (1974) concluyen que el acceso no puede limitarse solamente a la disponibilidad de recursos financieros o humanos que posee el sistema para la atención, sino que se deben tener en cuenta las características de los servicios y de los consumidores y la disposición de estos hacia la atención. En este contexto, los autores plantean un esquema para el estudio del acceso identificando cinco componentes que se interrelacionan entre sí: 1. La política de salud, siendo ésta 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 en riesgo, 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 han estado en contacto con el mismo.

De este esquema, Aday y Andersen (1974) proponen dos tipos de indicadores que pueden medir el acceso. El primer grupo “indicadores de proceso” reúne las variables que pueden medir características del sistema y de la población en riesgo (segundo y tercer componente), como por ejemplo: número de médicos, número de camas de hospital y ambulancias, también 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 salida” que 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 documento toma como referencia los dos grupos de indicadores propuestos por Aday y Andersen (1974) para realizar el análisis de los resultados.

### **3. Programas Cómo Vamos y las Encuestas de Percepción Ciudadana**

Los programas Cómo Vamos, presentes en diez ciudades del país, tienen como función hacerle seguimiento y evaluación a los cambios en la calidad de vida. Entre sus objetivos están promover un ciudadano más informado y participativo, promover 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 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. Desde 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 desarrolladas por los programas Cómo Vamos. Estas encuestas proveen 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 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 la red: Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín<sup>7</sup>.

---

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

<sup>5</sup> Para mayor información acerca de los socios de cada programa Cómo Vamos en las diferentes ciudades ver la ficha técnica de las encuestas en los anexos.

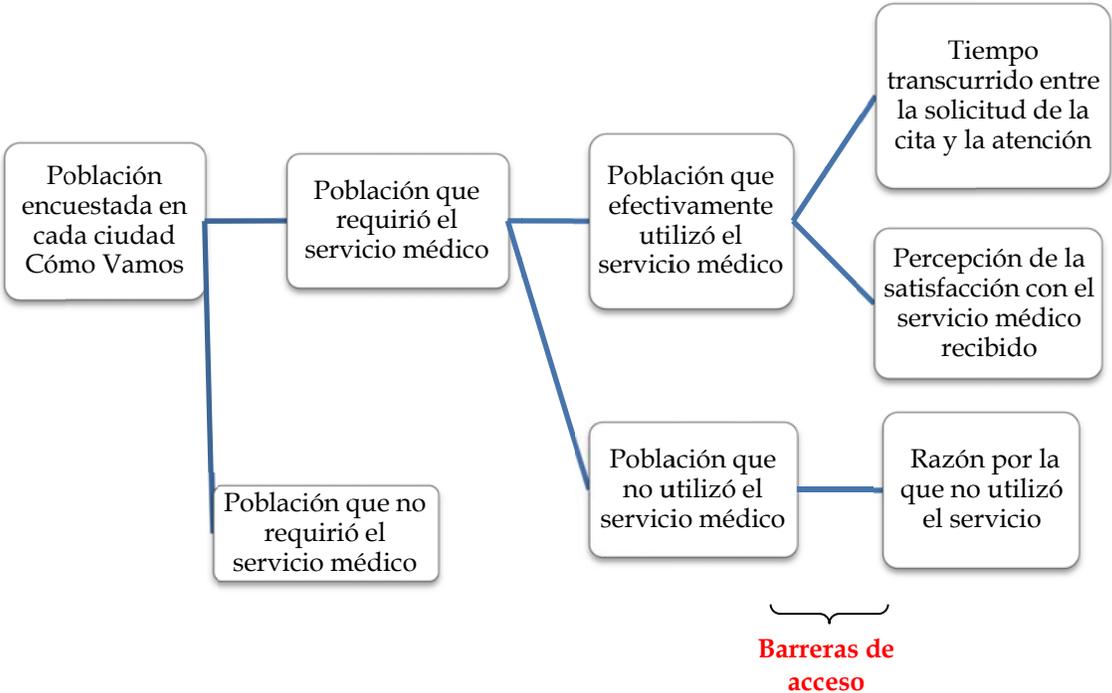
<sup>6</sup> Para ver los detalles de las encuestas en cada ciudad ver la ficha técnica presentada en los anexos.

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

La Figura 1 muestra un esquema general de la sección de salud incluida en todas las Encuestas de Percepción Ciudadana, a través del 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 el 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 con la misma. Por otra parte, para el grupo de personas que no utilizó el servicio se estudiarán las razones de este comportamiento (barreras de acceso).

**Figura 1.**  
**Esquema de la sección de salud en las Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos.**



Fuente: Realizado por la autora con base en los formularios de las Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos (2008 - 2012).

#### **4. Estado y avance del acceso al servicio médico.**

A continuación se analizarán algunos de los resultados de la sección de salud de las Encuestas de Percepción Ciudadana en cinco ciudades del país, a la luz 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. Como indicadores de salida, se estudiará la proporción de personas que efectivamente utilizaron el servicio y la satisfacción con la atención recibida. Adicionalmente, se identificarán las barreras de acceso que se presentan con mayor frecuencia. 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.

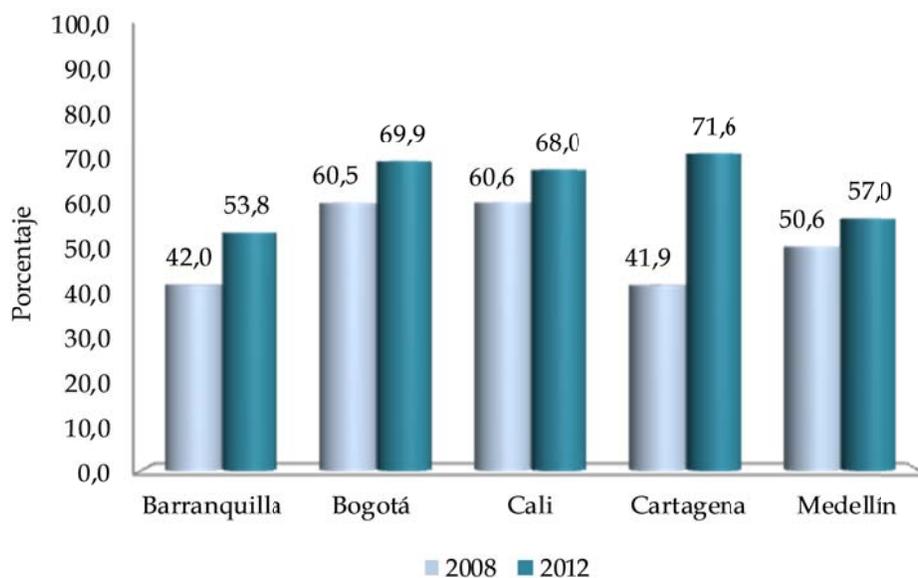
##### **4.1. Indicadores de proceso**

###### **4.1.1. 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 el servicio médico. Cartagena, Bogotá y Cali, en su orden, fueron las ciudades con mayor proporción de personas que afirmaron haber necesitado algún servicio de salud. 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 dieron en las ciudades de Cartagena (29,7 pp) y Barranquilla (11,8 pp).

**Grafico 1.**  
**Porcentaje de personas que requirieron servicios de salud**



Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

Este crecimiento en la necesidad del servicio puede estar asociado a una mayor incidencia de enfermedades<sup>8</sup>. Algunas cifras para Cartagena, Barranquilla y Bogotá, muestran crecimiento en la ocurrencia de enfermedades inmunoprevenibles entre 2008 y 2011<sup>9</sup>. 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 por cien mil habitantes, y la hepatitis B registró 25 casos en 2011 mientras que no hubo ninguno en 2008<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Cabe aclarar que una parte del incremento en la necesidad de la atención médica, observado a través de estos resultados, puede estar determinado por un cambio en la pregunta realizada. Las encuestas en 2008 indagaron acerca de la necesidad de atención en los seis meses anteriores a la encuesta, mientras que la misma pregunta en 2012 hace referencia al último año.

<sup>9</sup> Último dato disponible

<sup>10</sup> Cifras tomadas del Ministerio de Protección Social. Situación de salud en Colombia - Indicadores básicos 2009 y 2012.

Para Barranquilla, el incremento en la incidencia de enfermedades estuvo determinado por el aumento de la rubeola (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 dieron en 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)<sup>11</sup>.

#### **4.1.2. 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>12</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 cinco días, para el 13,0% entre seis y diez 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>13</sup>. No obstante la mayor concentración en el tiempo más corto, llama la atención que, al extraer de la muestra los eventos de atención inmediata por caso de urgencia, la segunda opción con mayor participación es la de más de 30 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%).

---

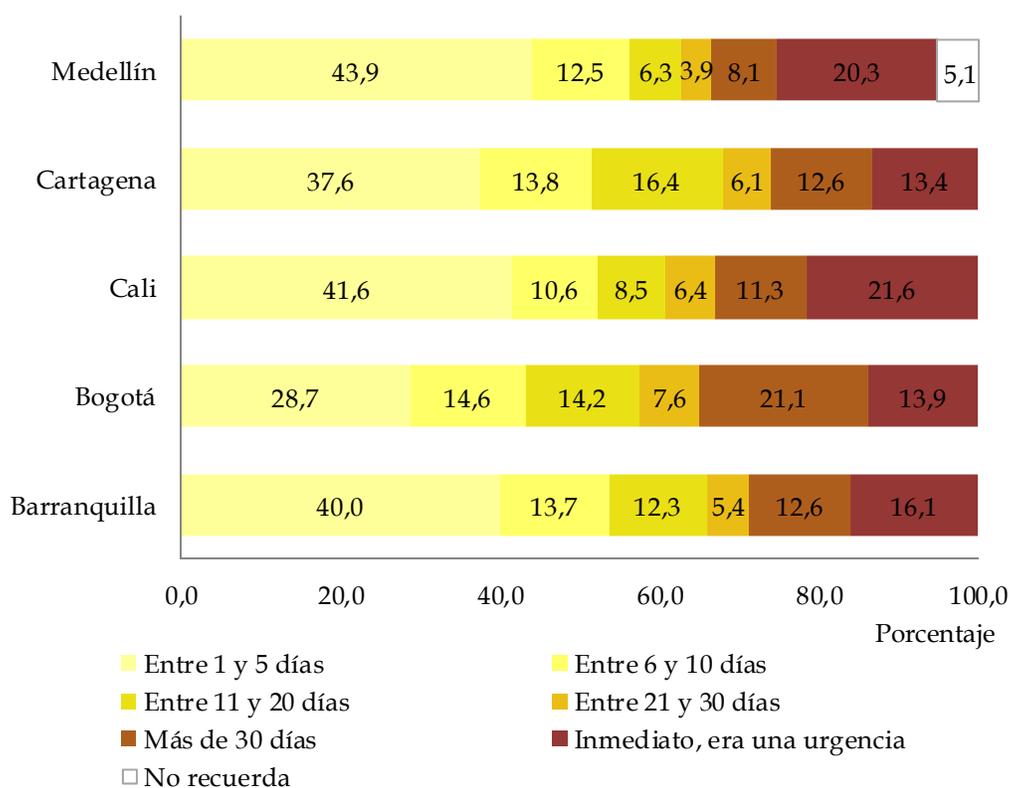
<sup>11</sup> Cifras tomadas del Ministerio de Protección Social. Situación de salud en Colombia - Indicadores básicos 2009 y 2012.

<sup>12</sup> El análisis de tiempo de espera reúne todo tipo de citas, dado que en la pregunta referente a este tema dentro de las Encuestas de Percepción de los programas Cómo Vamos no se considera la diferencia entre cita de medicina general y de especialista.

<sup>13</sup> El 1,0% restante corresponde a las personas en la categoría "no recuerda".

Por su parte, Medellín, Cali y Barranquilla son las ciudades donde una mayor proporción de personas (más del 40%) indicaron 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, en Bogotá el sistema de salud tarda más en la asignación de citas, en comparación con ciudades como Medellín, Cali y Barranquilla.

**Gráfico 2.**  
**Distribución porcentual según el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y el servicio, 2012.**



Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana: Barranquilla Cómo Vamos (2012); Bogotá Cómo Vamos (2012); Cali Cómo Vamos (2012); Cartagena Cómo Vamos (2012); Medellín Cómo Vamos (2012). Cálculos de la autora.

Con el fin de evaluar la evolución de los tiempos de espera para la cita se compararon los resultados de las Encuestas de Percepción 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 han aumentado. Esta percepción que tienen los usuarios es confirmada por las estadísticas reportadas por los prestadores del servicio. Según indicadores del Ministerio de Protección Social, entre 2008 y 2011 hubo un leve incremento en el número de días transcurridos entre la 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>14</sup>.

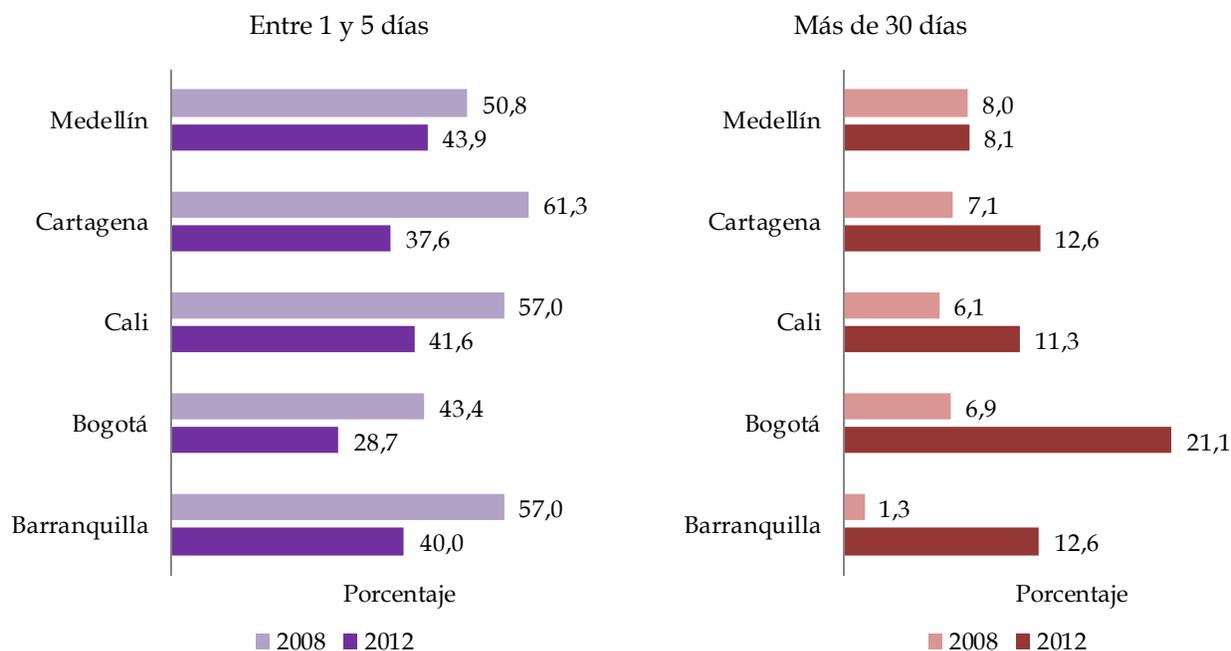
En promedio, durante 2008 el 53,9% de la población afirmó que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención era de uno a cinco días. Este porcentaje disminuyó a 38,4% en 2012. Por el contrario, la proporción de personas que indicaron que entre la solicitud de la cita y el servicio médico había un lapso superior a 30 días, aumentó de 5,9% en 2008 a 13,1% en 2012. Este comportamiento también se hace evidente al analizar particularmente cada ciudad.

En el Gráfico 3 se observa que en las ciudades de 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 personas que 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.

---

<sup>14</sup> La comparación del indicador de oportunidad en la asignación de citas se hace tomando los datos del primer semestre de cada año. Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud - Ministerio de la Protección Social.

**Gráfico 3.**  
**Distribución porcentual según el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y el servicio (2008 y 2012)**



Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

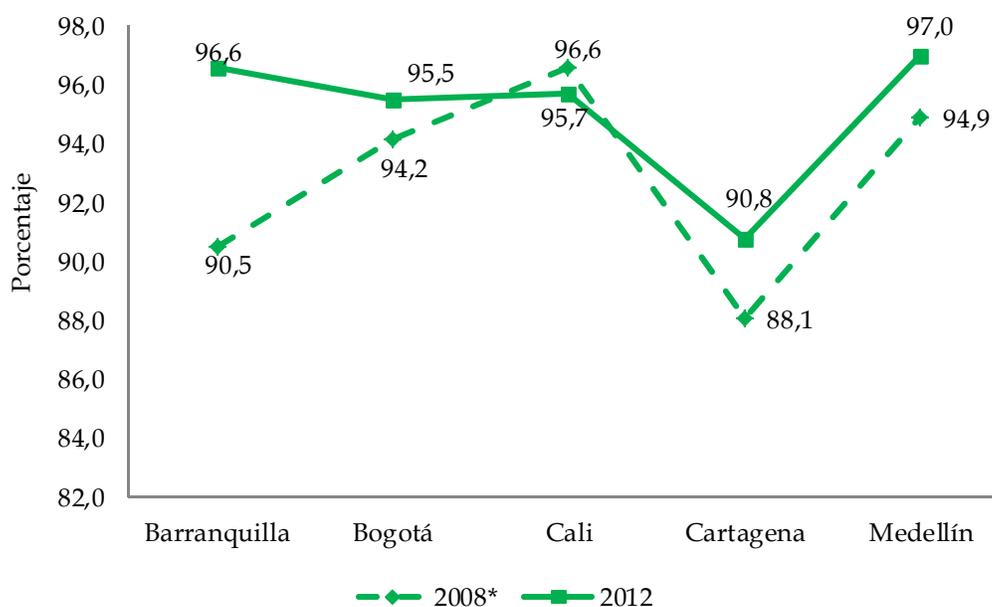
En síntesis para los indicadores de proceso, acorde a los resultados de las Encuestas de Percepción Ciudadana, entre 2008 y 2012 hubo un incremento de las personas que necesitaron acudir al servicio médico. Así mismo, entre las personas que efectivamente utilizaron el servicio, la mayoría percibe que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención es de uno a cinco días, no obstante cada vez más personas, indistintamente de la ciudad, perciben que los tiempos de espera para una cita han aumentado. Lo anterior llama la atención teniendo en cuenta que según el artículo 123 del decreto 0019 de 2012, conocido como “Ley anti-tramites”, 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.

## 4.2. Indicadores de salida

### 4.2.1. Personas que utilizaron el servicio médico

Como se observó en la Figura 1, de la población que tuvo necesidad de atención médica, es decir que presentó alguna enfermedad o dolencia, una proporción efectivamente acudió al servicio de salud y el resto no lo hizo. Acorde a los resultados de las Encuestas de Percepción Ciudadana en 2012, el 95,1% de las personas que lo requirieron recibieron atención en salud. Entre las ocho 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.

**Grafico 4.**  
**Porcentaje de personas que efectivamente utilizaron el servicio de salud.**



Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

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 Medellín con 2,1 pp. En Bogotá el avance fue de 1,3 pp. Por su parte, Cali fue la única ciudad que registró descenso de 0,8 pp (Gráfico 4).

#### **4.2.2. 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 aisladas que haya enfrentado (Ortiz, *et al.* 2004; Pérez, 2013).

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, p. 534).

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 de personas están satisfechas 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 las personas encuestadas dijeron haberse sentido satisfechas (algo o muy satisfechas), 21,0% se sintieron insatisfechos (algo o muy insatisfechos) y 22,7% ni satisfecho ni insatisfecho. Estas magnitudes varían de acuerdo a 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 personas insatisfechas 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 Encuestas de Percepción Ciudadana con las cifras reportadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) al Ministerio de 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<sup>15</sup>. Esto evidencia un claro desajuste en las cifras, según la fuente (prestador o usuario).

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).

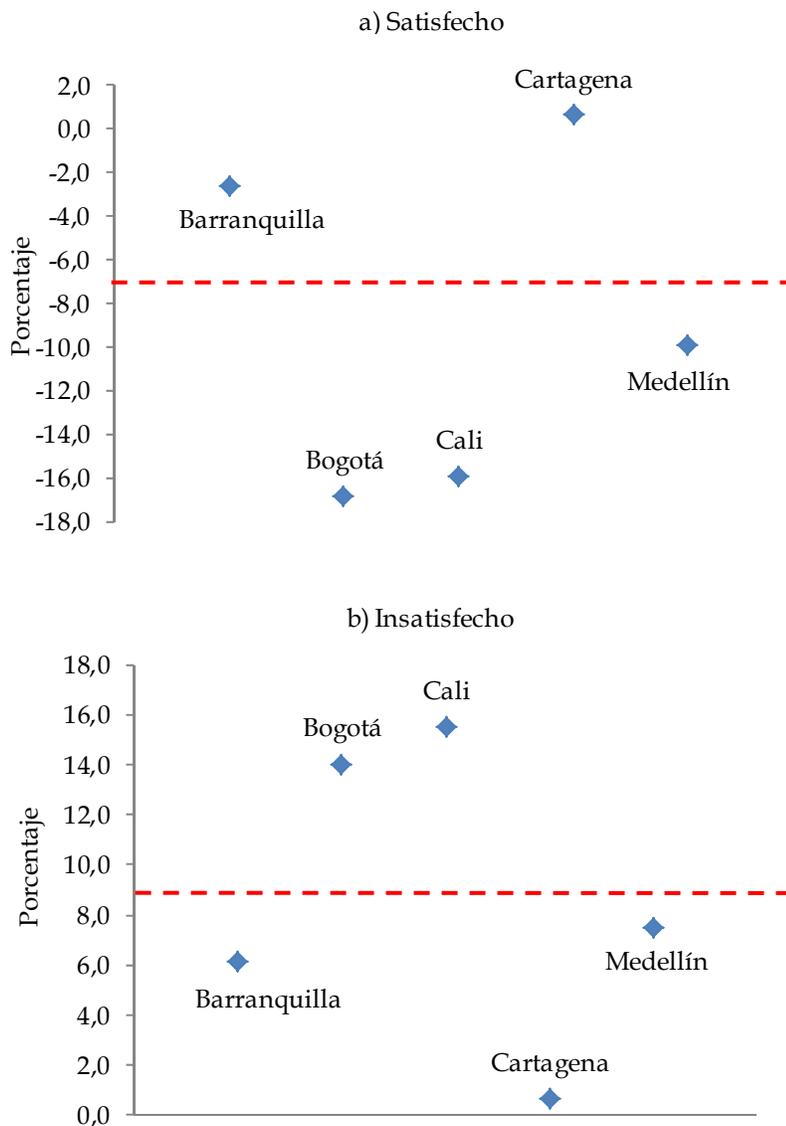
En el resto de ciudades se redujo esta proporción, siendo la más baja la registrada en Barranquilla (-2,6 pp). Por su parte, Medellín (-9,9 pp), Cali (-15,9 pp) y Bogotá (-16,9 pp) reflejaron un deterioro en la percepción de satisfacción mayor que el promedio de variación para las cinco ciudades estudiadas.

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), 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.

---

<sup>15</sup> Observatorio de Calidad de la Atención en Salud - Ministerio de Protección Social. [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). Fecha de consulta: 01/03/2014

**Gráfico 5.**  
**Variación porcentual en la satisfacción con el servicio de salud entre 2008 y 2012**



Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

Este ejercicio deja tres puntos a 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.

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 que Cartagena muestra indicadores superiores a los de Bogotá y similares a los de Medellín y Cali.

Al examinar las cifras más recientes para el 2014 sobre la oferta de servicios médicos, se observa que el número de camas por cada mil habitantes en Barranquilla es de 3,2; 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>16</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, 2013 p. 197).

---

<sup>16</sup> Cálculos de la autora con base al número de camas, salas de cirugía y ambulancias en cada ciudad reportada por el Registro Especial de Prestadores de Salud – Ministerio de Salud y Protección Social. <http://201.234.78.38/habilitacion/> consultado el 1 de marzo de 2014. La población corresponde a la estimada por el DANE para el año 2014.

Adicional al fortalecimiento de la red hospitalaria en Cartagena, en el marco de cumplimiento del Plan de Desarrollo “Por una sola Cartagena” para el periodo 2008-2011, se dieron 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<sup>17</sup>.

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 (Cuadro 1 y 2 , y Anexo 2).

En las ciudades de 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.

---

<sup>17</sup> Presentación de rendición de cuentas de la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias 2008-2011. Disponible en: <http://servicios.cartagena.gov.co/rendicioncuentas2012/documentos.jsp>

**Cuadro 1.**  
**Porcentaje de personas satisfechas con el servicio de salud recibido según estrato socioeconómico**

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	-	-	67,9	65,3
Bogotá	59,6	40,8	63,5	49,2	81,4	58,7	-	-	64,1	47,3
Cali	68,6	44,3	65,4	53,8	79,2	70,0	-	-	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	-	-	67,3	57,4

- Indefinido

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: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

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

En Cartagena, única ciudad que reportó aumento en el número de personas satisfechas con la atención médica, se observa que el incremento se dio principalmente en estrato bajo (5,5 pp) y en estrato 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.

**Cuadro 2.**  
**Porcentaje de personas insatisfechas con el servicio de salud recibido según el estrato socioeconómico**

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	-	-	10,3	16,4
Bogotá	17,5	33,8	13,0	25,7	8,8	23,1	-	-	14,3	28,4
Cali	8,8	28,2	10,4	24,4	9,7	19,1	-	-	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	-	-	12,9	20,4

-Indefinido

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: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

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.

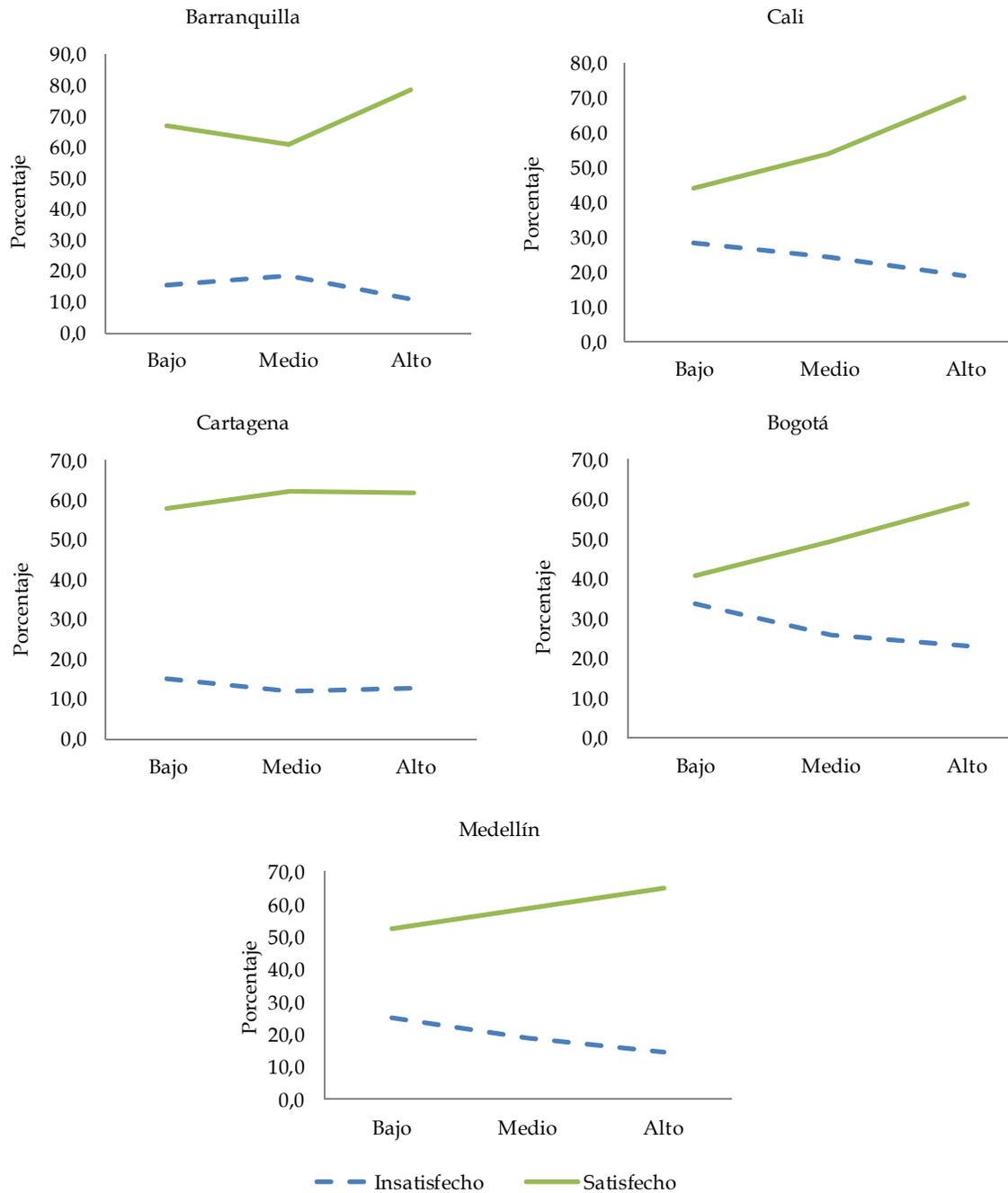
En síntesis, en Bogotá, Cali y Medellín, se observa que la reducción en la satisfacción y el aumento en la insatisfacción de los usuarios del servicio médico son generalizadas en todos los estratos, aunque las magnitudes de cambio sean diferentes. Lo contrario ocurrió en Barranquilla y Cartagena donde 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 lo 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 darse por igual en todos los niveles socioeconómicos.

Adicionalmente, para el caso de Cartagena, la razón de la reducción en satisfacción para el estrato alto puede estar asociada a lo explicado por Ortiz, *et al.* (2004), quien argumenta 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.

**Gráfico 6.**  
**Porcentaje de 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: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora

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 opinión y por tanto a estar más insatisfechos. De hecho, en un estudio realizado por Pérez (2013) 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 salida 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 en 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.

### 4.3. 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 que tipo de barreras (oferta o demanda) son las más frecuentes.

Los resultados de las Encuestas de Percepción Ciudadana de las cinco ciudades Cómo Vamos incluidas en este estudio se muestran en el Cuadro 3. Se encuentran organizados de acuerdo a la clasificación realizada por Restrepo *et al.* (2007) entre barreras del lado de la demanda y las del lado de la oferta. En general se observa que las barreras del lado de la demanda (asociadas al individuo) son las que más contribuyen al no uso del servicio médico. No obstante, entre los años 2008 y 2012, se denota un incremento en la importancia de las barreras del 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 del lado de la demanda, cifra que se redujo al 61,2% en 2012; mientras que el porcentaje que corresponde a las barreras del lado de la oferta ascendió de 22,6% a 35,9%.

En general, la principal causa de no consulta médica en las ciudades analizadas fue la percepción 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.; las cuales tienen diferente intensidad de ocurrencia de acuerdo a la ciudad analizada (Cuadro 3).

**Cuadro 3.**  
**Distribución porcentual de las barreras de entrada por ciudad.**

Barreras de acceso	Barranquilla		Bogotá		Cali		Cartagena		Medellín	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
<i>Barreras del lado de la demanda</i>	81,2	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
Fueron a campañas de salud	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fueron a un médico particular	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0
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
<i>Barreras del lado de la oferta</i>	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>									

Fuente: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

Para el 2012, en Medellín, la percepción del mal servicio fue la principal razón para no utilizar el servicio médico después del caso leve. 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 que 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 las ciudades de 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 que las barreras del lado de la demanda son las que más contribuyen al no uso del servicio médico, aunque en los últimos cinco años se presentó un incremento en la importancia de las barreras del lado de la oferta. 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.

## **5. Conclusiones y recomendaciones**

El acceso al servicio médico es un proceso que no solo denota 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 al 2012 muestra que en las cinco ciudades estudiadas más del 95,0% de la población que requirió atención medica efectivamente la recibió, que el tiempo promedio de espera para las citas es de uno a cinco días, según la precepción 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 señalando 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 ciudadanos 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 acceso 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 del 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 respectivas tanto a nivel local como nacional deberán vigilar con mayor rigurosidad que el proceso de acceso a la atención en salud en todas las ciudades e instituciones prestadoras se esté dando 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 acerca de 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 bibliográficas

Aday, L.A; Endersen, 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. Rendición de cuentas de la Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias 2008-2011. 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. Proyecciones de población 2005-2020.

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 (2005). Observatorio de la Seguridad Social, año 4, núm 11, Medellín.
- Idler, E.L. y 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. y 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 Protección Social (2009). Situación de Salud en Colombia - Indicadores Básicos 2009. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
- Ministerio de Protección Social (2012). Situación de Salud en Colombia - Indicadores Básicos 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/INDICADORESBASICOSSP.aspx>
- Ministerio de Protección Social (s.f). "Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud". *Cómo va la protección social, Informativo de seguimiento y evaluación*.
- Ministerio de Protección Social. 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).
- Ministerio de Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud. Disponible en <http://201.234.78.38/habilitacion/>

- 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. (2013). "Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria", *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*, núm 185, Banco de la República, Cartagena.
- 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; 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.
- 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.
- Tovar, L.M. y 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.

## Anexos

### Anexo 1. Fichas técnicas de las Encuestas de Percepción Ciudadana

	Cartagena	Barranquilla	Bogotá	Cali	Medellín
<b>Persona Natural o Jurídica que lo realizó</b>	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.
<b>Encomendado y financiado por</b>	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
<b>Grupo Objetivo</b>	2008 - 2012: Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos altos (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 4 zonas en que se divide la ciudad.	2008 - 2012: Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos altos (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Barranquilla, en cada una de las 5 localidades en que se divide la ciudad.	2008 - 2012: Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos altos (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Bogotá, en cada una de las 6 zonas en que se divide la ciudad.	2008 - 2012: Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos altos (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Cali, en cada una de las 5 zonas en que se divide la ciudad.	2008 - 2012: Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, niveles socioeconómicos -NSE- altos (estratos 6 y 5), medio (estrato 4 y 3) y bajo (estrato 2 y 1), residentes en Medellín, en cada una de las 6 zonas en que se divide la ciudad.
<b>Tamaño de la muestra</b>	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.
<b>Tema o temas a los que se refiere</b>	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 de Campo Elías 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	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 Ivan 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.
<b>Técnica de recolección de datos</b>	2008 y 2012: Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 - 2012: Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 - 2012: Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 - 2012: Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.	2008 - 2012: Entrevista personal cara a cara en hogares con aplicación de un cuestionario estructurado.

Fuente: Programas Cómo Vamos -ciudades correspondientes.

## Anexo 1 (continuación). Fichas técnicas de las Encuestas de Percepción Ciudadana

	Cartagena	Barranquilla	Bogotá	Cali	Medellín
<b>Tipo de la muestra</b>	<p><b>2008:</b> Muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares.</p> <p><b>2012:</b> 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 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2012.</p>	<p><b>2008 :</b> Muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares. El marco muestral utilizado fue el Censo de Población DANE de 1993, con sus proyecciones al año 2005.</p> <p><b>2012:</b> 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 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2012.</p>	<p><b>2008:</b> Probabilística, muestreo polietápico en hogares.</p> <p><b>2012:</b> 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 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2012.</p>	<p><b>2008 :</b> Probabilística, muestreo polietápico en hogares.</p> <p><b>2012:</b> 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 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2011.</p>	<p><b>2008:</b> Muestreo probabilístico estratificado polietápico, cara a cara, en hogares.</p> <p><b>2012:</b> 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 2005 con sus correspondientes proyecciones al 2012.</p>
<b>Preguntas concretas que se formularon</b>	<b>2008 - 2012:</b> Ver cuestionario	<b>2008 - 2012:</b> Ver cuestionario	<b>2008 - 2012:</b> Ver cuestionario	<b>2008 - 2012:</b> Ver cuestionario	<b>2008 - 2012:</b> Ver cuestionario
<b>Personajes por los que se indago</b>	<p><b>2008:</b> Judith Pinedo</p> <p><b>2012:</b> Campo Elías Terán Dix</p>	<p><b>2008:</b> Alejandro Char Chaljud</p> <p><b>2012:</b> Elsa Noguera</p>	<p><b>2008:</b> Samuel Moreno</p> <p><b>2012:</b> Gustavo Petro</p>	<p><b>2008:</b> Jorge Ivan Ospina</p> <p><b>2012:</b> Rodrigo Guerrero</p>	<p><b>2008 :</b> Alonso Salazar</p> <p><b>2012 :</b> Aníbal Gaviria</p>
<b>Fecha de realización campo</b>	<p><b>2008:</b> Del 28 de Junio al 10 de Julio</p> <p><b>2012:</b> Del 21 de julio al 21 de agosto.</p>	<p><b>2008:</b> Del 10 al 22 de Julio</p> <p><b>2012:</b> Del 12 al 27 de octubre</p>	<p><b>2008:</b> Del 20 de Junio al 16 de Julio</p> <p><b>2012:</b> Del 4 al 25 de agosto</p>	<p><b>2008:</b> Del 12 al 25 de Julio</p> <p><b>2012:</b> Del 6 de octubre al 5 de noviembre</p>	<p><b>2008:</b> Del 9 al 28 de Julio</p> <p><b>2012:</b> Del 12 al 29 de Julio</p>
<b>Margen de error observado</b>	<p><b>2008:</b> 3.23% +/- con 95% de confianza</p> <p><b>2012:</b> 3.2% para el total de la muestra, con 95% de confianza</p>	<p><b>2008:</b> Error máximo permisible +/- 2.94% con 95% de confiabilidad</p> <p><b>2012:</b> 2.8% para el total de la muestra, con 95% de confiabilidad</p>	<p><b>2008:</b> 2.58% +/- con 95% de confianza</p> <p><b>2012:</b> 3.5% para el total de la muestra, con 95% de confianza</p>	<p><b>2008:</b> 2.94% para fenómenos con 50% de probabilidad de ocurrencia</p> <p><b>2012:</b> 2.8%</p>	<p><b>2008:</b> 2.61% +/- con 95% de confianza</p> <p><b>2012:</b> 2.5% para el total de la muestra, con 95% de confianza</p>
<b>Área/Cubrimiento</b>	<b>2008 - 2012:</b> Cartagena, 15 Unidades de Gobierno, agrupadas en 4 zonas, incluye área rural.	<p><b>2008 - 2009:</b> Barranquilla</p> <p><b>2012:</b> Barranquilla, 5 localidades</p>	<b>2008 - 2011:</b> Bogotá, 19 localidades urbanas, agrupadas en 6 zonas	<b>2008 - 2012:</b> Cali, 22 comunas. Agrupadas en 5 zonas.	<b>2008 - 2012:</b> Medellín, 16 comunas urbanas. Agrupadas en 6 zonas.
<b>Socios en cada ciudad</b>	Andi 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 Herald, 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.**  
**Porcentaje de personas ni satisfechas ni insatisfechas con el servicio de salud recibido según el estrato socioeconómico.**

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	-	-	21,8	18,3
Bogotá	22,8	25,4	23,4	25,1	9,8	18,2	-	-	21,6	24,4
Cali	22,6	27,6	24,2	21,8	11,1	10,9	-	-	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	-	-	19,8	22,2

-Indefinido

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: Encuestas de Percepción Ciudadana de los programas Cómo Vamos: Barranquilla Cómo Vamos (2008 y 2012); Bogotá Cómo Vamos (2008 y 2012); Cali Cómo Vamos (2008 y 2012); Cartagena Cómo Vamos (2008 y 2012); Medellín Cómo Vamos (2008 y 2012). Cálculos de la autora.

## ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventas	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloría De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloría De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloría de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloría de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénega de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénega de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelíbano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompox	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali a comienzos del Siglo XXI: ¿Crisis o recuperación?	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012
176	Andrés Sánchez Jabba	Manejo ambiental en Seaflower, Reserva de Biosfera en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Noviembre, 2012
177	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel	Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente.	Diciembre, 2012
178	Karina Acosta	Cartagena, entre el progreso industrial y el rezago social.	Diciembre, 2012
179	Gerson Javier Pérez V.	La Política de Seguridad Democrática 2002-2006: efectos socioeconómicos en las áreas rurales.	Diciembre, 2012
180	María Aguilera Díaz	Bucaramanga: capital humano y crecimiento económico.	Enero, 2013
181	Andrés Sánchez Jabba	Violencia y narcotráfico en San Andrés	Febrero, 2013
182	Luis Armando Galvis	¿El triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital.	Febrero, 2013
183	Laura Cepeda y Adolfo Meisel	¿Habrán una segunda oportunidad sobre la tierra? Instituciones coloniales y disparidades económicas regionales en Colombia.	Marzo, 2013
184	Karelys Guzmán Finol	La industria de lácteos en Valledupar: primera en la región Caribe.	Marzo, 2013

185	Gerson Javier Pérez Valbuena	Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria.	Mayo, 2013
186	Luis Armando Galvis	Dinámica de crecimiento económico y demográfico regional en Colombia, 1985-2011	Mayo, 2013
187	Andrea Otero	Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia	Mayo, 2013
188	Karelys Guzmán Finol	El río Cesar	Junio, 2013
189	Andrés Sánchez	La economía del bajo San Jorge	Julio, 2013
190	Andrea Otero	Río Ranchería: Entre la economía, la biodiversidad y la cultura	Julio, 2013
191	Andrés Sánchez Jabba	Bilingüismo en Colombia	Agosto, 2013
192	Gerson Javier Pérez Valbuena Adolfo Meisel Roca	Ley de Zipf y de Gibrat para Colombia y sus regiones:1835-2005	Octubre, 2013
193	Adolfo Meisel Roca Leonardo Bonilla Mejía Andrés Sánchez Jabba	Geografía económica de la Amazonia colombiana	Octubre, 2013
194	Karina Acosta	La economía de las aguas del río Sinú	Octubre, 2013
195	María Aguilera Díaz	Montes de María: Una subregión de economía campesina y empresarial	Diciembre, 2013
196	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel Roca	Aspectos regionales de la movilidad social y la igualdad de oportunidades en Colombia	Enero, 2014
197	Andrés Sánchez Jabba	Crisis en la frontera	Enero, 2014
198	Jaime Bonet Joaquín Urrego	El Sistema General de Regalías: ¿mejoró, empeoró o quedó igual?	Enero, 2014
199	Karina Acosta Julio Romero	Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008	Febrero, 2014
200	Yuri Carolina Reina A.	Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)	Marzo, 2014