



ENSAYOS SOBRE ECONOMÍA REGIONAL

Centro Regional de Estudios Económicos
CREE Medellín

Evaluación al seguro de salud en Antioquia
1996-2003

Jaime Albeiro Martínez Mora*

Febrero, 2005

*Economista del Centro Regional de Estudios Económicos del Banco de la República. Sucursal Medellín. Para comentarios favor dirigirse al autor al correo electrónico jmartimo@banrep.gov.co y/ó a los teléfonos 576-74-33.

Las opiniones y posibles errores contenidos en este documento son responsabilidad exclusiva del autor y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. La seguridad social en salud
3. Evaluación al seguro de salud en Antioquia
 - 3.1 Aspectos económicos y demográficos
 - 3.2 Transferencias constitucionales para la salud
 - 3.3 Población total identificada por el Sisbén
 - 3.4 Régimen Subsidiado
 - 3.5 Régimen Contributivo
4. Conclusiones
5. Referencias bibliográficas

Resumen

La intención fundamental de la Constitución política de 1991 y las leyes que desarrollaron el Sistema General de Seguridad Social en salud, fue la de universalizar la cobertura de salud para todos los habitantes del territorio nacional. Una forma de conocer sus logros es haciendo seguimiento a la implementación del modelo y a la evolución del aseguramiento en aquellos departamentos del país que han tenido una tradición de eficiencia en la prestación de los servicios públicos a la comunidad. Siguiendo ésta lógica, el presente estudio analiza el impacto que el nuevo modelo de salud tuvo en el departamento de Antioquia. Se pretende específicamente realizar una evaluación de la cobertura del seguro de salud entre los años 1996 – 2003, teniendo en cuenta el escenario económico local y la participación de los municipios antioqueños en el sistema de reparto de las transferencias constitucionales para la atención del régimen subsidiado de salud.

Palabras clave: aseguramiento, población, régimen subsidiado, Sistema de salud, Sisbén

1. Introducción

En consonancia con los postulados de mayor eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios básicos a la comunidad, la Constitución Política de Colombia de 1991 definió la salud como un servicio público de carácter obligatorio, al cual se debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos colombianos. Su organización, reglamentación y dirección esta a cargo del Estado, al cual corresponde dicha regulación de una manera descentralizada, guiado por los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad.¹

En cumplimiento de los postulados constitucionales, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. En el campo de la salud se pretende universalizar el seguro de salud con una cobertura amplia de beneficios, a los cuales se puede tener acceso a través de la afiliación al régimen contributivo o subsidiado.

La Ley 60 de 1993 reglamentó los aspectos relacionados con la descentralización de la prestación del servicio de salud, las competencias en materia social y la participación de los departamentos y municipios en los ingresos corrientes de la nación. También definió un sistema de atención para la población sin capacidad de pago bajo un esquema de subsidios de oferta en salud, que fueron modificados posteriormente por el Sistema General de Participación (SGP) de la Ley 715 de 2001.

La interacción de ambas leyes es la expresión de una política pública encaminada a reformar en profundidad la seguridad social en Colombia. En ese sentido, a los municipios colombianos se les dio total autonomía para la prestación de los servicios de salud y se les asignó una cantidad importante de recursos para cumplir con las responsabilidades constitucionales asignadas.

El propósito fundamental del Constituyente de 1991 y de las leyes que se desarrollaron en materia de salud, fue la de extender la cobertura de salud hacia todos los habitantes del territorio nacional. Una forma de conocer sus logros es haciendo seguimiento a la implementación del modelo de salud y a la evolución del aseguramiento en aquellos departamentos del país que han tenido una tradición de eficiencia en la prestación de los servicios públicos a la comunidad. Siguiendo esta lógica, el departamento de Antioquia es un parámetro importante de medición, por las rápidas transformaciones introducidas al funcionamiento del subsistema público de salud y por el impulso que se dio al proceso de descentralización territorial, convirtiéndose en referente obligado por la poca incidencia que estas modificaciones tuvieron en la continuación de los programas de salud.

El presente estudio tiene como objetivo analizar el impacto que la reforma constitucional al Sistema General de Seguridad Social en Salud tuvo en el

¹ Artículo 49 Constitución Política de Colombia.

departamento de Antioquia, a la luz de las transformaciones antes mencionadas. Específicamente se pretende realizar una evaluación de la cobertura del seguro de salud entre los años 1996 – 2003, teniendo en cuenta el escenario económico local y la participación de los municipios antioqueños en el sistema de reparto de las transferencias territoriales para la atención del régimen subsidiado de salud.

Este documento consta de cuatro partes: En la primera se hacen unos breves comentarios sobre la correlación que existe entre un acertado modelo de seguridad social en salud y el desarrollo económico de un país.

En la segunda, se relaciona el escenario económico departamental del periodo, con la evolución de los indicadores del mercado laboral; se pretende analizar la evolución de la tasa global de participación, desempleo y ocupación y su impacto sobre el desarrollo del mercado de aseguramiento en el departamento.

En la tercera sección se cuantifica el flujo de transferencias intergubernamentales para la salud, recibidas por los municipios antioqueños durante el periodo de estudio, teniendo en cuenta el sistema de reparto y la distribución de los recursos al interior de las subregiones antioqueñas.

Finalmente, se analiza la evolución de la cobertura del seguro de salud en el régimen subsidiado y contributivo a nivel departamental y por subregiones, en proporción a la población total, con el fin de identificar si hubo avances o retrocesos en el objetivo de universalizar el aseguramiento y las posibles causas de una mayor exclusión de algunos segmentos de población y subregiones del departamento.

2. La seguridad social en salud

La seguridad social es la protección que el Estado proporciona a su comunidad, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser adoptadas, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez y muerte².

Para lograr el ideal natural del individuo de alcanzar un elevado nivel de vida en un contexto de equidad, seguridad y libertad, debe contar con ingresos estables provenientes del empleo productivo, los ahorros y los activos acumulados y con diversos mecanismos de protección social, los cuales tienden a garantizarse a través de los sistemas de seguridad social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En forma complementaria, y con la intención de resaltar la conexión existente entre salud y desarrollo económico, diversas investigaciones han llegado a la conclusión de que la salud es la base de la

² Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), “Administración de la Seguridad Social”, Ginebra (Suiza), 1991.

productividad laboral, la capacidad de aprender en la escuela, y la habilidad para desarrollar el componente físico, el intelecto y las emociones; en términos económicos, la salud y la educación son las dos claves del capital humano. Mejorar la salud pública tiene enorme impacto sobre la economía, por la reducción de horas de trabajo perdidas debido a las enfermedades, por el incremento de la productividad laboral y la disminución de los costos asociados a las muertes³.

Una adecuada política pública en salud garantiza seguridad a los ingresos de las personas, lo cual es un factor positivo para la economía, ya que contribuye a que se pueda prever mejor la demanda efectiva por bienes y servicios y proporciona a las empresas una fuerza de trabajo más productiva. Por el contrario, cuando aparece la enfermedad hay una reducción del potencial productivo y una alteración en los ingresos de las personas, por la incapacidad laboral, generando un impacto negativo al sistema económico.

Las experiencias en países desarrollados indican que los que tuvieron mejor desempeño económico invirtieron más en salud. La Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) sostiene que algunos de los grandes booms de la historia económica, como por ejemplo el de Gran Bretaña durante la revolución industrial, del sur de los Estados Unidos, de Japón en el comienzo del siglo veinte, y el desarrollo económico de Europa del Sur y el Oeste de Asia entre los años 1950 y 1960 fueron precedidos por un importante progreso en la salud pública. De esta forma, la inversión en salud pública fue un requisito y no una consecuencia del crecimiento económico en los países más exitosos.

Con base en los postulados de la Organización Mundial de Salud, la Constitución política de 1991 dentro del marco del Estado Social de Derecho definió “La salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado”. Y desde entonces se ha desarrollado una amplia legislación orientada a focalizar el gasto social hacia la población más pobre y vulnerable. Por ello, las acciones gubernamentales en el sector salud durante los últimos 10 años han estado dirigidas al fortalecimiento de los programas de salud pública y a la adopción, ajuste y consolidación de un nuevo modelo de salud basado en el aseguramiento, la descentralización y una mayor participación del sector privado.

Estas transformaciones se han implementado a través de la Ley 100 de 1993, la cual determinó que todo colombiano participará en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo y el régimen subsidiado. Al primero pueden pertenecer los trabajadores con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago; y al segundo, las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, esto es, la población más pobre y vulnerable de las áreas rural y urbana del país.

³ Comisión de Macroeconomía y salud (OMS), “Invertir en salud en pro del desarrollo económico”, 2000.

Complementariamente, la Ley 60 de 1993 definió la distribución territorial y porcentual del situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, delegando en los municipios la prestación directa de los servicios de salud y determinando un sistema de atención para la población sin capacidad de pago bajo un esquema de subsidios de oferta.

Finalmente, la Ley 715 de 2001 derogó todo el régimen de competencias y recursos de la Ley 60 de 1993, creando un nuevo Sistema General de Participaciones de las entidades territoriales en los ingresos corrientes de la nación y una distribución sectorial de recursos para educación (58,5%), salud (24,5%) y propósito general (17%).

Transcurrida una década de funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, si bien no puede afirmarse que se cumplió el cometido de universalizar la cobertura del seguro de salud, tampoco puede desconocerse que hubo un avance importante en este objetivo. Igualmente, la confirmación de la tesis de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) que demostró para el caso de los países industrializados la correlación existente entre salud y desarrollo económico debe ser objeto de futuros estudios en el caso colombiano, debido a que la implementación del nuevo modelo de salud hace parte de un profundo proceso de reestructuración política, económica y social del país, acompañado además de un decrecimiento del producto en la segunda mitad de la década de los noventa, que afectó en gran medida las metas de cobertura en salud y la calidad de vida de la sociedad colombiana.

3. Evaluación del seguro de salud en Antioquia

3.1 Aspectos Económicos y Demográficos

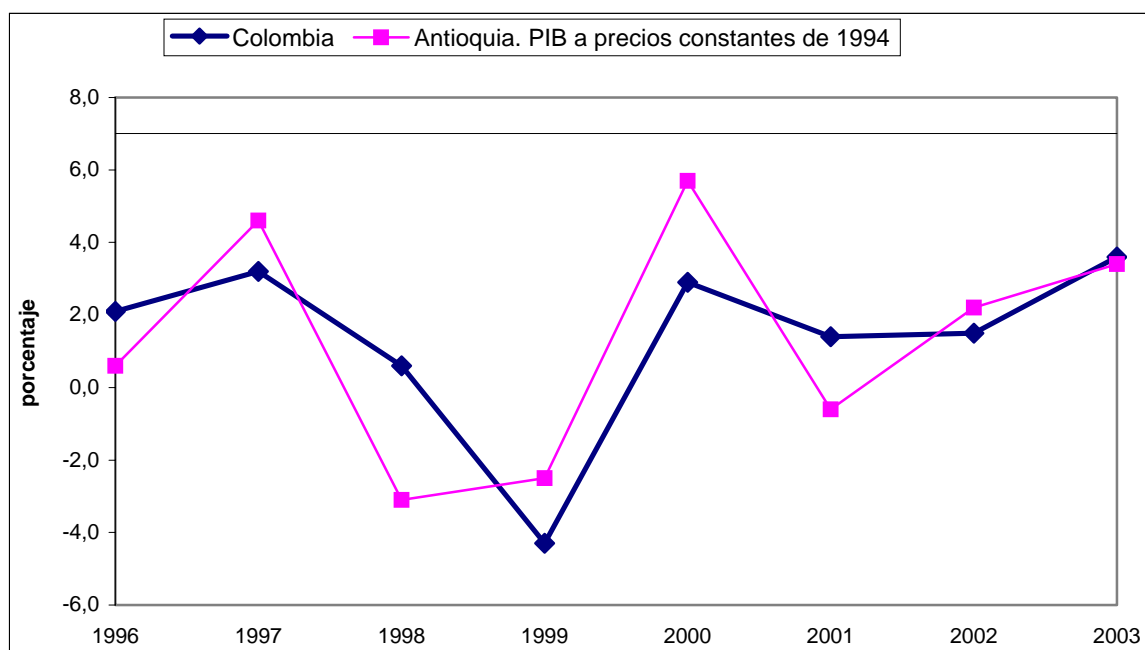
Los diversos cambios institucionales que se originaron en Colombia durante la década de los noventa estuvieron acompañados de una pérdida de la tradicional estabilidad económica que se vivió inclusive hasta la década de los ochenta, pasando de tasas de crecimiento promedio anual del PIB de 3,4% a desaceleraciones y crecimientos negativos a partir de la mitad de los noventa.

Similar caracterización tuvo la evolución del Producto Interno Bruto (PIB) al interior del departamento de Antioquia, el cual pasó de un crecimiento casi nulo en el año de 1996 (0.6%) a profundas variaciones en los años subsiguientes, destacándose la gran caída ocurrida entre los años de 1998 y 1999 (-3.1% y -2.5%), la cual es coincidente con el descenso del PIB nacional para los mismos años (0.6% y -4.3%); estas son consideradas como las peores tasas de crecimiento de la economía en los últimos 70 años. No obstante, a partir del año 2002 las tasas se tornaron nuevamente positivas con tendencia a volver a los ritmos de crecimientos del pasado, lográndose recuperar parcialmente la pérdida de riqueza originada en la crisis de mitad de la década.

Los bajos crecimientos del producto en el departamento de Antioquia, además de la situación reseñada para la década del noventa, tienen su origen en un proceso histórico de ocupación del territorio que ha generado una gran concentración del desarrollo en la zona central del departamento, que se expresa en términos espaciales (72.0% del PIB se genera en esta región) y

poblacional (56,4% de la población habita en 10 municipios y el resto se ubica en 115 municipios que comprenden 232 corregimientos con 3.892 veredas)⁴. A pesar de que las subregiones poseen una amplia gama de recursos naturales, nunca han sido insertadas dentro de un plan integral de desarrollo que les permita mejorar sus niveles de crecimiento económico y tener una mayor participación en el PIB del departamento.

Gráfico 1
Colombia y Antioquia. Variación real del PIB
1996 - 2003



Fuente: DANE

La crisis económica departamental de los años 1998–1999, provocó el colapso de un número importante de empresas antioqueñas, generando un retroceso en la acumulación de riqueza y en la evolución de los indicadores del mercado laboral, con la consecuente pérdida de puestos de trabajo y el deterioro de los ingresos para grandes sectores de la población.

Como consecuencia de lo anterior, la tasa de desempleo pasó de 9,6% en 1996 a 18,0% en 1999, bajando al 15,0% para los dos años subsiguientes y al 14,1% en 2003. De cada 100 antioqueños 14 no tienen empleo; 26,9 están subempleados y el 61,0% de la población está por debajo de la línea de pobreza; como se verá más adelante esta situación tiene un impacto directo en el estancamiento de la cobertura de salud en el departamento.

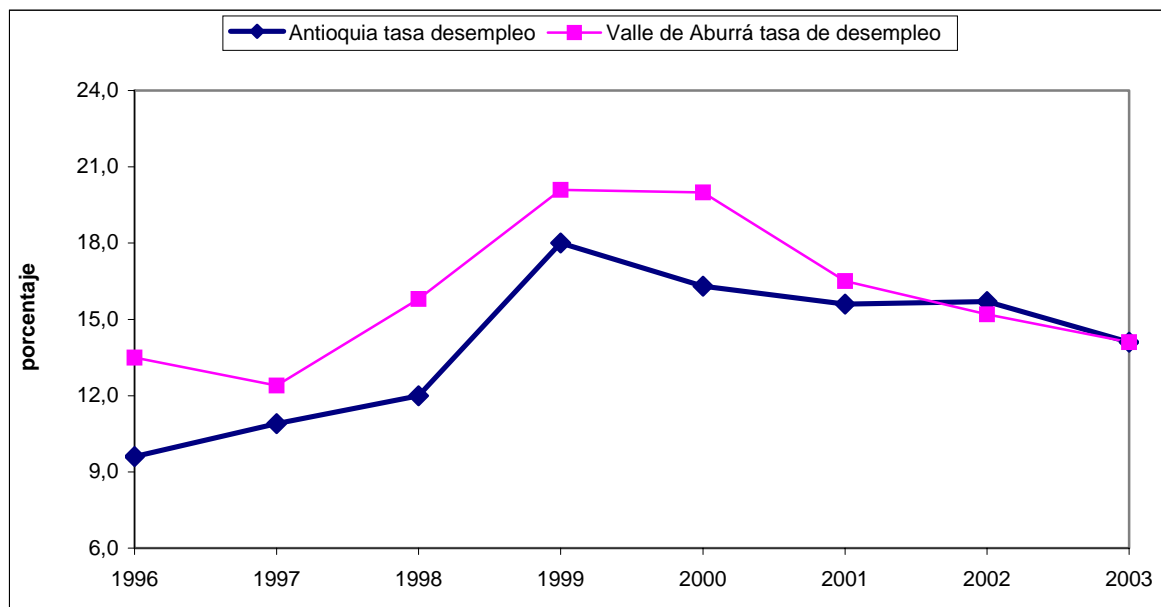
Al comparar los indicadores del mercado laboral del departamento de Antioquia frente a Medellín - Valle de Aburrá, encontramos que en ésta última

⁴ Plan de desarrollo departamental 2004 - 2007 “Antioquia Nueva, un hogar para la vida”.

se encuentra el 53,0% de la población total, el 54,0% de la población en edad de trabajar (PET) y 58,0% de la población económicamente activa (PEA).

Gráfico 2

Antioquia vs Valle de Aburrá. Variación tasa de desempleo 1996 - 2003



Fuente: DANE

A pesar de que los indicadores laborales tuvieron un crecimiento muy similar entre los años 1996 y 2003, se observa un mayor incremento de la tasa de ocupación en el Valle de Aburrá con respecto al total departamental (a diciembre de 2003, estas ascendieron a 51,5% y 54,5%); igualmente el número de desempleados tuvo un menor crecimiento en el Valle de Aburrá (17.000 personas) frente al total departamental (155.000 personas). Siguiendo la misma tendencia, la tasa de desempleo se deterioró en mayor medida en las otras subregiones (pasó de 9,6% a 14,1%); por el contrario, en el Valle de Aburrá mantuvo cierta estabilidad al pasar de 13,5% a 14,1% (Cuadro 1).

Según la encuesta continua de hogares que realiza el DANE, la población total ocupada en Medellín y Valle de Aburrá se concentra principalmente en los sectores de comercio (28,04%); industria y manufactura (25,8%) y servicios comunitarios (23,6%). De esta población, aproximadamente 700 mil personas realizan sus actividades bajo la modalidad de empleo informal, es decir, el 55,0% de los trabajadores ocupados pertenecen a este sector. El mayor índice de informalidad se presenta en aquellas empresas en que el propietario trabaja solo y en establecimientos que ocupan de dos a cinco personas; para estos dos casos el nivel de participación es de 46,32% y 41,53%, respectivamente.

Cuadro 1
Antioquia vs Medellín - Valle de Aburrá.
Indicadores del mercado laboral

Concepto	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Antioquia								
Ocupados	1.953	1.958	2.003	1.965	2.103	2.072	2.161	2.200
Desocupados	208	239	273	430	410	383	402	363
% población en edad de trabajar (PET)	76,5	77,2	75,8	77,3	78,2	76,1	76,4	76,8
Tasa global de participación (TGP)	55,6	55,1	57,3	58,3	59,6	59,1	60,6	59,5
Tasa de ocupación (TO)	50,3	49,1	50,4	47,8	49,9	49,9	51,1	51,5
Tasa de desempleo (TD)	9,6	10,9	12,0	18,0	16,3	15,6	15,7	14,1
Medellín - Valle del Aburrá 1/								
Ocupados	1.110	1.075	1.066	1.060	1.080	1.154	1.213	1.269
Desocupados	190	195	201	266	269	228	217	207
% población en edad de trabajar (PET)	78,0	79,0	78,4	78,6	79,1	78,2	78,5	78,7
Tasa global de participación (TGP)	58,4	59,1	59,0	60,5	60,1	61,6	62,6	63,4
Tasa de ocupación (TO)	50,5	51,8	49,6	48,3	48,1	51,4	53,1	54,5
Tasa de desempleo (TD)	13,5	12,4	15,8	20,1	20,0	16,5	15,2	14,1

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares - Proyecciones de población -Estudios censales

1/ incluye Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella y Sabaneta

3.2 Transferencias constitucionales para la salud

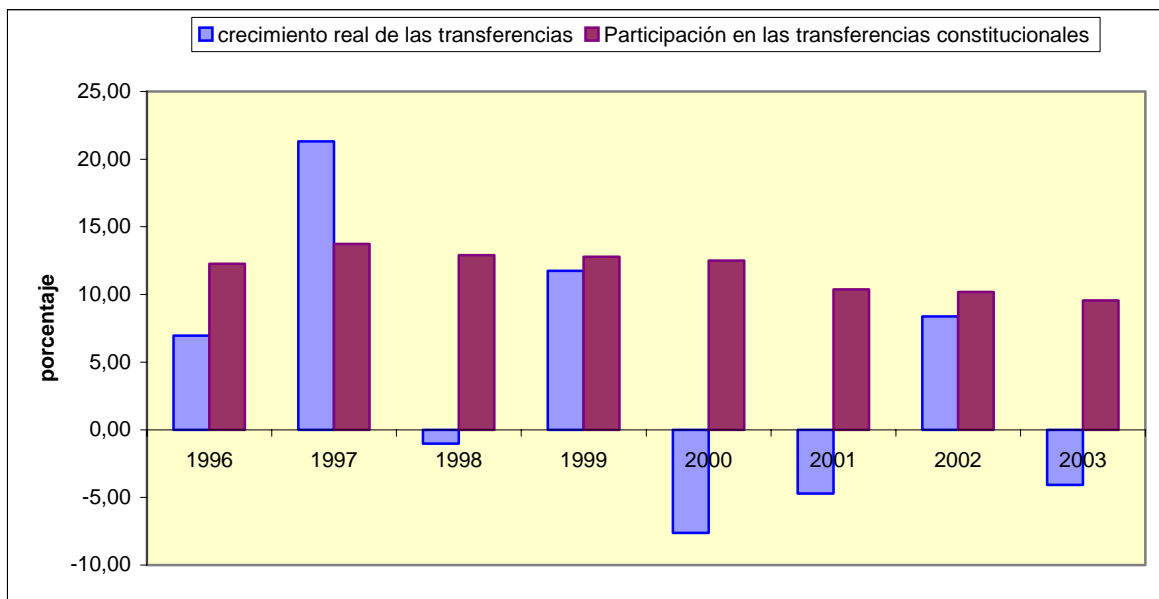
A pesar de que la Constitución de 1991 determinó que la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación se incrementaría, año por año, del 14,0% en 1993 hasta alcanzar el 22,0% como mínimo en el 2002, mecanismo que posteriormente eliminó el acto Legislativo 01 de 2001, las transferencias del gobierno central nacional hacia los entes territoriales exhibieron gran inestabilidad durante todos estos años, debido a su dependencia de los ingresos corrientes de la nación, los cuales tuvieron gran volatilidad por las fluctuaciones propias de la actividad económica.

En este sentido, las transferencias constitucionales para salud recibidas por el departamento de Antioquia entre 1996 y 2003 estuvieron sometidas a los ciclos cambiantes de la economía del país, pasando de crecimientos reales anuales en 1996 y 1997 (6,95% y 21,32%) a decrecimientos reales para los años 1998, 2000 y 2001 (-1.03%, -7.61% y -4.72%, respectivamente).

A partir del año 2002 se observó un aparente quiebre en la tendencia de crecimientos negativos de los años anteriores, posiblemente explicada por la leve recuperación de la economía y por la implementación del nuevo sistema general de participaciones (SGP). Al finalizar el año 2003, a pesar de que se mantiene el volumen de recursos con respecto a 2002, la tasa de crecimiento vuelve a ser negativa (-4.07%), lo cual parece indicar que los recursos para los próximos años van a permanecer estancados debido a las bajas tasas de crecimiento proyectadas de la economía y al cambio introducido en el mecanismo de incremento de las transferencias territoriales.

Gráfico 3

Antioquia. Participación y crecimiento real anual de las transferencias constitucionales para la salud 1/ 1996 - 2003



Fuente: DNP y DSSA; cálculos del autor

1/ En el periodo 1996 a 2001 corresponde a la participación en los ingresos corrientes de la nación y situado fiscal departamental; en 2002 y 2003 a los recursos asignados por el SGP

A pesar que una de las principales motivaciones al cambio de la fórmula de incremento de las transferencias intergubernamentales establecida en la Ley 715 de 2001 a través del nuevo sistema general de participaciones (SGP), fue la de aumentar el flujo de recursos hacia los entes territoriales, al observar el comportamiento de los recursos para salud recibidos por el departamento de Antioquia, no se advierte un incremento originado por tal medida, y por el contrario se presenta una disminución en la participación del total de recursos para la salud transferidos por la nación.

En efecto, de un total de \$975 mil millones de pesos transferidos para la salud por el gobierno central nacional en el año de 1996, al departamento de Antioquia le correspondieron \$119 mil millones, equivalentes a una participación de 12,27%, tendencia que se mantuvo alrededor del 12,0% hasta el año 2000, a excepción del año de 1997 en que se presentó la mayor participación (13,72%) coincidente con el mayor crecimiento real de las transferencias ocurrido en ese mismo año. A partir del año 2001 la participación desciende a un promedio del 10,91%, destacándose el 2003, en el cual los recursos recibidos ascendieron a \$294 mil millones y representan la menor participación en todo el periodo de estudio (9,54%) fenómeno relacionado con el comentado decrecimiento real de las transferencias para ese año y en general con el escenario económico nacional (Cuadro 2).

Cuadro 2

Antioquia. Participación en las transferencias constitucionales para salud y recursos del FOSYGA para el régimen subsidiado 1996 - 2003

miles de millones

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Transferencias GCN para salud 1/	975	1.245	1.529	1.883	1.936	2.392	2.827	3.081
Recursos para Antioquia 2/	120	171	197	241	242	248	288	294
Recursos FOSYGA	63	64	64	53	53	48	65	67
Total Antioquia	183	235	261	294	295	296	353	361

1/ En el periodo 1996 a 2001 corresponde a la participación en los ingresos corrientes de la nación y situado fiscal departamental; en 2002 y 2003 a los recursos asignados por el SGP

2/ Incluye recursos para el régimen subsidiado, PAB en salud y aportes patronales.

Fuente: DNP y DSSA; cálculos del autor

La Ley 60 de 1993 estableció que de la participación en los ingresos corrientes de la nación (ICN), los municipios debían invertir un 25,0% de los recursos para salud y de éstos un 15,0% para atender el régimen subsidiado en salud. El artículo 4 de la Ley 715 de 2001 modificó este esquema, el cual definió que la participación para el sector salud será del 24,5%. Igualmente el artículo 47 de la misma Ley determinó que los recursos del SGP en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, teniendo en cuenta los siguientes componentes: i) Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total; ii) prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y, iii) Financiación de las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de salud.

La financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda (Régimen Subsidiado) se divide en dos subcomponentes: continuidad, que tiene como objetivo financiar la afiliación al régimen subsidiado, alcanzada en la vigencia anterior y ampliación que tiene como objetivo la financiación de nueva afiliación.

Finalmente, el artículo 48 de la Ley 715 de 2001 definió que los recursos del SGP destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, serán los asignados con ese propósito en la vigencia anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del SGP para salud, los cuales serán distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales. El cálculo para establecer el monto de recursos para inversión en salud que le corresponde a cada ente territorial se establece a partir de estimar un valor per-cápita (resultado de dividir el monto total de recursos disponibles para este objetivo entre el número total de personas afiliadas al régimen subsidiado durante la vigencia anterior).

En concordancia con el sistema de reparto establecido en la Ley 715 de 2001, con las transferencias constitucionales para salud asignadas a Antioquia se atiende aproximadamente el 67,0% de los afiliados al régimen subsidiado de salud en sus dos subcomponentes (continuidad y ampliación); con los recursos

del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) se atiende el 30,0% de afiliados y el restante 3,0% con aportes de los respectivos entes territoriales. En 2003, la contratación del régimen subsidiado ascendió a \$220 mil millones, de los cuales \$147 mil millones corresponden a recursos del sistema general de participaciones, \$66 mil millones a recursos del FOSYGA y el resto al esfuerzo propio municipal.

Por el mecanismo de distribución de las transferencias para el régimen subsidiado, las subregiones que tienen una mayor participación de los recursos asignados al departamento son: Medellín – Valle de Aburrá (31,0%), Oriente (14,0%), Urabá (13,2%) y Occidente con 8,8%. Por municipios, Medellín absorbe el 23,0% de los recursos, seguido por Turbo, Bello, Apartadó y Envigado. El anterior esquema de distribución, al interior de las subregiones departamentales, sugiere que la ciudad capital y las ciudades intermedias a pesar de tener una mayor participación en el PIB regional y por ende mayor actividad económica aglutinan en su entorno una gruesa capa de población pobre.

En conclusión el departamento de Antioquia recibió para los periodos en mención un importante flujo de recursos que le permitieron incrementar la asistencia en salud hacia la población más pobre. Por ello, las transferencias recibidas equivalen en promedio al 1,1% del PIB departamental, muy superior a las asignaciones recibidas en años anteriores, situación análoga al incremento del gasto público para salud que se dio en el país, el cual pasó del 3,5% del PIB en 1993 a 5,5% en 2002⁵; lo anterior ratifica la gran cantidad de recursos que se destinaron para la salud por mandato constitucional.

3.3 Población total e identificada por el Sisbén

El sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programas sociales (Sisbén) es un sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel estándar de vida o de pobreza, medido por un indicador continuo y sirve como instrumento de focalización de recursos públicos destinados a otorgar subsidios en programas sociales de salud, educación, vivienda y bienestar familiar.

El marco legal del Sisbén estaba consignado en el artículo 30 de la Ley 60 de 1993 y actualmente se encuentra en el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, en donde se define la focalización del gasto como el proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable y se dan las recomendaciones al Conpes Social, para que fije cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales. El sistema está dividido en seis niveles ordenados de acuerdo con el estándar de vida reportado por las familias en la encuesta; a los niveles I y II del Sisbén pertenecen las personas clasificadas como de extrema pobreza y representan aproximadamente el 70,0% de los afiliados al régimen subsidiado.

⁵ DNP-DDS. Estudio de cuentas de salud, Colombia 1993 – 1999. Bogotá 2000.

Según el Departamento Nacional de Planeación, la estrategia de focalización ha logrado un evidente impacto redistributivo. En salud y asistencia social se observa una mejora significativa en la redistribución de los subsidios: En 1992 el 20,0% más pobre de la población colombiana recibía un 29,1% del total de los subsidios, mientras que en 1999 esta cifra se ubicó en el 34,8% (un aumento de 5,7 puntos porcentuales). Para el 40,0% más pobre de la población, estos porcentajes se situaron en 57,9% y 65,1% en las mismas fechas (7,2 puntos de aumento). De los 27 millones de personas incorporadas a las bases del Sisbén, el 36,0% de ellas han accedido al régimen subsidiado.

En el departamento de Antioquia se presentó un importante avance en el proceso de identificación de beneficiarios de subsidios sociales ubicados en los dos primeros niveles del Sisbén (población más pobre y vulnerable). A diciembre de 1996 la población total del departamento ascendía a 5.065 mil habitantes, de los cuales 1.401 mil personas estaban identificados en los niveles I y II del Sisbén (27,7%); al finalizar el año 2003, la población creció 10,7% (543.562 personas) mientras el número de beneficiarios del Sisbén creció en 110,6% (1.549 mil personas), por lo cual la cobertura de identificación de nuevos beneficiarios para estos dos niveles como proporción de la población total, pasó de 27,6% al 56,7% para los años en comparación (Cuadro 3).

Cuadro 3

Antioquia. Población total y en edad de trabajar (PET) vs población identificada en el Sisben (nivel I y II)

Años 1996 - 2003

Años	Población	PET	Sisben I y II	Sisbén/Pob.	Sisbén/PET
1996	5.065.032	3.883.000	1.401.022	27,66	36,08
1997	5.143.733	3.984.000	1.643.815	31,96	41,26
1998	5.222.235	3.970.000	2.235.787	42,81	56,32
1999	5.300.385	4.111.000	2.204.397	41,59	53,62
2000	5.377.854	4.217.000	2.495.477	46,40	59,18
2001	5.454.871	4.150.000	2.533.918	46,45	61,06
2002	5.531.893	4.228.000	2.849.893	51,52	67,41
2003	5.608.321	4.305.000	3.183.666	56,77	73,95

Fuente: DANE y DSSA; cálculos del autor

En síntesis, al finalizar el año 2003 el 73,95% de la población en edad de trabajar (PET) y el 56,7% de la población total estaban identificados como pobres (Nivel I y II del Sisbén), fenómeno que advierte sobre la difícil crisis social que vive el departamento de Antioquia.

Por subregiones, el mayor avance en el proceso de identificación de nuevos beneficiarios de subsidios en los niveles I y II del Sisbén se presentó en el Valle de Aburrá; pasó de 207 mil a 1.081 mil beneficiarios entre 1996 y 2003, pero en proporción con el número de habitantes la cobertura no presentó igual crecimiento. Para los periodos en comparación esta avanzó de 14,8% a 31,8%, lo cual demuestra que todavía persiste un segmento importante de población

sin identificar; en Urabá la identificación de nuevos beneficiarios creció 62,0% y en proporción al número de habitantes pasó de 19,4% a 14,7%; en Oriente como proporción del número de habitantes creció de 15,5% a 11,9%; en el Suroeste de 12,1% a 10,6% y en el municipio de Medellín pasó de 6.8% a 30.65% (Cuadro 4).

Cuadro 4

Antioquia. Población identificada en el Sisbén (niveles I y II), por subregiones 1996 - 2003

Subregión	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Valle de Aburrá	207.931	357.751	557.744	594.106	699.623	712.693	905.521	1.081.920
Magdalena Medio	77.729	62.895	82.468	78.852	86.853	87.865	91.772	97.141
Bajo Cauca	111.405	115.389	184.845	204.327	213.501	217.942	243.863	258.261
Urabá	272.031	283.321	355.997	321.187	382.107	389.126	418.047	439.583
Nordeste	98.685	114.930	146.331	141.123	156.114	158.236	170.249	174.162
Occidente	127.170	138.509	167.675	157.363	172.572	174.134	183.342	186.414
Norte	119.753	132.687	169.030	162.942	179.019	181.016	196.434	200.081
Oriente	216.575	239.502	306.139	300.149	325.842	329.252	338.068	351.523
Suroeste	169.743	198.931	265.558	244.348	279.846	283.654	302.597	394.581
Total	1.401.022	1.643.915	2.235.787	2.204.397	2.495.477	2.533.918	2.849.893	3.183.666

Fuente: DSSA; cálculos del autor

El mayor incremento del número de personas incluidas en la base del Sisbén (niveles I y II) está relacionado con el incremento de la población pobre en el departamento, pero además con los objetivos de la Seccional de Salud de tratar de encuestar a toda la población.

3.4 Régimen subsidiado

La cobertura del seguro de salud en el departamento de Antioquia se ha intensificado principalmente a través del régimen subsidiado, como fruto del creciente aumento de las transferencias del gobierno central para tal propósito; en ese sentido el número de afiliados al régimen subsidiado pasó de 818 mil personas en 1996 a 1.228 mil personas en 2003, equivalente a un crecimiento de 50,0%.

A pesar de que la población afiliada al régimen subsidiado tuvo un crecimiento (50,0%) mayor que el de la población total (11,0%) entre los años 1996 y 2003, el crecimiento de la población subsidiada como proporción de la población total no reflejó igual dinamismo (pasó de 16,15% a 21,89%); esta situación está asociada al comportamiento de la relación entre la población clasificada por el Sisbén y la población pobre receptora de subsidios de salud. En efecto, teniendo en cuenta que en 1996 el 27,66% de la población antioqueña estaba identificada como pobre (niveles I y II del Sisbén) y por tanto beneficiaria de subsidios de salud, y que ésta aumentó a 56,77% en 2003, y que además la relación entre las personas identificadas como pobres (niveles I y II del Sisbén) y las afiliadas al régimen subsidiado de salud decreció entre 1996 y 2003, pasando de 58,39% a 39,75%, se puede concluir que el esfuerzo por incrementar la cobertura en el régimen subsidiado fue parcialmente anulado

por el surgimiento de más personas pobres en Antioquia para los años en comparación (Cuadros 5 y 6).

Cuadro 5

Antioquia. Datos de población, Sisben I y II, y afiliación al régimen subsidiado en salud

1996 - 2003

miles de personas

Población /Años	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Población total	5.065	5.144	5.222	5.300	5.378	5.454	5.532	5.609
PET	3.883	3.984	3.970	4.111	4.217	4.150	4.228	4.305
PEA	1.953	1.958	2.003	1.965	2.103	2.072	2.161	2.200
Régimen subsidiado	818	1.016	1.089	1.119	1.112	1.160	1.198	1.228
Porcentajes								
Régimen sub./Población	16,15	19,75	20,85	21,11	20,68	21,27	21,66	21,89
Régimen sub./PET	21,07	25,50	27,43	27,22	26,37	27,95	28,33	28,52
Régimen sub./PEA	41,88	51,89	54,37	56,95	52,88	55,98	55,44	55,82
Régimen sub./Sisben	58,39	61,8	48,7	50,77	44,57	45,78	42,04	39,75

Fuente: DANE y DSSA; cálculos del autor

Cuadro 6

Antioquia. Población afiliada al régimen subsidiado, por subregiones

1996 - 2003

Subregión	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Valle de Aburrá	218.283	323.952	330.186	347.285	343.534	352.469	370.645	386.289
Magdalena Medio	29.435	31.679	34.675	34.675	34.675	35.538	36.089	36.522
Bajo Cauca	44.780	56.997	64.895	67.988	68.113	75.819	77.692	79.410
Urabá	108.709	136.091	154.946	158.695	158.825	166.812	168.883	170.240
Nordeste	45.877	53.237	60.597	61.391	61.391	63.478	64.963	66.574
Occidente	76.202	86.894	92.738	93.246	93.204	96.820	98.220	100.000
Norte	65.317	73.499	80.524	82.011	82.012	86.276	87.992	89.178
Oriente	127.136	140.922	151.261	150.675	151.662	159.553	163.890	167.362
Suroeste	102.035	112.674	119.381	123.119	118.850	123.333	129.824	132.815
Total	817.774	1.015.945	1.089.203	1.119.085	1.112.266	1.160.098	1.198.198	1.228.390

Fuente: DSSA; cálculos del autor

Por subregiones, el mayor crecimiento de nuevos afiliados al régimen subsidiado entre 1996 y 2003 se presentó en el Bajo Cauca; estos pasaron de 44.780 afiliados a 79.410 afiliados (77,33%); en este mismo periodo su población creció 12,5% (pasó de 195.525 a 219.951 personas); la cobertura en proporción a la población avanzó de 29,2% a 36,1%. Otras subregiones con progresos importantes fueron: Urabá que afilió 61 mil personas, equivalente a un incremento de 57,0% y avanzó en la cobertura en proporción al número de habitantes de 32,7% a 35,4%; el Occidente y Norte del departamento afiliaron en el periodo de estudio a 23 mil afiliados y avanzaron en la cobertura en proporción al número de habitantes.

En Medellín – Valle de Aburrá, a pesar de que la afiliación creció 77,0% (168 mil personas) y la población total lo hizo en menor escala (10,0%), el número de afiliados como proporción de su población no avanzó en igual magnitud al pasar de 8,10% a 13,05%. Igualmente, esta subregión confirma una tesis que se ha evidenciado en conjunto para todo el departamento, en el sentido de que la brecha entre la población identificada por el Sisbén (niveles I y II) y la población receptora de subsidios se ha profundizado entre los años de estudio, lo cual quiere decir que en 1996 toda la población identificada como pobre recibía auxilios en salud y en 2003 sólo el 35,71% de esta población identificada recibe algún tipo de subsidios (Cuadro 7).

Cuadro 7

Medellín - Valle de Aburrá 1/. Datos de población, Sisben I y II y afiliación al régimen subsidiado en salud 1996 - 2003

Población/Años	miles de personas							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Población total	2.690	2.700	2.737	2.788	2.839	2.868	2.913	2.957
PET	2.100	2.140	2.147	2.193	2.246	2.243	2.286	2.328
PEA	1.220	1.235	1.266	1.327	1.350	1.382	1.430	1.476
Régimen subsidiado	218	324	330	347	344	352	371	386
	Porcentajes							
Régimen sub./Población	8,10	12,00	12,06	12,45	12,12	12,27	12,74	13,05
Régimen sub./PET	10,38	15,14	15,37	15,82	15,32	15,69	16,23	16,58
Régimen sub./PEA	17,87	26,23	26,07	26,15	25,48	25,47	25,94	26,15
Régimen sub./Sisben	105,3	90,76	59,25	58,42	49,21	49,44	40,99	35,71

1/ incluye Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagui, La Estrella y Sabaneta

Fuente: DANE y DSSA; cálculos del autor

En síntesis, los incrementos de afiliaciones al régimen subsidiado de salud para todo el departamento y por regiones fue en promedio del 50,0%, pero el avance de aseguramiento de acuerdo con la población total no creció en idéntica medida (fluctuó entre un 16,0% y un 30,0%), lo cual demuestra que había un alto segmento de población sin ningún tipo de seguridad social en salud, y a pesar del incremento de las transferencias intergubernamentales, la brecha entre la población identificada como más pobre (nivel I y II del Sisbén) y el número total de asegurados, se amplió entre 1996 y 2003, es decir, se identificaron al interior del departamento nuevas capas de población pobre, con requerimientos de subsidios en salud.

3.5 Régimen contributivo

La evolución de la población afiliada al régimen contributivo de salud en Antioquia entre los años 1997 y 2003 estuvo muy ligada a las fluctuaciones del crecimiento económico departamental y por ende al comportamiento de los indicadores del mercado laboral. En este sentido, el número de afiliados decreció entre los años 1997 y 2003 al pasar de 2.339 mil a 2.242 mil afiliados, detectándose el nivel más bajo de afiliación en los años 1998 y 1999, al parecer como resultado de la recesión económica vivida en esos años;

igualmente el aseguramiento con referencia a la población total cayó de 45,47% a 39,97% (Cuadro 8).

Cuadro 8

Antioquia. Población afiliada al Régimen Contributivo

1997-2003

miles de personas

Población / Años	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Población Total	5.144	5.222	5.300	5.378	5.454	5.532	5.609
Régimen Contributivo	2.339	2.112	2.113	2.132	2.221	2.295	2.242
Cotizantes 1/	1.029	929	930	938	977	1.010	986
	porcentaje						
Rég. Contribut./población tot.	45,47	40,44	39,87	39,64	40,72	41,49	39,97
Rég. Contributi. / PET	58,71	53,199	51,399	50,557	53,52	54,28	52,08
Rég. Contributi. / PEA	106,46	92,79	88,23	84,84	90,51	89,54	87,48
Cotizantes/Ocupados	52,56	46,39	47,31	44,61	47,16	46,73	44,84

1/ En promedio equivalen al 44% del total de afiliados

Fuente: DNP y FOSYGA; cálculos del autor

Si se analiza la cobertura teniendo en cuenta solamente los afiliados que realmente le cotizan al sistema, se encuentra que para el periodo de estudio estos equivalen en promedio al 44,0% del total de afiliados compensados reportado. Lo anterior significa que el número de cotizantes al sistema también disminuyó entre los años de estudio y la relación cotizante sobre población ocupada presentó igual comportamiento, al pasar del 52,56% al 44,84%. En 2003 le cotizaron al régimen contributivo en Antioquia 986 mil personas que representan el 38,0% de la PEA, el 45,0% de la población ocupada y el 23,0% de la población en edad de trabajar (PET). De este total de afiliados cotizantes 740 mil están ubicados en el Valle de Aburrá y representan el 50,0% de la PEA y el 58,0% de la población ocupada.

Por subregiones, la mayor cobertura al finalizar el año 2003 se concentra en Medellín – Valle de Aburrá con 1.681 mil personas aseguradas, que representan el 75,0% del total de afiliados en el departamento y una cobertura de 57,0% con referencia a la población total de la subregión. Le sigue el oriente antioqueño con 204 mil afiliados y una cobertura de 34,0% y la región de Urabá con 174 mil afiliados que equivalen a un aseguramiento del 36,6% de la población total.

En términos generales, la tendencia de afiliación al régimen contributivo en Antioquia tuvo un comportamiento directamente proporcional con la variación que presentó el PIB departamental y la tasa de desempleo en este mismo periodo. En efecto, la desafiliación al sistema fue más alta para los años en que el PIB tuvo crecimientos negativos y el número de desocupados tuvo su pico de crecimiento más grande (1998 y 1999).

Igualmente, el cambio en las estructuras de producción ha dificultado la afiliación al sistema. Debido a ello, sectores líderes en la generación de empleo estable y jalonadores del crecimiento económico como la industria y la

agricultura han perdido participación frente al sector servicios, caracterizado por la creación de empresas informales y empleos precarios. Al analizar la serie de datos de la encuesta anual manufacturera para el Valle de Aburrá 1998-2002, se encuentra que la ocupación del personal permanente va cediendo terreno a favor del temporal. Así, de un total de 114.760 personas contratadas bajo la modalidad de permanentes en 1998, este bajó a 80.703 en el año 2002; por el contrario, el personal temporal se incrementó de 7.851 a 22.089 en el mismo periodo⁶.

En este sentido, queda claro que de la mano del empleo se mueve la seguridad social que solo disfrutaban en forma plena quienes están vinculados a las labores formales de la producción y los servicios, quedando excluidas los hogares más pobres; de allí que las personas que perdieron su puesto de trabajo y no lograron emplearse nuevamente o se emplearon en el sector informal por ciertos periodos y con ingresos inferiores al salario mínimo legal, tuvieron dificultades para seguir cotizando en el régimen contributivo de salud, y por consiguiente fueron identificadas como personas sin ningún tipo de aseguramiento, pasando a engrosar las filas de aspirantes al régimen subsidiado de salud.

En síntesis, la evolución de la cobertura del seguro de salud en Antioquia para el periodo de estudio tuvo una caracterización muy similar a la de Colombia. Estuvo ligada a los ciclos de variación del producto y de los indicadores del mercado laboral. En el país, la cobertura en salud como proporción de la población total descendió entre 1996 y 2003 de 56,41% a 54,0% y 20.476 mil personas no están aseguradas. Antioquia presenta un mayor avance en cobertura frente al resultado total del país, a pesar de que su indicador de cobertura en proporción a la población total también desciende, al pasar de 65,22% a 61.86% en 2003; igualmente, 2.139 mil personas permanecen por fuera del sistema (Cuadro 9).

Las posibilidades de lograr la cobertura universal en Antioquia y en el país son muy remotas; de una parte el bajo crecimiento del producto, el desempleo y las nuevas formas de contratación laboral van a seguir siendo un obstáculo para que lleguen nuevos cotizantes al régimen contributivo; y de otra, no se espera para los próximos años un importante crecimiento de las transferencias intergubernamentales hacia los municipios. Por consiguiente, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones van a seguir financiando la actual afiliación del régimen subsidiado, destinando muy pocos recursos para la ampliación de la cobertura.

Por todo esto, dentro del plan de desarrollo departamental de la actual administración “Antioquia Nueva, un hogar para la vida”, se definió un esquema, aunque muy limitado, de nuevas afiliaciones, que pretende otorgar subsidios parciales a 251 mil personas en los niveles II y III del Sisbén de los municipios de Medellín, Bello, Itagüí y Caldas, y subsidios totales para 30.000 personas en los niveles I y II del Sisbén en todo el departamento.

⁶ Banco de la República – DANE, Informe de Coyuntura Económica “ICER”. Antioquia I semestre de 2004.

Cuadro 9

Colombia vs Antioquia. Población total, afiliada y no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud 1997 - 2003

Población /Años	miles						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Colombia							
Régimen contributivo	15.000	11.100	12.300	12.369	13.077	12.646	12.326
Régimen subsidiado	7.600	8.500	9.400	9.510	11.037	11.444	11.781
Población no afiliada	17.464	21.226	19.889	20.442	18.921	19.744	20.476
Población total	40.064	40.826	41.589	42.321	43.035	43.834	44.583
Cobertura /pobalción total	56,41	48,01	52,18	51,70	56,03	54,96	54,07
Antioquia							
Régimen contributivo	2.339	2.112	2.113	2.132	2.221	2.295	2.242
Régimen subsidiado	1.016	1.089	1.119	1.112	1.160	1.198	1.228
Población no afiliada	1.789	2.021	2.068	2.134	2.073	2.039	2.139
Población total	5.144	5.222	5.300	5.378	5.454	5.532	5.609
Cobertura /pobalción total	65,22	61,3	60,98	60,32	61,99	63,14	61,86

Fuente:DANE, DNP y DSSA; cálculos del autor

Igualmente, la crisis financiera de algunas empresas promotoras de salud (EPS) y de gran parte de la red de hospitales públicos está motivando una reforma en profundidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud (actualmente hay varios proyectos de reforma en el Congreso de la República), que pretenden: incrementar la cotización de afiliación, reducir la densidad familiar y disminuir la unidad de pago por capitación (UPC). Estas modificaciones a la Ley 100 de 1993 podrían generar el retiro de afiliados del régimen contributivo, por la posible desmejora en la calidad del servicio y propiciar una reducción de los recursos para subsidios de salud del FOSYGA, que son una fuente de financiamiento del régimen subsidiado.

A pesar de que en este estudio se demuestra que al interior del departamento de Antioquia y en general en el país no se logró la cobertura universal en salud, se advierte un gran esfuerzo en este objetivo, posiblemente anulado por la desaceleración de la economía y los cambios institucionales que se introdujeron en el país en la década de los noventa. Los grandes recursos destinados al sector y las metas de cobertura plasmadas en el plan de desarrollo nacional y en el plan de desarrollo de Antioquia, demuestran que persiste la intención de extender los subsidios de salud a un mayor número de habitantes.

4. Conclusiones

En cumplimiento de los postulados constitucionales de implementar en Colombia un Sistema de Seguridad Social en Salud, universal, eficiente y solidario, el departamento de Antioquia realizó esfuerzos importantes en esa dirección. A pesar de que su indicador de cobertura en proporción a la población total descendió de 65,22% en 1996 a 61,86% en 2003, el número de afiliados al régimen subsidiado tuvo un incremento del 50,0% y el descenso de la afiliación en el régimen contributivo estuvo más asociado a la crisis económica vivida en algunos años de la década de los noventa, que a imperfecciones en el diseño del modelo de salud.

Si bien se observan avances importantes en las transferencias de recursos para la salud, todavía quedan excluidas del aseguramiento 2.139 mil personas en Antioquia y las posibilidades de lograr la cobertura universal son bastante remotas. De una parte, el bajo crecimiento del producto, el desempleo y las nuevas formas de contratación laboral van a seguir siendo un obstáculo para que lleguen nuevos cotizantes al régimen contributivo; y de otra, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones van a seguir financiando la actual afiliación del régimen subsidiado, destinando muy pocos recursos para la ampliación de la cobertura.

El esquema de seguridad social financiado con impuestos sobre la nómina (cotización) concentra su cobertura sobre la población ocupada en sectores y actividades formales, de manera que frente al aumento del desempleo y el predominio del empleo informal, la cobertura se reduce y la relación entre empleo y seguridad social se diluye lentamente, lo cual coloca en riesgo el aseguramiento de la población más pobre del país.

Por ello, las políticas públicas diseñadas para alcanzar algún tipo de universalidad y solidaridad en el sistema general de salud deben modificarse, debido a que la transformación de las estructuras del mercado laboral indica que seguirá predominando la generación de un empleo informal, tercerizado y desregulado, muy diferente al de hace algunos años, caracterizado por la estabilidad, la continuidad de ingresos y la cobertura de prestaciones sociales.

En ese sentido, los planes de desarrollo territorial se deben armonizar bajo el objetivo común del crecimiento económico y la generación del empleo estable. Igualmente, se deben establecer acciones concretas que permitan incorporar a toda la población que esté en capacidad de financiar total o parcialmente el seguro de salud y aquella que evade el pago de sus aportes. Y finalmente, se debe procurar reforzar el sistema de subsidios cruzados que permita avanzar hacia esquemas más solidarios.

5. Referencias bibliográficas

Cárdenas Gamboa, Diana, “Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud”, DNP, Bogotá, agosto de 2000.

Congreso de la República, Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema Integral de Seguridad Social”, Bogotá, diciembre de 1993.

Congreso de la República, Ley 715 de 2001, “Por la cual se dictan normas en materia de recursos y competencias y se crea el Sistema General de Participaciones”, Bogotá, diciembre de 2001.

Contraloría General de la República, “Evaluación de la política social 2003”, marzo, 2004.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), “Estudio de cuentas de la Salud 1993 - 1999”, Bogotá. 2000.

Dirección Seccional de Salud de Antioquia, DSSA, “Distribución de recursos para la afiliación del régimen subsidiado en el departamento de Antioquia”, Medellín, 2002.

Gobernación de Antioquia, Plan de Desarrollo Departamental “Antioquia Nueva, Un hogar para la Vida”, Medellín, 2004.

Jeffrey D. Sachs / Organización Mundial de la Salud, “Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico.

Martínez, Félix, M. y otros. ¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud? Editorial Scripto Ltda., Bogotá, 2002.

Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud (GES), “Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia”, Medellín, septiembre de 2003.