

El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena

Antonio Orozco

Lecturas de Economía - No. 80. Medellín, enero-junio 2014

Antonio Orozco

El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena

Resumen: *El propósito del presente estudio es realizar un análisis del sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena desde principios del siglo XXI. Se examinó, desde un enfoque descriptivo y mediante el empleo de cifras oficiales, el estado de cobertura de la población en seguridad social en salud, el estado de la infraestructura de servicios y las condiciones sanitarias de estas ciudades. Los resultados indican que la cobertura universal no ha sido alcanzada; además, la ampliación de los asegurados en el régimen subsidiado se realizó mediante mecanismos poco convenientes. La infraestructura de servicios, a pesar de que mejoró, aún dista del estándar internacional. Por último, los indicadores de mortalidad infantil y materna son altos, y para este último, ambas ciudades se encuentran desfasadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

Palabras clave: *Barranquilla, Cartagena, cobertura en salud, infraestructura de servicios sanitarios, mortalidad infantil, mortalidad materna.*

Clasificación JEL: *I10, I12, I18*

The health care sector in the Colombian cities of Barranquilla and Cartagena

Abstract: *In this paper, we provide an overview of the health care sector in the Colombian cities of Barranquilla and Cartagena since the mid 2000s. We analyze, from a descriptive approach and by using official sources, the state of health care coverage, the state of the health care service infrastructure and the sanitary conditions of these two cities. The results show that universal coverage has not been reached; moreover, the expansion of the subsidized health care scheme has been realized through methods that are not convenient. The health care service infrastructure, despite its improvement, is still far from international standards. Finally, infant and maternal mortality rates are high, and for the latter, both cities are out of line with the Millennium Development Goals.*

Keywords: *Barranquilla, Cartagena, health care coverage, health care service infrastructure, infant mortality, maternal mortality.*

JEL Classification: *I10, I12, I18*

Le secteur de la santé dans les villes colombiennes de Barranquilla et Carthagène

Résumé: *L'objectif de cette étude est d'analyser le secteur de la santé dans les villes colombiennes de Barranquilla et Carthagène depuis les dix premières années du XXI siècle. La couverture maladie universelle, l'infrastructure des services de santé et les conditions sanitaires ont été examinées à partir d'une approche descriptive, tout en utilisant les chiffres officiels. Nous montrons que la couverture maladie universelle n'est pas atteinte, et que la procédure d'inscription des personnes au système de santé financé par l'Etat n'a pas été convenante. Même si l'infrastructure des services de santé s'est amélioré, elle reste encore très en dessous des réglementations internationales. Enfin, les indicateurs de mortalité infantile et ceux du taux de mortalité maternelle sont élevés, et en ce qui concerne ce dernier indicateur, il reste encore très loin des Objectifs du Millénaire pour le Développement.*

Mots-clés: *Barranquilla, Carthagène, couverture maladie universelle, infrastructures des services de santé, mortalité infantile, mortalité maternelle.*

Classification JEL: *I10, I12, I18.*

El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena

Antonio Orozco*

–Introducción. –I. Métodos. –II. Antecedentes. –III. Cobertura de aseguramiento en salud. –IV. Infraestructura de servicios. –V. Indicadores de salud. –Conclusiones. –Bibliografía. –Anexos.

Primera versión recibida el 20 de junio de 2013, versión final aceptada el 19 de diciembre de 2013

Introducción

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud hacia la población con bajos recursos económicos, acompañada de otras medidas específicas, podría salvar un número considerable de vidas, reducir la pobreza, estimular el desarrollo económico y promover la seguridad (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2002). En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por medio de la Ley 100 de 1993, se propuso alcanzar de manera gradual y progresiva la cobertura universal y la igualdad en los servi-

* *Antonio José Orozco Gallo*: Profesional de Estudios Económicos del Banco de la República, sucursal Barranquilla. Dirección postal: Carrera 46 No. 45-39, Barranquilla, Colombia. Dirección electrónica: aorozcga@banrep.gov.co

El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva del autor y no compromete al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

Agradezco los comentarios y sugerencias de María Aguilera, Gerson Javier Pérez, Javier Yabrudi, Karelys Guzmán y Karina Acosta a una versión previa de este documento. También agradezco la colaboración prestada por Kenny Aguilar y Mary Quintero de la Secretaría de Salud Pública de Barranquilla y las recomendaciones de Carlos Mora de la Dirección de Metodología y Producción Estadística del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

cios para todos sus asegurados, de esta forma, pasó a ser uno de los primeros países en desarrollo en introducir un régimen de seguro social con estas características (Glassman, et al., 2010); pero, debido a sus escasos logros, el sistema fue reformado casi tres lustros después de su creación. Lo anterior, sumado a las limitaciones de la población para acceder a los servicios de salud, motivaron la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, por medio de la cual se reconoció la salud como un derecho humano fundamental. A partir de este lineamiento se planteó alcanzar, de manera gradual y sostenible, la cobertura universal e igualar el plan de beneficios al cual tienen derecho los usuarios. Para ello se diseñó una prueba piloto que permitiera implementar un mismo plan de beneficios para toda la población.

Barranquilla y Cartagena fueron las ciudades escogidas para realizar la prueba piloto en el año 2010, debido, en gran parte, al logro de la cobertura universal de la población pobre sin capacidad de pago. Además, sus esfuerzos por modernizar la infraestructura pública hospitalaria y por mejorar el acceso a los servicios de salud les permitió consolidarse como referentes en el contexto nacional. Lo anterior supone un notable avance, considerando que a mediados de la primera década del siglo XXI, el sector salud de estas ciudades se caracterizaba por presentar insuficiencia en la infraestructura de servicios, crisis hospitalaria traducida en el cierre de importantes hospitales, mala calidad en la prestación de servicios, coberturas de afiliación por debajo de las principales ciudades, además de altos índices de mortalidad infantil (Viloria, 2005; Gari & Rada, 2008).

A nivel nacional, los avances en el sector salud desde mediados de la primera década del presente siglo también son sobresalientes. Específicamente, se destaca el incremento de la cobertura total hasta más del 90% (Agudelo, et al. 2011), el crecimiento de la capacidad instalada y de la infraestructura de servicios, el mejoramiento de los indicadores de salud de la población (aumento de la esperanza de vida, reducción de la fecundidad, disminución de la mortalidad infantil, entre otros), el logro anticipado de las metas de cobertura de vacunación de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el grado de avance en el cumplimiento de otros indicadores, como el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud –ISAGS–, 2012). Sin embargo, indicadores como la

mortalidad materna y el porcentaje de menores de cinco años que presentan desnutrición crónica, entre otros, probablemente no alcancen la meta prevista para el 2015 (ISAGS, 2012). Sumado a esto, en los años recientes, el sector de la salud colombiano se ha caracterizado por presentar serios problemas financieros, reflejados en un incremento inusitado de los gastos (Agudelo et al., 2011) y una fuerte crisis hospitalaria, donde un 43% de los hospitales públicos están en riesgo de quiebra (Superintendencia Nacional de Salud, 2013).

En ese orden de ideas, el objetivo del presente documento es presentar un análisis del sector salud de Barranquilla y Cartagena desde mediados de la primera década del presente siglo. Se busca responder, desde un enfoque descriptivo, los siguientes interrogantes: ¿Cómo ha sido el avance en términos de cobertura de la población? ¿Se logró la meta de cobertura universal? ¿Qué ha sucedido con la infraestructura de servicios? ¿Qué reflejan los indicadores de mortalidad de interés en salud pública y de cobertura de vacunación? ¿Cuál es el estado de avance de los indicadores sanitarios analizados con respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Los resultados obtenidos pueden brindar información útil para los responsables de la adopción de medidas de política, tanto local como nacional.

El artículo está estructurado de la siguiente manera: en la primera sección se describe la metodología utilizada para el desarrollo del estudio. En la segunda sección se detallan los antecedentes que delinearon el objeto del estudio. Los resultados en cuanto a la cobertura de la seguridad social en salud se presentan en la tercera sección. El análisis de la infraestructura de servicios y de los indicadores de mortalidad de interés en salud pública y de cobertura de vacunación se presenta en la cuarta y quinta sección, respectivamente. Por último se exponen las conclusiones.

I. Métodos

Se trata de un estudio descriptivo que usa fuentes secundarias de información para indagar sobre: el estado de cobertura de la población a la seguridad social en salud, el estado de la infraestructura de servicios y las condiciones sanitarias de la población objeto de estudio (a partir de indicadores de mortalidad de interés en salud pública y de cobertura de vacunación). Como

periodo de análisis se toma desde el año 2004 hasta el 2012, dependiendo de ciertas fuentes cuya información está disponible a partir de años posteriores o no se encuentran actualizadas a la última fecha de análisis; asimismo, en el caso de los afiliados al régimen subsidiado según la modalidad de subsidio, se evaluó desde el año 2002 debido a que desde ese año se implementó la modalidad de subsidios parciales.

Como fuentes de información se utilizaron las cifras de afiliados a la seguridad social en salud, del Ministerio de la Protección Social (2006) y del Ministerio de Salud y Protección Social (2012, 2013a), y las estimaciones y proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE (s.f.) para medir la cobertura. Alternativamente, se estimó la cobertura en salud por medio de la Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH del DANE (s.f.). Por otro lado, la infraestructura de servicios se midió a través del número de camas por cada mil habitantes, cuya fuente a nivel de países corresponde a las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS (2005-2013), y a nivel de ciudad corresponde a los cálculos realizados por Vitoria (2005) y Gari y Rada (2008) para el primer periodo, y a cálculos propios de acuerdo con el registro especial de prestadores de servicios de salud para el segundo periodo. En cuanto a los indicadores de cobertura de vacunación y mortalidad de interés en salud pública, la fuente corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social (2013b; s.f.). Por último, las metas propuestas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia se obtuvieron del Departamento Nacional de Planeación – DNP (2005). Es importante señalar que las limitantes de información en el sector salud para estas ciudades restringe los alcances del estudio; no obstante, no le resta valor al aporte descriptivo aquí presentado.

II. Antecedentes

En 1993 se reformó el sector salud con la expedición de la Ley 100. Con ello se buscaba solucionar los problemas de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios. Esta ley definió como uno de sus principales objetivos alcanzar la cobertura para toda la población

mediante el aseguramiento en salud¹ (DNP, 2002); asimismo, creó las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional pudieran acceder a un mismo plan de beneficios². Lo anterior debía lograrse de manera gradual y progresiva según la norma, considerando que al momento de su expedición solamente el 24% de la población estaba cubierta por algún tipo de seguro y el plan de beneficios del régimen subsidiado ascendía al 50% del contributivo (Viloria, 2005).

Desde 1995 el plan de beneficios de ambos regímenes registró una serie de actualizaciones y aclaraciones sin conseguir su equivalencia. Además, la meta de cobertura universal, planteada para el año 2000, no fue alcanzada. Como respuesta a lo anterior, en 2007 con la reforma al sistema de salud, mediante la Ley 1122, se propuso que para el año 2010 debería estar cubierta toda la población clasificada en los niveles I, II y III del sistema de identificación y selección de beneficiarios (Sisben). Asimismo, se planteó que el plan de beneficios se actualizaría anualmente buscando el acercamiento progresivo de su contenido. A pesar de estas medidas, los avances fueron insuficientes. Lo anterior, sumado a los continuos reclamos de los ciudadanos por medio de tutelas, propició que en 2008 la Corte Constitucional le exigiera al Gobierno Nacional, por medio de la Sentencia T-760, garantizar el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental. Para ello, le ordenó asegurar la cobertura universal del sistema y la adopción de un programa y un cronograma para alcanzar de manera gradual y sostenible la unificación de los planes de beneficio³.

Los primeros avances se dieron un año después con la unificación del plan de beneficios para la población entre los cero y doce años. Un año más

1 El aseguramiento en salud se ejecuta bajo dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero cubre la población con capacidad de pago y el segundo la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago.

2 Entiéndase por plan de beneficios el Plan Obligatorio de Salud (POS), que es el conjunto básico de servicios de atención en salud contenido en un listado de medicamentos, servicios y procedimientos.

3 Para mayor detalle en cuanto a la evolución jurídica de la cobertura universal y la unificación de los planes de beneficio, se recomienda ver en el Anexo la Tabla 1.

tarde, el mismo privilegio sería alcanzado por las personas mayores de doce y menores de dieciocho años. Eventualmente, en el año 2010, por decreto nacional se definió la necesidad de un plan básico, sostenible y progresivo para la unificación completa de los planes de beneficio en todo el territorio nacional⁴. En ese sentido, se establecieron las condiciones de gradualidad en la unificación y los criterios para su aplicación, a partir de los resultados obtenidos en los municipios seleccionados dentro de las pruebas pilotos. Como resultado, las ciudades de Barranquilla y Cartagena fueron escogidas para dicha implementación inicial.

Las condiciones iniciales que permitieron a Barranquilla y Cartagena ser seleccionadas dentro de la prueba piloto fueron: su intención formal de participar en el proceso, el haber logrado la cobertura universal del régimen subsidiado y la capacidad de garantizar la sostenibilidad de la universalización y de la unificación mediante un plan general financiero. Los resultados de las pruebas pilotos en estas ciudades permitieron comprobar la viabilidad de la unificación, y por tal motivo se convirtieron en un referente válido para la toma de decisiones en el contexto nacional (Comisión de Regulación en Salud –CRES–, 2012). Ante esto, los resultados comenzaron a materializarse un año después con la unificación del plan de beneficios para la población mayor de sesenta años; luego, un año más tarde, se logra reglamentar la unificación para la población entre dieciocho y cincuenta y nueve años. Así, desde el 1 de julio de 2012, los afiliados del régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

III. Cobertura de aseguramiento en salud

Con la expedición de la Ley 100, Colombia inició sus planes de cobertura universal por medio del aseguramiento del grupo familiar al régimen contributivo y el preludeo del régimen subsidiado. Bajo esta directriz se lograron importantes avances en términos de afiliación para la población. Lo anterior puede constatarse al revisar las cifras oficiales, las cuales indi-

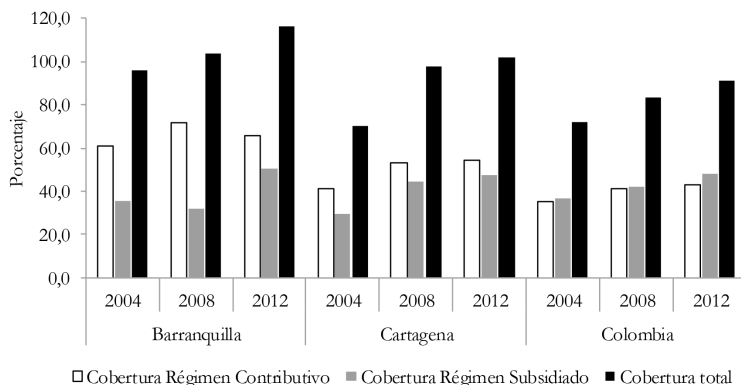
4 Decreto 965 del 24 de marzo de 2010.

can, como se ilustra en el Gráfico 1, que la cobertura aumentó considerablemente entre 2004 y 2012, teniendo en cuenta la población estimada y proyectada por el DANE. Dicho gráfico muestra cómo el porcentaje de afiliados al sistema en Colombia pasó de 72% en 2004 a 91% en 2012. En Cartagena se ubicó en 102% para el último año, con un incremento de 32% en la población asegurada durante el periodo estudiado. Barranquilla, por su parte, presenta desde 2008 una cobertura superior al 100%, al punto que en 2012 esta fue mayor en dieciséis puntos porcentuales (pp) a la población proyectada.

Es evidente, tanto en estas ciudades como a nivel nacional, que el aumento en la cobertura provino principalmente del incremento de la afiliación al régimen subsidiado. Específicamente, a partir de 2004 este esquema de aseguramiento sufrió un cambio decisivo como resultado de la aplicación de subsidios parciales⁵. En Barranquilla, la implementación de este tipo de subsidios le permitió duplicar el número de afiliados, pasando de 191.505 personas aseguradas en 2003, a 402.835 en 2004; de estas últimas, 199.957 personas fueron afiliadas a través de subsidios parciales, como se ilustra en el Gráfico 2. Dicho mecanismo permitió afiliar un total de 834.698 individuos entre 2004 y 2010, siendo más relevante su aplicación en los primeros cuatro años del periodo. En Cartagena, por su parte, el incremento no fue tan notable, considerando que solo 134.246 personas fueron vinculadas entre 2004 y 2010. Como resultado de lo anterior, del total de subsidios parciales otorgados en el territorio nacional durante el periodo analizado, un 10% correspondió a Barranquilla, mientras que un 2% a Cartagena.

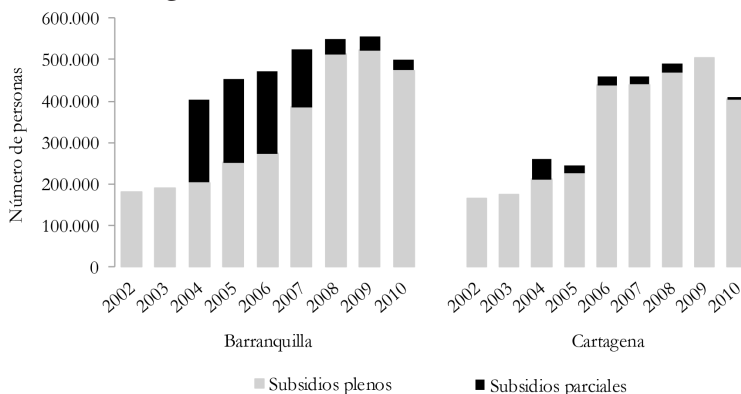
5 Alternativa para alcanzar la cobertura universal, formulada en los artículos 211 y 213 de la Ley 100 de 1993 y constituida mediante el Acuerdo 190 de 2001 de la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Este tipo de subsidios solamente cubren las enfermedades de alto costo, ortopedia, traumatología y rehabilitación física, atención integral a la gestante y medicamentos requeridos para estas actividades, es decir, solo cubre una proporción del plan de beneficios del régimen subsidiado.

Gráfico 1. Colombia, Barranquilla y Cartagena: cobertura de la seguridad social en salud; 2004, 2008 y 2012



Nota: la cobertura se mide como la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, en sus diferentes regímenes, sobre la población estimada y proyectada del DANE. Su interpretación indica el porcentaje de la población que se encuentra cubierta por el sistema de seguridad social en salud. Para calcular las coberturas se usaron las series población del DANE: estimaciones 1985-2005 y proyecciones 2005-2020. *Fuente:* cálculos del autor basados en: Año 2004, Ministerio de la Protección Social (2006). Años 2008 y 2012, Ministerio de Salud y Protección Social (2012).

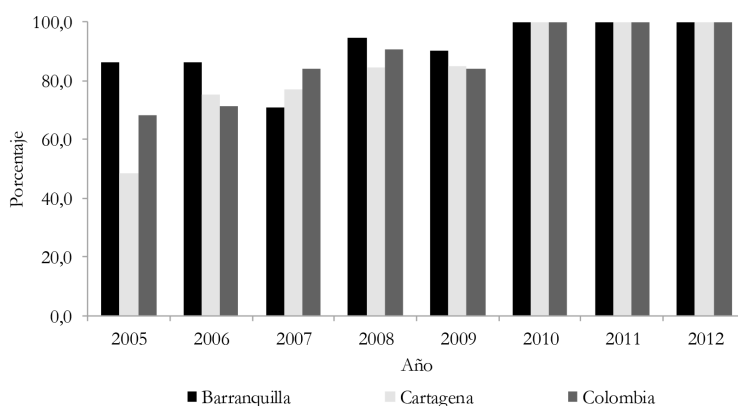
Gráfico 2. Barranquilla y Cartagena: afiliados al régimen subsidiado, según modalidad del subsidio; 2002-2010



Nota: la implementación de subsidios parciales inicia en 2002 con la experiencia piloto en Pasto (Nariño), a través del Acuerdo 233 del mismo año, y culmina en 2010, luego de que se trazara como meta alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben, según el artículo 9 de la Ley 1122 de 2007. *Fuente:* cálculos del autor con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2010).

Si bien en Cartagena los subsidios parciales posibilitaron la afiliación de un mayor número de personas al régimen subsidiado, no fueron los que impulsaron la mayor cobertura alcanzada por dicho régimen. Como se puede observar en el Gráfico 2, la población afiliada en 2006 prácticamente duplicó a la del año precedente, como consecuencia del proceso de afiliación masiva llevado a cabo en el mismo año y que se tradujo en un aumento de 177.293 asegurados (Cartagena Cómo Vamos, 2008, p.12). Una forma alternativa de examinar este cambio es por medio de la cobertura de la población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado. Como se muestra en el Gráfico 3, mientras en 2005 solo un 48% de esta población se encontraba asegurada, en 2006 este porcentaje se ubicó en 76% gracias al proceso de afiliación masiva. Por otro lado, es importante resaltar que la cobertura universal de este segmento de la población fue alcanzada desde 2010. Este hecho va en línea con lo dispuesto por la Ley 1122 de 2007.

Gráfico 3. Colombia, Barranquilla y Cartagena: cobertura de población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado, 2005-2012



Nota: la cobertura se mide como la población afiliada al régimen subsidiado sobre la población susceptible de ser afiliada a dicho régimen. Su interpretación indica el porcentaje de esta población que se encuentra cubierta por el régimen subsidiado. Hasta el año 2004 la población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado se calculaba a partir de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas. Desde 2005 corresponde a la población Sisben 1 y 2 más población indígena menos población Sisben 1 y 2 afiliada al régimen contributivo.

Fuente: cálculos del autor con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2013a).

Como se mencionó anteriormente, la cobertura en salud creció notablemente a mediados de la última década; sin embargo, no es posible asegurar que la cobertura universal haya sido alcanzada, dada la poca confiabilidad de las cifras oficiales debido a la ausencia de una depuración sistemática y continua de las cifras de afiliados. Este hecho origina problemas, siendo los más frecuentes la doble afiliación y la afiliación sin derecho al régimen subsidiado (Stefano, Granados & Vergara, 2006). Cartagena y Barranquilla no son ajenas a estas irregularidades: para la primera ciudad, Vilorio (2005) aduce inconsistencias en la información, mientras que para la segunda Gari & Rada (2008) señalan que existe un sobredimensionamiento de los datos.

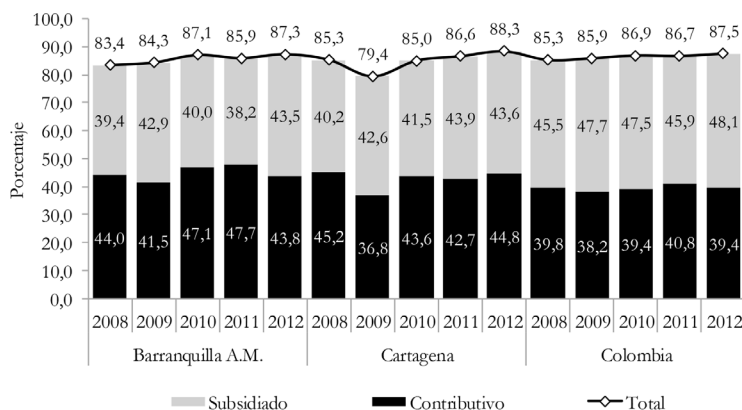
Para contrastar las cifras oficiales se encuentran las estimaciones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 (Profamilia, 2011). Según esta, la cobertura para Barranquilla y su área metropolitana fue de 83%⁶; para toda Colombia, por su parte, fue de 87%. Otra forma de estimar la cobertura en salud es por medio de la GEIH del DANE. Esta encuesta incluye a las personas que afirmaron estar afiliadas, ser cotizantes o beneficiarios de alguna entidad de seguridad social en salud. Como muestra el Gráfico 4, entre 2008 y 2012 las cifras de cobertura en Barranquilla⁷ y Cartagena promediaron 87% y 90%, en su orden. Estos valores no se distanciaron de la media nacional que se ubicó en 89%. En la capital del Atlántico la cobertura promedio del régimen contributivo (45%) superó a la del subsidiado (41%); en Cartagena la distribución de afiliados es similar en ambos regímenes (42%); mientras que a nivel nacional, la mayor proporción de asegurados recae sobre el subsidiado (47%).

Bajo este escenario, es cierto que en la actualidad existe un mayor número de asegurados que hace diez años, debido al alcance que ha registrado el régimen subsidiado; sin embargo, se desconoce el número exacto de afiliados

6 Las cifras para Cartagena se encuentran contenidas a nivel de departamento.

7 Barranquilla y su área metropolitana (AM) que incluye al municipio de Soledad.

Gráfico 4. Colombia, Barranquilla AM y Cartagena: cobertura de la seguridad social en salud a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2008-2012 (diciembre)



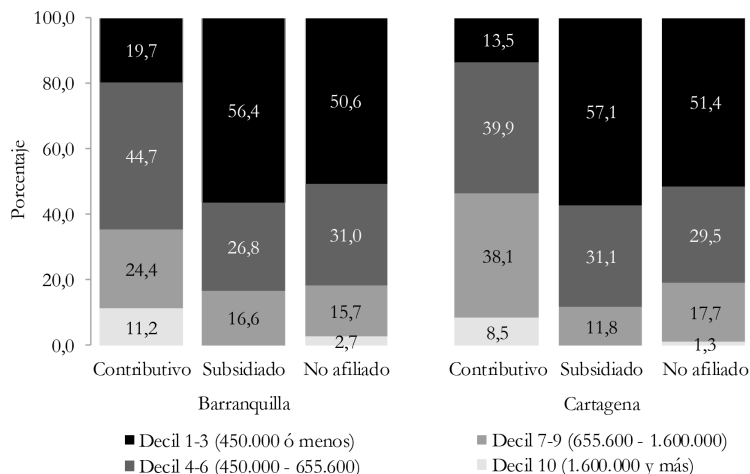
Nota: la cobertura corresponde a la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, en cualquiera de sus regímenes, sobre la población estimada según la encuesta. Su interpretación indica el porcentaje de la población que se encuentra cubierta por la seguridad social en salud. La información estadística a nivel de microdatos de la GEIH solo está disponible desde 2008.

Fuente: cálculos del autor con base en GEIH 2008-2012 (DANE, s.f.).

dadas las irregularidades en las cifras oficiales. Por lo tanto, no existe claridad sobre la posible cobertura universal. Sumado a esto, es probable que el principio de solidaridad⁸, consagrado como uno de los pilares de la seguridad social, no esté siendo aplicado adecuadamente entre los asegurados de las ciudades estudiadas, ya que al indagar sobre el estado de afiliación de las personas receptoras de ingresos en el último año de análisis, se observa que un poco más de la mitad de los no afiliados, en ambas ciudades, corresponde a la población con menos recursos (deciles 1 a 3), y un porcentaje considerable de personas con altos ingresos (deciles 7 a 10) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, como se muestra a continuación en el Gráfico 5.

8 Según este principio, la población de mayores recursos subsidia la vinculación al sistema de la población más pobre.

Gráfico 5. Barranquilla y Cartagena: cobertura de la seguridad social en salud por decil de ingreso, 2012 (diciembre)



Nota: la cobertura corresponde a la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, en cualquiera de sus regímenes, sobre la población estimada según la encuesta. Su interpretación indica el porcentaje de la población que se encuentra cubierta por la seguridad social en salud.

Fuente: cálculos del autor con base en GEIH 2008-2012 (DANE, s.f.).

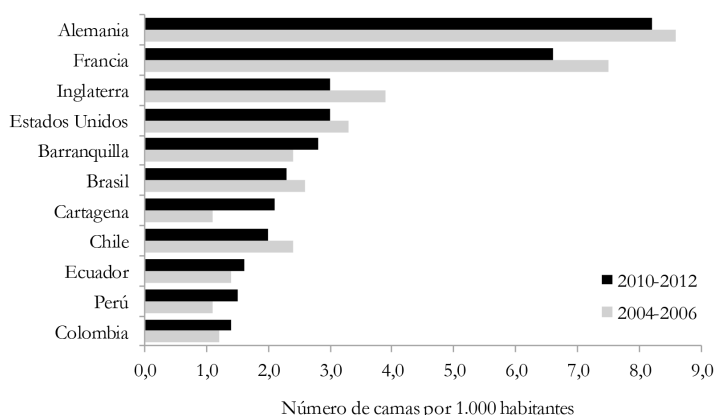
IV. Infraestructura de servicios

En Colombia son evidentes los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud durante la última década. El Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS (2012) resalta el crecimiento de la capacidad instalada en el periodo 2002-2010, especialmente en el número de camas en los hospitales de primer nivel, en las salas operatorias en los de segundo y tercer nivel, además de la oferta de servicios.

Como muestra de ello, el número de camas por cada mil habitantes aumentó de 1,2 a 1,4 entre 2004 y 2012. En Barranquilla y Cartagena el indicador de infraestructura de servicios aumentó considerablemente durante este mismo periodo (Gráfico 6). Esto pone en evidencia los esfuerzos de las administraciones distritales por ampliar y modernizar la red pública hospitalaria. En Barranquilla, los mayores esfuerzos se evidenciaron a partir de 2009, con

la apertura de 19 centros de salud (Pasos) y 5 centros de atención de segundo nivel (Caminos). Es importante resaltar, en línea con Pérez (2013), que en dicha ciudad la expansión y el mejoramiento de su red pública hospitalaria condujo a mejoras notables en la prestación de servicios, especialmente en los indicadores de accesibilidad. En Cartagena, por su parte, la modernización se hizo notable en 2011, con la apertura de 3 hospitales, 2 centros de atención permanente (CAP) y una unidad primaria de atención (UPA).

Gráfico 6. Colombia, Barranquilla, Cartagena y otros países: número de camas por cada mil habitantes, 2004-2006 y 2010-2012



Nota: este indicador se mide como el cociente del número total de camas hospitalarias y el total de habitantes de un territorio y periodo dado, multiplicado por 1.000. Su interpretación indica el número de camas con las que dispone el hospital para dar servicios de hospitalización a la población por cada 1.000 habitantes.

Fuente: Colombia y demás países: OMS (2005-2013). Barranquilla y Cartagena, periodo 2004-2006: Gari y Rada (2008, p.69) y Viloría (2005, p.21); periodo 2010-2012: cálculos del autor con base en Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) y DANE (s.f.).

A pesar de que la infraestructura de servicios hospitalarios de estas dos ciudades ha mejorado, el número de camas por cada mil habitantes se encuentra por debajo de la norma internacional recomendada por la OMS – 4 a 4,75 camas por cada 1.000 habitantes para poblaciones mayores de 100.000 personas– y de los valores registrados para este indicador en países como Alemania, Francia, Inglaterra y Estados Unidos. Pese a estar por encima del promedio nacional como se observa en el Gráfico 6.

V. Indicadores de salud

A. Cobertura de vacunación

Por iniciativa de la OMS, en 1977 se formuló el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)⁹ en las Américas. Colombia adoptó el Plan en 1979. En su desarrollo se apoyó en los programas de vacunación masiva: “Canalización” en 1982 y “Jornadas de vacunación” (1984), con lo cual consiguió una importante ampliación de la cobertura, y logró convertirse en uno de los países modelo de la OMS para la meta de Salud Para Todos en el año 2000¹⁰ (Arroyave, 2009, p. 22).

En el contexto regional, las coberturas de vacunación entre 2004 y 2012 señalaron importantes avances para las ciudades analizadas. Durante este periodo, la cobertura universal fue alcanzada para todas las vacunas¹¹, como se ilustra en el Gráfico 7. La vacuna contra la poliomielitis (polio) cobijó en promedio un 111% y un 115% de la población menor de un año de Barranquilla y Cartagena, respectivamente. Sumado a eso, la población de un año en ambas ciudades estuvo cubierta en un 111% y un 118% contra la triple viral (TV). Barranquilla se destacó por mantener altas coberturas en la mayoría de vacunas, especialmente en la prevención de la tuberculosis.

Es de resaltar el progreso en los porcentajes de cobertura a partir de 2005, consistente con los mayores esfuerzos del orden distrital en materia de salud pública. De esta manera, se cumple con la meta de alcanzar y mantener

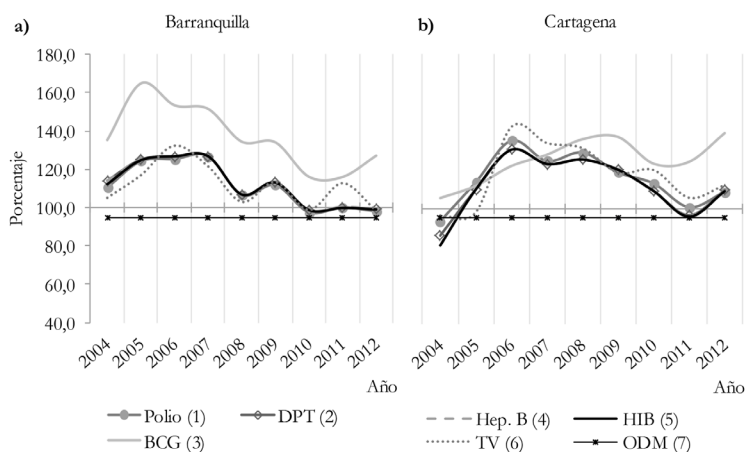
9 El PAI ofrece apoyo a los servicios nacionales de inmunización con el fin de alcanzar la vacunación de todos los niños menores de un año. Estableció como meta mantener en la población objeto del programa coberturas de vacunación por biológico y municipio iguales o superiores al 95%.

10 Meta social de los gobiernos y de la OMS consistente en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

11 Según la OMS, se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral. Recuperado de <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

las coberturas de vacunación en 95%, acorde con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015¹².

Gráfico 7. *Barranquilla y Cartagena: cobertura de vacunación, 2004-2012*



Notas: (1) vacuna contra la poliomielitis; (2) difteria, tos ferina y tétanos; (3) Antituberculosa; (4) Hepatitis B; (5) Haemophilus influenzae tipo B; (6) triple viral; (7) Objetivos de Desarrollo del Milenio. La vacuna contra la triple viral se aplica a la población de un año de edad, el resto a la población menor de un año. Este indicador se mide como el cociente del número de personas inmunizadas por tipo de vacuna y la población definida por el DANE, para un rango de edad específico. Su interpretación indica el porcentaje de la población cubierta por algún tipo de vacuna. Las coberturas pueden ser superiores al 100% debido a que la población objeto de inmunización corresponde a estimaciones y proyecciones.

Fuente: cálculos del autor con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2013b) y DNP (2005).

B. Mortalidad de interés en salud pública y atención prenatal

En la capital del Atlántico, la tasa de mortalidad infantil disminuyó a una razón de 5,5 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos entre 2005 y 2011. Durante el periodo en mención, promedió un cociente de 17,3 fallecimientos de menores de un año por mil nacimientos con vida (Gráfico

12 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el 2015. Dentro de estos propósitos se plantea la necesidad de luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer.

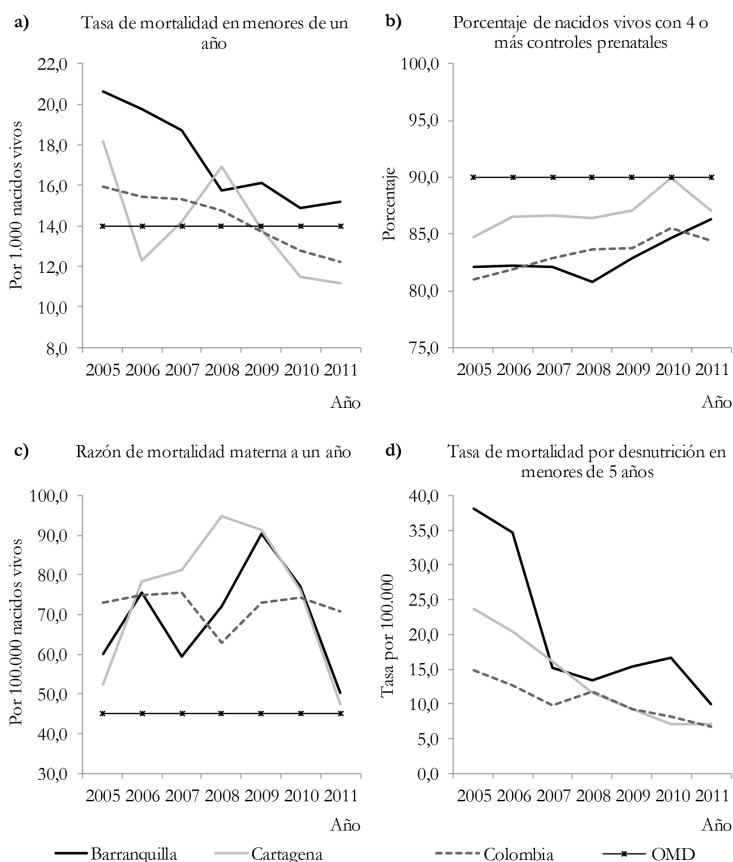
8.a). Cartagena, por su parte, contrajo la tasa en una mayor proporción (7) y registró una media de 14. A pesar de los avances en ambas ciudades por reducir los niveles de mortalidad infantil, sus tasas promediaron valores por encima del nacional; especialmente Barranquilla, donde se evidenció un elevado índice de mortalidad para la población menor de un año de edad. Al comparar estos índices con los ODM, se observa el rezago en la capital del Atlántico: el objetivo de Colombia es reducir la mortalidad de menores de un año para el periodo entre 1990 y 2015 a 14 muertes por mil nacidos vivos; en 2010, la cifra para Barranquilla era de 15,2 mientras que en Cartagena era de 11,1.

Según la Secretaría Distrital de Salud Pública de Barranquilla (2011, p. 264), los trastornos respiratorios del periodo perinatal, las malformaciones congénitas y la sepsis fueron las principales causas de muerte infantil en 2009. Este hecho está asociado a los precarios porcentajes en cobertura de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. Como muestra el Gráfico 8.b, Barranquilla promedió una cobertura de 83%, ubicándose por debajo del total nacional. Entre 2005 y 2011 la proporción solo avanzó de 82% a 86%. Ante esto, la capital del Atlántico se encuentra desfasada con los ODM, los cuales plantean incrementar en 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales, buscando mejorar la salud sexual y reproductiva. Debe resaltarse el progreso logrado en Cartagena durante este periodo, aunque es necesario que se mantenga o aumente el nivel de cobertura actual para cumplir con los ODM.

El Gráfico 8.c muestra la razón de mortalidad materna. Este indicador para Barranquilla y Cartagena fue relativamente alto durante el periodo (con promedios de 69 y 74, en su orden), situación que refleja la fragilidad de los servicios de salud en ambas ciudades. En palabras de Daniela Díaz (2006, p.9): “La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de una mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención en salud”. Es notable que estas ciudades, a pesar de los esfuerzos, especialmente en el último año, no cumplan con los ODM, cuya meta propone reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. Asimismo, debe considerarse como un motivo de atención y preocupación que esta razón en 2010 oscilaba en 77 para Barranquilla y en 76

para Cartagena, considerando que entre 2005 y 2010 creció en 17 y 24 para la primera y segunda ciudad, en su orden.

Gráfico 8. Colombia, Barranquilla y Cartagena: mortalidad de interés en salud pública y atención prenatal, 2005-2011



Nota: los indicadores son calculados por lugar de residencia habitual y no lugar de ocurrencia.

(a) Indica el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos para un año dado.

(b) Se define como la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles prenatales en un periodo determinado.

(c) Expresa la relación de mujeres que fallecen por causas asociadas a la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos. Donde muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o en el lapso de 42 días de la terminación de su embarazo.

(d) Se define como el número total de niños entre 0 y 5 años que mueren de cada cien mil niños entre 0 y 5 años, a causa de la desnutrición.

Fuente: cálculos del autor con base en Ministerio de Salud y Protección Social (s.f.) y DNP (2005).

Otro hecho que también debe ser tenido en cuenta son las altas cifras de mortalidad infantil por desnutrición. En el Gráfico 8.d se observa que en 2011 la mortalidad por desnutrición en menores de cinco años en Barranquilla y Cartagena se ubicó en 10 y 7 por cada cien mil niños entre 0 y 5 años, mientras que a nivel nacional se registró una tasa de 6. Es indiscutible la brecha existente, puesto que en 2005 Barranquilla y Cartagena superaban ampliamente los índices actuales. A pesar de que se han reducido las cifras de mortalidad por carencia alimenticia, es evidente que los esfuerzos por mejorar la nutrición infantil han sido insuficientes.

Conclusiones

Desde su creación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud se propuso dentro de sus principales metas asegurar a toda la población del territorio nacional y garantizarle un plan de beneficios igualitario. Este importante propósito debía lograrse de forma gradual y progresiva, sin embargo, no fue alcanzado dentro del plazo previsto. A pesar de que el sistema de salud fue reformado, fue la Corte Constitucional, bajo el principio que define a la salud como un derecho fundamental, quien determinó de forma contundente que esta meta debía ser lograda cuanto antes. A partir de entonces se dieron los principales avances en la unificación de los planes de beneficios para toda la población. Barranquilla y Cartagena fueron las ciudades seleccionadas para aplicar una prueba piloto, por lo tanto, desempeñaron un papel fundamental al ser las primeras ciudades donde todos sus habitantes tenían los mismos derechos en el acceso a los servicios de salud. Dentro de las principales razones por las cuales fueron escogidas, se encuentra su capacidad financiera y el haber alcanzado la cobertura universal en el régimen subsidiado. Asimismo, los avances que estas ciudades presentaban en términos de infraestructura de servicios hicieron más notoria su condición de emisarios de los logros alcanzados por el sistema de salud nacional.

Si bien son notables los resultados en términos de población asegurada, no es preciso afirmar que la cobertura universal ha sido alcanzada debido a la poca confiabilidad de las cifras oficiales. Estas, al ser contrastadas con encuestas representativas en el territorio nacional, presentan inconsistencias

y sobredimensionamiento de los datos. La afiliación de un mayor número de personas en el régimen subsidiado propició el avance registrado en la cobertura total, sin embargo, los mecanismos utilizados para lograr esta mayor afiliación no fueron los más convenientes. En Barranquilla la cobertura en el régimen subsidiado fue ampliada mediante los subsidios parciales, mientras que en Cartagena se efectuó a través de un proceso de afiliación masiva. En el primer caso dicha implementación supone una garantía parcial en el plan de beneficios al que tienen derecho los asegurados, y en el segundo, a pesar de que cubre la totalidad del plan, debió garantizarse de forma inmediata a un gran número de afiliados entre un año y otro. Lo anterior podría considerarse como un desequilibrio del sistema en ambas ciudades, puesto que sus esfuerzos fueron dirigidos a la afiliación del mayor número de usuarios posibles para alcanzar la cobertura universal en el régimen subsidiado, sin tener en cuenta los alcances que esto pueda tener en la equidad y calidad de los servicios prestados. Sumado a esto, un porcentaje considerable de la población con menos recursos no está asegurada y personas con capacidad de pago se encuentran afiliadas al régimen subsidiado.

Barranquilla y Cartagena se caracterizaron, a finales de la primera década del presente siglo, por sus importantes esfuerzos en ampliar y modernizar su red pública hospitalaria. Este hecho posibilitó la construcción de hospitales y centros de atención en diferentes niveles de complejidad; de este modo, se incrementó el número de camas por cada mil habitantes. A pesar de que las cifras de estas dos ciudades están por encima del promedio nacional, se encuentran bastante distantes de las cifras recomendadas por la OMS. Lo anterior suscita que los esfuerzos no han sido suficientes y que es necesario seguir trabajando en mejorar la infraestructura pública hospitalaria.

A pesar de los logros alcanzados en términos de cobertura e infraestructura de servicios, los indicadores de mortalidad de interés en salud pública reflejan otra realidad al interior de las ciudades estudiadas. Si bien los niveles de mortalidad infantil se han reducido en ambas ciudades, promediaron valores por encima del nacional, hecho que podría estar asociado a los bajos porcentajes de cobertura de nacidos vivos con más o cuatro controles prenatales. Asimismo, los niveles de mortalidad materna evidencian la fragilidad de los servicios de salud, porque promediaron tasas notablemente superiores

al registro nacional. Sumado a esto, las cifras de mortalidad infantil por desnutrición son altas, y solo hasta hace un par de años sus niveles se aproximaron al nacional, considerando la brecha existente a mediados de la primera década del presente siglo. Como resultado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio aún no han sido alcanzados por estas ciudades en términos de mortalidad materna y control prenatal, y en la capital del Atlántico en términos de mortalidad infantil. En contraste, y como hecho destacable, los programas de cobertura de vacunación han sido exitosos al cobijar a toda la población objetivo durante un periodo prolongado.

En este orden de ideas, se podría argumentar que el sector salud en Barranquilla y Cartagena presenta dificultades en cuanto al cuidado de un segmento importante de la población como son las mujeres embarazadas y los niños, a pesar de haber avanzado en términos de cobertura e infraestructura de servicios. Esto hace pensar que los esfuerzos no han sido suficientes, por lo tanto se debe continuar con el propósito de reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, en línea con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asimismo estas ciudades deben asumir un mayor compromiso en garantizar la salud como un derecho fundamental para toda la población. De esta forma, podrían erigirse como referentes importantes para la toma de decisiones en el contexto nacional, como lo fueron con anterioridad en la igualación de los planes de beneficio, en términos de calidad y equidad en la prestación de servicios.

Bibliografía

- AGUDELO, Carlos Alberto; CARDONA, Jaime; ORTEGA, Jesús & ROBLEDO, Rocío (2011). “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 16, No. 6, pp. 2817-2828.
- ARROYAVE, Iván Darío (2009). *La organización de la salud en Colombia*. Recuperado de: http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2010/La_organizacion_de_la_salud_en_Colombia_2009.pdf (Enero 20 de 2014).

- CARTAGENA CÓMO VAMOS (2008). “Evaluación ciudadana a la calidad de vida en Cartagena 2008”. Recuperado de: https://www.google.com.co/?gws_rd=cr&ei=cAHPUutNira_QB8KFgOgF#q=Evaluaci%C3%B3n+ciudadana+a+la+calidad+de+vida+en+Cartagena+2008 (Enero 15 de 2013).
- COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES) (2012). *Estudio técnico para la estimación de la UPC del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años*. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%20032_%20de%202012%20-%20Documento%20UPC%20Unificaci%C3%B3n.pdf (Mayo 20 de 2013)
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) (s.f.). *Gran encuesta integrada de hogares – GEIH 2008-2012*. Dirección de metodología y producción estadística. Recuperado de: <http://formularios.dane.gov.co/pad/index.php/catalog> (Marzo 22 de 2013).
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) (s.f.). *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal total por área 1985-2020*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion> (Noviembre 22 de 2012).
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (DNP) (2002). “Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos”. *Documento Conpes 3204*. Autor.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (DNP) (2005). “Las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015”, *Conpes Social 91*. Autor.
- DÍAZ, Daniela (2006). *Mortalidad materna: una tarea inconclusa*. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
- GARI, Christian y RADA, Rafael (2008). “Situación del sector salud en Barranquilla y de la ESE Redehospital (2004-2007)”, *Fundación la Paz*. Recupe-

rado de: <http://www.camarabaq.org.co/images/pdf/sector%20salud%202004-2007.pdf> (Noviembre 10 de 2012).

GLASSMAN, Amanda; ESCOBAR, María Luisa; GIUFFRIDA, Antonio & GIDEON, Ursula (Eds.) (2010). *Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia*. Washington, Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo y The Brookings Institution.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD (ISAGS) (2012). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro, Brasil: Autor.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (s.f.). *Registro especial de prestadores de servicios de salud*. Recuperado de: <http://201.234.78.38/habilitacion/> (Noviembre 7 de 2013).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (s.f.). *Sistema integral de información de la protección social - SISPRO*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/consultaInformacion/default.aspx> (Noviembre 7 de 2013).

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2006). *Indicadores básicos 2005, situación de salud en Colombia*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Forms/documentosypublicaciones.aspx> (Octubre 10 de 2012).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2010). *Cifras del Régimen Subsidiado*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CIFRASDELREGIMENSUBSIDIADO.aspx> (Noviembre 7 de 2013).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2012). *Base de datos única de afiliados – BDUA, 2008 y 2012*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Estadisticas/Forms/AllItems.aspx> (Noviembre 7 de 2013).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2013a). *Coberturas del Régimen Subsidiado*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelRegimenSubsidiado.aspx> (Noviembre 7 de 2013).

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2013b). *Coberturas de vacunación municipal 1998-2012*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx> (Noviembre 7 de 2013).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud*. Ginebra, Suiza: Autor.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005-2013). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/ (Septiembre 26 de 2013).
- PÉREZ, Gerson Javier (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*, No. 185. Banco de la República, Cartagena.
- PROFAMILIA (2011). “Afluencia, percepción y uso de servicios del sistema general de seguridad social en salud”. En: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010* (pp. 399-419). Bogotá: Autor.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PÚBLICA DE BARRANQUILLA (2011). *Análisis de la situación de salud*. Alcaldía Distrital de Barranquilla: Barranquilla
- STEFANO, Farné; GRANADOS, Eduardo & VERGARA, Carlos Eduardo (2006). “El mercado laboral y la seguridad social en Colombia en los inicios del siglo XXI”, *Serie Estudios y Perspectivas*, N°15. Cepal.
- SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (2013). “Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, vigencia 2011-2012”. Recuperado de: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=GiCkjMalkCA%3d&tabid=804&mid=2347>(Octubre 11 de 2013).
- VILORIA, Joaquín (2005). “Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena”, *Documentos de trabajo sobre economía regional*, No 65. Banco de la República, Cartagena.

Anexos

Tabla 1. *Colombia: Principales normas sobre la cobertura universal en salud y la unificación de los planes de beneficio*

Tema	Marco jurídico	Objetivo
Cobertura universal / Unificación planes de beneficios	Ley 100 de 1993	Objetivo para el año 2000: cobertura universal del sistema (Art. 157, B.). / Objetivo para el año 2001: unificación de los planes de beneficio de ambos regímenes (Art. 162).
	Ley 1122 de 2007	Objetivo para el año 2010: cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben (Art. 9). / Actualización anual y acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de beneficios (Art. 14, E.).
	Sentencia Constitucional T-760 de 2008	Asegurar la cobertura universal sostenible del sistema (Ordinal 29°). / Adoptar un programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios (Ordinal 22°).
Unificación planes de beneficios	Acuerdo 04 de 2009 – CRES	Unificación POS para la población entre lo 0 y 12 años.
	Acuerdo 11 de 2010 – CRES	Unificación POS para la población mayor de 12 y menor de 18 años.
	Acuerdos 12 y 13 de 2010 – CRES	Fijación de términos para pruebas pilotos en Barranquilla y Cartagena.
	Decreto 965 de 2010	Condiciones de gradualidad de la unificación y criterios para las pruebas pilotos (Art. 1 y 5).
	Ley 1393 de 2010	Objetivo para el año 2015: unificación de los planes de beneficio (Art. 34).
	Acuerdo 27 de 2011 – CRES	Unificación POS para la población de 60 y más años.
	Acuerdo 32 de 2012 – CRES	Unificación POS para la población entre 18 y 59 años.

Fuente: elaboración propia.