

SENSIBILIDAD DEL GASTO EN SALUD POR CAMBIO EN EL INGRESO, LA
ESCOLARIDAD Y EL TIPO DE AFILIACIÓN DE LAS PERSONAS AL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, Y SU
RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DEL PIB DEPARTAMENTAL,
EN EL MARCO DE LA EQUIDAD DE LA LEY 100/93,
EN RISARALDA

ARMANDO A. GIL OSPINA

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2005

SENSIBILIDAD DEL GASTO EN SALUD POR CAMBIO EN EL INGRESO, LA
ESCOLARIDAD Y EL TIPO DE AFILIACIÓN DE LAS PERSONAS AL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, Y SU
RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DEL PIB DEPARTAMENTAL,
EN EL MARCO DE LA EQUIDAD DE LA LEY 100/93,
EN RISARALDA

ARMANDO A. GIL OSPINA

Trabajo de Grado para optar el título de
Magíster en Educación y Desarrollo Humano

Asesora:
MYRIAM SALAZAR HENAO
Docente Maestría en Educación y Desarrollo Humano

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO
MANIZALES
2005

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

Manizales, Enero 16 de 2006

AGRADECIMIENTOS

El autor del presente trabajo expresa sus agradecimientos a:

EL CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES por generarle a los profesionales de la región y el país la magnífica oportunidad de capacitarse en el campo de la investigación científica.

La Doctora Myriam Salazar Henao por ser una persona de gran calidad humana y profesional. Por ser leal y transparente en las relaciones interpersonales. Por ser ejemplo de familia de bien.

El Doctor Carlos Valerio Echavarría Grajales por su profesionalismo, inteligencia y amistad.

Sara Victoria Alvarado Salgado por ser aquella docente diferente, que queda en el recuerdo de los momentos buenos, por su conocimiento y su calidez.

Todos los docentes que me generaron espacios de reflexión profunda, transformación intelectual y proyección profesional.

Todos los compañeros, por su sensibilidad y solidaridad.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	20
INTRODUCCIÓN	21
1. JUSTIFICACIÓN	24
2. ANTECEDENTES	27
3. PROBLEMA	33
4. OBJETIVOS	34
4.1 OBJETIVO GENERAL	34
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5. REFERENTE TEORICO-CONCEPTUAL	35
5.1 ECONOMÍA DE LA SALUD	35
5.2 SALUD	36
5.3 TEORÍA DEL INGRESO	38
5.4 SALUD Y EDUCACIÓN	41
5.5 SISTEMA GENRAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-SGSSS-	44
5.6 AFILIACIÓN: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. RÉGIMEN SUBSIDIADO	45
5.7 PRINCIPIO DE EFICIENCIA	47
5.8 PRINCIPIO DE EQUIDAD	48
5.9 PRODUCTO INTERNO BRUTO -PIB-	49
5.10 GASTO EN SALUD	49

6. VARIABLES E HIPÓTESIS	51
6.1 VARIABLES	51
6.1.1 Variables Independientes	51
6.1.2 Variable Dependiente	52
6.1.3 Hipótesis	52
7. METODOLOGÍA	53
7.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
7.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO	53
8. ANÁLISIS GRÁFICO, PARCIAL Y COMPARATIVO	82
9. CONCLUSIONES	102
10. RECOMENDACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	108
ANEXO	111

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Consumo o gasto en salud en Colombia, en el período 1990-2002	58
Gráfica 2. Escolaridad en Colombia, en el período 1990-2002	61
Gráfica 3. Coeficiente de Gini en Colombia, en el período 1990-2002	63
Gráfica 4. Ingreso o PIB per-cápita en Colombia, en el período 1990-2002	66
Gráfica 5. Régimen Contributivo en Colombia, en el período 1990-2002	69
Gráfica 6. Régimen Subsidiado en Colombia, en el período 1990-2002	72
Gráfica 7. Evolución del Consumo o Gasto en Salud en Risaralda, 1990-2002	82
Gráfica 8. Evolución del Ingreso o PIB per-cápita en el Departamento de Risaralda, 1990 – 2002	83
Gráfica 9. Evolución de la Escolaridad en el Departamento de Risaralda, en el período 1990 – 2002	84
Gráfica 10. Evolución del Régimen Subsidiado en Salud, en el Departamento de Risaralda, 1990-2002	85
Gráfica 11. Evolución del régimen contributivo en salud Departamento de Risaralda, en el período 1990 – 2002	86
Gráfica 12. Evolución del PIB real del Departamento de Risaralda, 1990-2002	87
Gráfica 13. Contrastación de la evolución del Consumo total en Salud y el Nivel de Ingresos (PIB per-cápita)	89

Gráfica 14. Contrastación entre el Consumo total en Salud y Escolaridad	90
Gráfica 15. Contrastación entre el Consumo total en Salud y el Régimen Subsidiado en el Departamento de Risaralda, en el período 1990-2002	91
Gráfica 16. Contrastación entre el Consumo total en Salud y Régimen Contributivo, en el Departamento de Risaralda, 1990-2002	92
Gráfica 17. Contrastación entre el Consumo total en Salud y Afiliación total al SGSSS (Cobertura por regímenes subsidiado y contributivo) en el Departamento de Risaralda, 1990-2002	92
Gráfica 18. Curva de Engel: Relación entre el ingreso o PIB per-cápita y el Consumo o Gasto en Salud, en el Departamento de Risaralda, entre 1990 – 2002	93
Gráfica 19. Comparativo PIB real Departamental y Nacional, en el período 1990-2002	94
Gráfica 20. Comparación relativa de la evolución del Gasto Total en Salud y el PIB real del Departamento de Risaralda, entre 1990 y 2002	95
Gráfica 21. Comparación relativa de la evolución del Gasto Total en Salud y el PIB real del Departamento de Risaralda, en el período 1990-2002	95
Gráfica 22. Comparación relativa de la evolución del Régimen Subsidiado en Salud y el PIB real del Departamento de Risaralda, en el período 1990 – 2002	96
Gráfica 23. Comparación relativa de la evolución del Régimen Contributivo en Salud y el PIB real del Departamento de Risaralda, en el período 1990 – 2002	97
Gráfica 24. Evolución del Gasto en Salud en Colombia, en el período 1988-1999	98
Gráfica 25. Análisis de comparación entre el ingreso o PIB per-cápita y el Régimen Contributivo, en el Departamento de Risaralda, en el período 1990 – 2002	99

Gráfica 26. Evolución del Gasto en salud en Colombia, por niveles de Gobierno, en el período 1990-1999	99
Gráfica 27. Variación anual del Gasto en Salud en Colombia, por niveles de Gobierno, en el período 1996-1999	100
Gráfica 28. Cobertura en Salud en Colombia, en el período 1996-1999	101

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Base de datos de las variables del estudio	111

R. A. E.

TITULO: Sensibilidad del gasto en salud por cambio en el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación de las personas al sistema general de seguridad social en salud, y su relación con la evolución del PIB departamental, en el marco de la equidad de la ley 100/93, en Risaralda.

AUTOR: Armando A. Gil Ospina.

DESCRIPTORES: salud, economía, economía de la salud, ingreso, escolaridad, régimen subsidiado, régimen contributivo, equidad.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Motivado por la novedad que generó la sanción de la Ley 100 de 1993 en Colombia, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, y de éste, el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el que se estipulan dos formas de participación de la población: afiliados y vinculados al sistema, el autor del presente estudio define el terreno en el que se formula el problema de investigación: Economía de la Salud.

De la lectura de esta Ley marco de la salud en el país, se deducen, entre otros, dos aspectos básicos que son de interés primordial y que llaman la atención al autor para empezar a configurar su trabajo, ellos son: i) la creación de dos formas de afiliación de las personas o familias al Sistema como son el régimen contributivo y el régimen subsidiado; ii) su propósito central es el de alcanzar el aseguramiento o cobertura universal de la población al Sistema en condiciones de calidad, eficiencia y equidad.

De esta forma, se llevó a cabo una considerable revisión de literatura temática relacionada, en la cual se hallaron a nivel internacional, distintas teorías, y a nivel nacional conceptos, categorías, enfoques, evidencias empíricas y estudios con distintos grados de profundización, que sirvieron de sustento para la elaboración del marco teórico o marco de referencia del presente estudio, y a partir del cual se interpretaron y explicaron los resultados que arrojó la investigación propiamente dicha.

Inicialmente, se partió del interés por aumentar el conocimiento y verificar algunas conjeturas en torno a la situación general de la salud en el Departamento de Risaralda a lo largo del último decenio, hecho que suscitó un conjunto de interrogantes relacionados con esta problemática social, los cuales permitieron a su vez, concretar una pregunta que orientaría el desarrollo el presente trabajo.

Dicha pregunta de investigación, que contiene dos asuntos relacionados, se formuló en los siguientes términos: ¿Es sensible el consumo o gasto en salud ante cambios en el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación de las personas al sistema general de seguridad social en salud? ¿Hay correlación entre el gasto en salud y el PIB en el Departamento de Risaralda, a lo largo de la vigencia de la Ley 100/93?

De esa pregunta central se derivaron los objetivos tanto generales como específicos de la investigación que se plantearon de la siguiente manera:

Explicar cómo se relaciona el consumo o gasto en salud con el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación de las personas al sistema general de seguridad social en salud, y la relación del gasto en salud con la evolución del PIB real del Departamento de Risaralda a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993.

Describir la sensibilidad y establecer la relación del consumo o gasto en salud ante variaciones en el ingreso de las personas. Establecer la relación que se da entre el consumo o gasto en salud y la escolaridad de las personas. Determinar la relación que se presenta entre el consumo o gasto en salud y el tipo de afiliación de las personas al Sistema por la vía de los regímenes contributivo y subsidiado. Comparar la evolución del consumo o gasto de salud y del PIB en el Departamento de Risaralda, a partir de la vigencia de la Ley 100/93.

La correspondiente hipótesis que se estableció para dichos propósitos se sintetizó así: Existe una relación positiva entre el consumo o gasto en salud, el ingreso, la escolaridad y la afiliación por la vía del régimen subsidiado; a la vez una relación negativa por la vía del régimen contributivo de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Risaralda, en el último decenio de vigencia de la Ley/100.

Con relación al tipo y diseño de la investigación, este estudio revela el interés técnico por medir, describir y explicar las posibles relaciones entre las variables que sustentan la pregunta central, y se circunscribe en el estilo de investigación empírico-analítico, como un primer ejercicio en el campo de la economía de la salud y, precisamente, como el inicio práctico del desarrollo de la **Línea de Investigación en Economía de la Salud**, la cual plantea además importantes interrogantes de orden cualitativos.

En cuanto al método, éste es de la forma *ex post facto* caracterizado por la sentencia “a partir de lo ya acontecido”. En este sentido, no fue posible el control directo sobre las variables independientes ni se pudo conformar un grupo control aleatoriamente.

Como en la investigación *ex post facto* no se dispone de la asignación aleatoria ni de la manipulación de las variables independientes, se utilizó uno de los pocos

modos de “controlar” las variables independientes a través del método para probar las hipótesis alternativas, en este caso, se procedió a comprobar la hipótesis alternativa “negativa”.

Con respecto al tipo de diseño metodológico y en coherencia con el enfoque investigativo, se definió un diseño cuasiexperimental debido a la imposibilidad de manipular deliberadamente las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones; en este caso concreto, los datos de cada una de las variables, gasto en salud, ingreso del hogar y afiliación del jefe de hogar, pertenecen a hechos ocurridos, por tanto, fueron dados.

De acuerdo al lugar específico de aplicación de los procesos de recolección de información, se califica el estudio como una investigación que recurre a las fuentes secundarias oficiales como documentos, archivos y encuestas que contienen los datos tabulados referidos a las personas que han accedido a los servicios de salud en el Departamento de Risaralda en el último decenio.

Una vez obtenida la información relacionada en forma de series de tiempo, se organizó de manera pertinente y se aplicó el tratamiento estadístico adecuado para la elaboración de un modelo econométrico, el cual permitió conocer el grado de sensibilidad del consumo o acceso a servicios de salud ante cambio en el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación de las familias al SGSSS (los modelos econométricos están definidos para medir elasticidades o respuestas de una variable dependiente ante cambios en las variables independientes).

La notación del modelo econométrico es:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + U_i$$

Siendo Y la variable dependiente.

α un valor constante – término independiente –.

β_1 y β_2 son los coeficientes que indican el grado de sensibilidad de la variable dependiente ante cambios en las variables independientes.

U_i es considerado el término estocástico (error o perturbación) el cual contiene las demás variables determinantes que no han sido tenidas en cuenta en el modelo.

Es de aclarar que se empezó a realizar el análisis relacional entre variables, partiendo del nivel nacional y luego se comparó con el nivel subnacional.

Bajo estas condiciones se pudo plantear el siguiente modelo:

$$cs = \alpha_1 + \alpha_2 esc + \alpha_3 gini + \alpha_4 pibpc + \alpha_5 cont + \alpha_6 sub + \xi_t$$

Donde, de acuerdo a la especificación de variables:

cs: Consumo en salud

esc: escolaridad

gini: coeficiente de concentración

pibpc: Producto interno bruto per cápita

cont: Número de personas afiliadas al régimen contributivo

sub: Número de personas afiliadas al régimen subsidiado.

La ecuación resultante es:

Las ecuaciones resultantes, tanto para el país y el departamento, son las siguientes:

$$GAS = 60164.55 \text{ PIBPC} + 0.045194 \text{ SUB} \quad (\text{Colombia})$$

$$GAS = 45.6 \text{ PIB} + 3499.5 \text{ ESC} - 14.86 \text{ CONT} \quad (\text{Risaralda})$$

CONCLUSIONES:

Más allá del modelo econométrico, se hizo un importante esfuerzo por denotar la evolución de cada una de las variables, en condiciones de estática comparativa, empleando para ello el supuesto *ceteris paribus*; pero, además se realizó un análisis comparativo y relacional entre las distintas variables.

Con relación al primer objetivo específico, se encontró que efectivamente existe una relación directa o positiva entre la variable dependiente – consumo o gasto en salud – y la variable independiente – ingreso o PIB per-cápita – en el departamento de Risaralda en el período de estudio. En otras palabras, los cambios en el ingreso o PIB per-cápita explican significativa y positivamente los cambios en el consumo o gasto en salud, tanto en el Departamento de Risaralda como en el país, entre 1990 y 2002.

En el marco de la literatura económica, y desde las teorías microeconómica y macroeconómica se plantea la relación positiva entre la demanda y el ingreso; relación que se comprueba una vez más en este caso. Veamos: las personas y/o familias acceden en mayor número de veces al servicio médico (o están en capacidad de acceder) en la medida que estén afiliadas al Sistema por vía del régimen contributivo –ejercicio del derecho contractual y legal-; pero, además, pueden hacerlo aquellas que disponen formalmente del derecho otorgado por el SISBEN, es decir, por vía del régimen subsidiado. En este caso, el subsidio hace aumentar el ingreso real de las personas o familias, hecho que les posibilita comprar o consumir más servicios médicos.

Con respecto a la escolaridad, se halló que esta variable explica significativamente el consumo o gasto en salud en el Departamento de Risaralda; sin embargo, no es significativa a nivel del país. Al analizar los distintos coeficientes de las variables independientes, el mayor coeficiente lo presenta, precisamente, la escolaridad en Risaralda, ello quiere decir que el gasto en salud es significativamente sensible o elástico ante cambios en la escolaridad.

Se colige de este resultado entre acceso a servicios de salud y escolaridad que, en la medida que las personas tengan un mayor grado de escolaridad (más educación y formación), los esfuerzos de prevención, promoción y cuidado del “estado” de salud de las personas serán más efectivos y los recursos serán más eficientes.

En relación con el tercer objetivo específico del estudio, se encontraron las siguientes relaciones: para el país es apenas perceptible la sensibilidad del consumo o gasto en salud respecto a la afiliación por la vía del régimen subsidiado, no obstante, se presenta una relación de dependencia directa. El otro componente de la afiliación es el régimen contributivo, el cual no resultó estadísticamente significativo.

Ahora bien, para el caso del Departamento de Risaralda, se encontró que ambas variables se relacionan negativa o inversamente, pues el coeficiente es de signo negativo y estadísticamente significativo, lo cual no ocurrió con el régimen subsidiado.

En definitiva, mientras que para el país la afiliación es estadísticamente significativa por la vía del subsidiado, para el Departamento lo es por la vía del contributivo. Es probable que para contextos tan diferentes, las distintas variables que determinan el consumo o gasto en salud tengan efectos distintos, o sencillamente, una variable tiene mayor peso relativo en comparación con otras, lo que hace que sea estadísticamente significativa.

Frente a estos resultados cabe pensar que las difíciles condiciones económicas del país y concretamente, la situación del desempleo al finalizar el pasado decenio, impactaron fuertemente el entorno regional. Habida cuenta que la afiliación por régimen contributivo depende sobre todo del empleo formal de las personas o familias, naturalmente, la afiliación por esta vía se afecta de manera negativa toda vez que aumenta desafortadamente el empleo informal de la economía regional, según estadísticas oficiales.

Además, debido al fenómeno conocido como “histéresis del desempleo”, los resultados de reactivación que se anuncian aún no son los esperados.

Con relación al resultado de la afiliación por régimen subsidiado, es posible que la relación llegue a ser significativa una vez se mejore la calidad administrativa y

operativa del SISBEN (focalización, adulteraciones en la encuesta, criterios de selección, etc).

El cuarto objetivo específico tiene que ver con la comparación de la evolución que a través del período de estudio tienen las variables PIB real del Departamento de Risaralda y el consumo o gasto en salud.

En las gráficas 14 a 17 se observa el comportamiento de las dos variables a lo largo de toda la serie de tiempo. En la gráfica 14, por ejemplo, no se encuentra ninguna correlación entre ellas (este fenómeno es más explicable en economías desarrolladas, por ello resulta paradójico en países y regiones como las nuestras); sin embargo, al desagregar la afiliación en los dos regímenes subsidiado y contributivo, es claro que el subsidiado tiene un recorrido *cuasi* paralelo al PIB real departamental, hecho que permite interpretar que el aumento de la cobertura al Sistema está mejor explicado por el gasto público a través del subsidio a las personas; vale decir, se identifica correlación entre ambas variables.

Debido a los resultados entre las variables PIB real del Departamento de Risaralda y el consumo o gasto en salud, se requiere allegar nueva información y, posiblemente, otro tratamiento estadístico que permita llevar a cabo nuevas evidencias empíricas y la probable verificación de las conjeturas en torno a la alta correlación entre ellas.

Con relación al asunto de la equidad del Sistema, la conclusión no es fuerte y coherente por tratarse de un concepto ciertamente complejo, y por no ser el problema central de este estudio. De cualquier modo, el concepto equidad propuesto en el referente teórico no fue tratado en las preguntas y objetivos propuestos. Empero, si se parte del concepto de bienestar desde el enfoque marginalista que considera que si un consumidor dado elige una canasta determinada de bienes y servicios que tiene, al menos, una unidad más que las otras canastas, entonces, se encontrará en mejor situación que antes, o lo que es lo mismo, tendrá más bienestar; sólo así, se puede expresar que el Sistema avanza a un determinado ritmo, en el cubrimiento o aseguramiento de un número cada vez mayor de afiliados por la vía del régimen subsidiado. En este sentido, pues, se considera que el Sistema viene siendo equitativo a lo largo de la serie de tiempo.

A pesar de las debilidades conceptuales y metodológicas de que haya podido adolecer el presente estudio, sus resultados econométricos evidencian, en alguna medida, una aproximación al statu quo de la problemática de la salud en el Departamento. Por su parte, el análisis comparativo-relativo indica la evolución y la tendencia o, al menos, cierta regularidad que han tenido las distintas variables, posibilitando el análisis y la interpretación parcial (*ceteris paribus*).

Finalmente, uno de los aspectos más importantes del estudio es que, una vez obtenidos los resultados y hechas las correspondientes lecturas e interpretaciones desde los conceptos y teorías, se confirman las relaciones que se barruntan en la hipótesis, en el objetivo general y en la pregunta o problema. Al respecto, frente a la hipótesis planteada en el estudio, ésta se comprueba como cierta. En cuanto al objetivo general, éste también se ha cumplido relativamente.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

CARRIN, G y POLITI, C. "Exploring the health impact of economic growth poverty reduction and public health expenditure. OMS, 1999.

DNP. Balance macroeconómico y perspectivas para el año 2000. Documento Conpes. Bogotá, 1999.

ECONOMÍA COLOMBIANA. Revista de la Contraloría General de la República. Edición 303. El sistema nacional de salud diez años después de la Ley 100. Julio-agosto, 2004.

ESGUERRA U., María del Pilar et. al. Señales de alerta en el sector salud. Debates de Coyuntura Social, no. 14, 2001.

FUCHS, Víctor. El futuro de la economía de la salud. Revista Lecturas de Economía, no. 55, 2001.

GALÁN SARMIENTO, Augusto. La Ley 100. Revolución del siglo XXI. Bogotá: Editorial Carrera 7ª Ltda., 1996.

GALLEGO, Juan Miguel. Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico. Revista Lecturas de Economía, no. 54, 2001.

GIL OSPINA, Armando. Boletines de Economía: Líneas para el debate, no. 25-26-27 y 28. Universidad Católica Popular del Risaralda, 2002.

GONZÁLEZ, Jorge Iván; MINA R., Lucía y RODRÍGUEZ G., Luis Ángel. Elasticidades, gasto e ingreso de la demanda de educación. Revista Coyuntura Social, 2000.

JARAMILLO, I. Evaluación del proceso de descentralización territorial, salud pública y seguridad social en salud, 2000.

KENNETH ZOLA, Irving. La medicina como institución de control social. Salud y Enfermedad. Carmen de la Cuesta Benjumea (Comp.) Editorial Universidad de Antioquia, 1999. p. 23-24.

LALONDE, M. A. New perspectiva on the health of canadians. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LONDOÑO DE LA C., Juan Luis. Salud hacia el 2001. Debates de Coyuntura Social, no. 14, 2001.

MORENO GUERRERO, Hernando. La afiliación a salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda. Stat & Econ. Moreno & Asociados. Bogotá, 2001.

MUSGROVE, Philip. Relaciones entre la Salud y el Desarrollo. Citado de "La salud en el desarrollo" .OMS. Washington, 1993.

MUSHKIN, Selma J. Hacia una definición de economía de la salud. Gallego, J. M. y Restrepo, J. H. (traductores). CIE. Revista Lecturas de Economía, no. 51, 1999.

NICHOLSON, Walter. Teoría microeconómica. Principios básicos y aplicaciones. 6 ed. Editorial Mc Graw Hill, 2001.

PINDYCK, Robert S. y RUBINFELD, Daniel L. Econometría. Modelos y Pronósticos. 4 ed. México: Editorial Mc Graw Hill, 2001.

PINDYCK, R. S. y RUBINFELD, D. L. Microeconomía. 3 ed. México: Editorial Prentice Hall, 2001.

PNUD: Informe Desarrollo Humano, 2001.

RAMÍREZ G, Manuel et. al. El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo. Revista Lecturas de Economía, no. 57, 2002.

RESTREPO, Luis Carlos y ESPINEL VALLEJO, Manuel. Semiología de las prácticas de salud. Colección Administración en Salud. Centro Editorial Javeriano, 1996.

RUÍZ G., Fernando. La crisis en el régimen subsidiado: ¿falla regulatoria o falla de mercado? Debates de Coyuntura Social, no. 14, 2001.

SALLERAS SANMARTÍ, L. La salud y sus determinantes. Barcelona: Revista ANTHROPOS 118/119, 1998.

SAN MARTÍN, Hernán y PASTOR, Vicente. Economía de la Salud. Cap. 4. Madrid: Interamericana, Mc Graw-Hill, 1989.

TERRIS, Milton. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. Conferencia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., 1992.

TONO R., Teresa. Accesos a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. Tomado de la Revista Coyuntura Social, no. 23, 2001.

VARIAN, Hal. Microeconomía Intermedia. Un enfoque moderno. Editorial Antoni Bosch, 1997.