

Imparcialidad financiera y equidad

OTRA LECTURA DEL INFORME DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - AÑO 2000*

Jorge Iván González

Resumen

Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Colombia ocupa el primer lugar del mundo en “imparcialidad de la contribución financiera”. Los defensores de la Ley 100 del 93 han dicho que según la OMS, Colombia tiene el sistema de salud más “equitativo” del mundo. En el artículo se discute el significado de las categorías “imparcialidad” y “equidad” y se concluye que el sistema de salud colombiano puede ser “imparcial”, tal y como afirma la OMS, pero de todas maneras no es equitativo

Palabras clave: imparcialidad, equidad, imparcialidad financiera, prepago, aportantes, aseguramiento, universalidad, subsistencia

Abstract

According to the last report of the World Health Organization (WHO), Colombia occupies the first place in the world in “financial impartiality contribution”. The defenders of Law 100 of 1993 stated that according to the WHO, Colombia has the most “equitable” health system of the world. In this article the meaning of the “impartiality” and “fairness” categories is discussed. It is concluded that the Colombian health system can be impartial” as the WHO affirms, but not equitable

Key words: Impartiality, equity, financial impartiality, prepayment, contributors, insurance, universality, livelihood.

* Ponencia presentada en el seminario “El derecho a la salud y la equidad en los servicios de salud”,

realizado en Bogotá, Biblioteca Luis Ángel Arango, 27 y 28 de abril de 2001.



En Colombia el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 (World Health Organization, WHO 2000) causó sorpresa. El sistema de salud del país fue considerado como el mejor del mundo en la categoría “imparcialidad de la contribución financiera”. El seminario “El Derecho a la Salud y la Equidad en los Servicios de Salud” es una oportunidad para analizar este resultado.

La Organización Mundial de la Salud utiliza el indicador “fairness of financial contribution”. Antes de evaluar la definición de “fairness”, tal y como se presenta en el Informe, es importante hacer un breve comentario sobre la traducción. El concepto “fairness of financial contribution” debería traducirse como “imparcialidad de la contribución financiera”, y no como “equidad de la contribución financiera”. Si “fairness” se traduce como “equidad”, el liderazgo que le atribuye el Informe de la OMS a Colombia es muy difícil de entender, sobre todo a la luz de la realidad del funcionamiento del sistema de salud en el país. Pero si “fairness” es “imparcialidad”, los resultados del Informe son compatibles con otros estudios que se han realizado en Colombia sobre los beneficiarios del sistema de salud. Es muy distinto afirmar que Colombia es el primer país en “imparcialidad de la contribución financiera”, que en “equidad de la contribución financiera”. La segunda aseveración confunde, porque el sistema de salud colombiano puede ser imparcial, como dice la OMS, pero no es equitativo. Mostraré que un sistema de salud imparcial no necesariamente es equitativo.

La argumentación que desarrollo a continuación parte del supuesto de que las estimaciones empíricas realizadas por la OMS son cuidadosas y, por tanto, no pretendo poner en tela de juicio la validez de los resultados. Los comentarios críticos tienen que

ver con la interpretación del indicador “imparcialidad de la contribución financiera”. Confío en que la exposición ayude, por lo menos, a acallar el grito de victoria de algunos de los diseñadores de la Ley 100 de 1993, que se han engrandecido después de publicado el Informe de la OMS.

Comienzo con un examen del significado que se le atribuye al concepto “imparcialidad de la contribución financiera” en el Informe de la OMS y, posteriormente, hago algunas reflexiones sobre la excelente clasificación de Colombia.

Imparcialidad de la contribución financiera

Según, la Organización Mundial de la Salud,

“... el financiamiento de la atención en salud es perfectamente imparcial si la relación entre la contribución total a la salud y el gasto total en bienes diferentes a los alimentos, es idéntica para todos los hogares, independientemente de su ingreso, del estado de salud, o de la utilización que hagan del sistema de salud” (WHO 2000, p. 36).

La definición de la OMS de imparcialidad financiera tiene las siguientes características:

- i) se refiere al aseguramiento, ii) es universal, iii) reconoce un umbral de subsistencia, iv) es proporcional.

La imparcialidad se refiere al aseguramiento

Desde el principio, el Informe reconoce que la salud no es un bien como cualquier otro. Se trata de un “activo inalienable” (WHO 2000, p. 4). Mientras los demás activos pue-



den comprarse y venderse, objetivándose con respecto a su poseedor, la salud es un bien inalienable. De muy diversas maneras, la OMS acepta que a la salud no se le pueden aplicar las nociones convencionales que rigen la compra y venta de bienes en el mercado convencional. La incertidumbre, la información asimétrica, la heterogeneidad del bien, la multiplicidad de factores que inciden en una “buena salud”, la diversidad de agentes que participan en el sistema, etc., conforman un panorama complejo, que no puede reducirse al marco estrecho de unas curvas de oferta y demanda. De alguna manera, la OMS hace eco del célebre artículo de Arrow (1963)¹ sobre el tema. El Informe presenta numerosas ilustraciones y referencias, en las que claramente se muestra que la salud es un bien especial. Por ejemplo, la mención que hace la OMS a la disminución de los accidentes automovilísticos en Estados Unidos, como resultado de prácticas poco costosas (uso del cinturón de seguridad), ilustra muy bien los vínculos que existen entre la buena salud y otras dimensiones de la organización social contemporánea, que no caben dentro del sistema de salud. El Informe menciona otras interdependencias, como los nexos entre salud y educación que han sido muy estudiados. La relación entre estabilidad política, violencia, crimen y salud también es explícita².

De todas las características que hacen que la salud no sea un bien como cualquier otro, destaco la incertidumbre, porque está vinculada directamente a la noción de imparcialidad financiera. En el mercado convencional, al que se refiere la teoría económica del equilibrio general, no hay incertidumbre, porque el sistema de precios transmite toda la información necesaria. Tampoco hay fu-

turo. Las transacciones se realizan en un presente continuo. El aseguramiento rompe con estos dos principios básicos, sobre los cuales se ha construido la teoría del equilibrio general. Los seguros son necesarios, primero, porque hay incertidumbre y, segundo, porque la incertidumbre no tiene su origen únicamente en una falta de información presente sino, sobre todo, en un desconocimiento del futuro.

El Informe de la OMS, que retoma los postulados bismarckianos, parte de un principio fundamental: únicamente puede haber imparcialidad si hay prepago (WHO 2000, p. 38). Y no basta con que haya prepago individual, a la manera de un ahorro individual. Se requiere, además, que haya aseguramiento. Es decir, que el prepago de cada uno se una al prepago de muchos, para que entre todos los asegurados se garantice la atención en salud a quienes se enferman. El sistema de seguros tiene la ventaja adicional de que el costo disminuye a medida que el número de asegurados aumenta.

La imparcialidad es compatible con la universalidad

El aseguramiento tipo bismarckiano tiene el inconveniente de que únicamente pueden acceder al servicio las personas que contribuyen. No es un sistema de naturaleza universal. En la definición de imparcialidad, la OMS incluye a “todos” los hogares, así que la universalidad es un principio constitutivo de la noción de imparcialidad. Retomando a Beveridge, la OMS muestra que la financiación de la salud debe incorporar la solidaridad. Y cita el Informe que sirvió de base en Inglaterra³ para la adopción de un sistema de seguridad social, en el que la solidaridad juega un papel central:

1 Ver, igualmente, Arrow (1965).

2 Bourguignon (1999); Ruíz y Rincón (1991); Misión Social, DNP y PNUD (2000).

3 El Beveridge Report de 1942 fue seguido del White Paper de 1944. Ver WHO (2000, p. 12).



“... independientemente del ingreso, la edad, el sexo o la ocupación, las personas tendrán igual oportunidad de beneficiarse de los mejores y más avanzados servicios médicos y paramédicos disponibles” (White Paper 1944).

Así que tienen derecho a los servicios no solamente quienes puedan pagar el seguro, sino todas las personas, incluyendo a quienes no disponen de los ingresos suficientes para contribuir. El principio de solidaridad obliga, entonces, a que el costo financiero del seguro de todos sea asumido por quienes pueden pagarlo⁴. En palabras de la OMS:

“La imparcialidad financiera en los sistemas de salud significa que los riesgos que cada hogar enfrenta debido a los costos del sistema de salud, son distribuidos de acuerdo con la capacidad de pago, y no en función del riesgo de enfermarse: un sistema financiero imparcial asegura que cada persona tenga protección financiera” (WHO 2000, p. 35).

La Organización Mundial de la Salud aspira a que la financiación de los sistemas de salud pase por el aseguramiento y la solidaridad. No cree que sea conveniente que el pago directo por servicio prestado se convierta en una fuente importante de financiación de la salud (WHO 2000, p. 35). Esta modalidad de financiación va en contra del aseguramiento, la solidaridad y la imparcialidad, ya que es muy probable que las personas pobres no dispongan de los recursos para pagar la atención médica en el momento en que la necesitan.

La imparcialidad reconoce un umbral de subsistencia

La definición de imparcialidad de la OMS afirma, explícitamente, que deben participar en la financiación del sistema de salud aquellos hogares cuyos ingresos sean superiores a los requerimientos alimenticios. El reconocimiento de un umbral de subsistencia, representado por los gastos alimenticios, confirma el principio de solidaridad, en el sentido de que reconoce que aquellas personas cuyos ingresos son insuficientes para comprar los alimentos, no deben ser consideradas como aportantes. Es muy positivo que la OMS admita que existe un nivel absoluto de pobreza, por debajo del cual la persona no puede contribuir a la financiación de la salud. Sen (1983) piensa que la determinación de un nivel absoluto de pobreza es una condición necesaria para la implementación de políticas sociales.

La OMS mide la imparcialidad de la contribución financiera (ICF) de la siguiente manera,

$$ICF = 1 - 4 \left[\frac{\sum_{i=1}^n |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0.125n} \right]$$

donde HFC es el monto de la contribución de cada hogar a la financiación de la salud, \overline{HFC} es el valor promedio de la contribución que hace el conjunto de hogares a la salud. La contribución financiera de cada hogar “... se define como la relación entre todos los gastos que dedica el hogar a salud y el ingreso permanente del hogar que está por encima del nivel de subsistencia” (WHO 2000, p. 148). La contribución de los hogares a la salud se mide como proporción del ingreso. En un sistema imparcial, la proporción del gasto en salud con respecto al in-

4 Sobre las diferencias entre los sistemas de seguridad social asociados a los nombres de Bismarck, Beveridge y Paine, ver Van Parijs (1994, 1997, 1999).



greso se mantiene constante. Ello significa que en términos absolutos, los hogares de ingresos altos destinan a la salud una cantidad de dinero mayor que los hogares pobres. El sistema es solidario porque los hogares ricos contribuyen más.

Si el indicador ICF es igual a uno, el sistema es totalmente imparcial. Si ICF es cero el sistema es absolutamente parcializado. Colombia tuvo un puntaje de 0.992, superando al resto de países (WHO 2000, p. 188). O sea que a juicio de la OMS, nuestro sistema de salud es el más imparcial del mundo y, además, casi llega al óptimo posible.

Es una lástima que el Informe sea tan breve en la explicación de la fórmula de la ICF. La OMS remite a otros estudios y no explicita los detalles de la metodología. En este sentido, el informe no es autocontenido. Sería muy interesante que el Informe respondiera preguntas de este tipo: ¿cómo se calcula el ingreso permanente?, ¿algunos alimentos han sido calificados como bienes de lujo?, ¿cuáles?, etc. Si se considera, por ejemplo, que el caviar es un bien de lujo, el denominador de la fracción (ingreso permanente menos valor de los alimentos básicos) es mayor que si el caviar se trata como un bien básico. Si el denominador sube, la contribución a la salud también debe aumentar para que la proporcionalidad no se modifique y la imparcialidad se mantenga. En fin, el conocimiento de los supuestos metodológicos es clave para poder juzgar la bondad del indicador. Más concretamente, en el caso de Colombia no se sabe cuál fue la base de datos utilizada ni cómo se hicieron las estimaciones. Habría que revisar los estudios que sirvieron de insumo para el Informe final. Si la propia OMS reconoce que está presentando indicadores nuevos, debería ser más explícita en la descripción de la metodología utilizada, con el fin de que los comenta-

rios críticos permitan ir mejorando las mediciones. Este es el proceso que ha seguido Naciones Unidas con los informes sobre Desarrollo Humano. Los indicadores se han ido cualificando año tras año, entre otras razones, gracias a que los informes explican con lujo de detalles la metodología empleada.

La imparcialidad está basada en la proporcionalidad

La imparcialidad está basada en la proporcionalidad. Y, tal como he argumentado, es consistente con el aseguramiento y la solidaridad. Pero la imparcialidad, como está definida por la OMS, no es compatible con la equidad. Y es aquí donde quiero basar mi crítica de fondo a la noción de imparcialidad propuesta por la OMS. La implicación evaluativa es inmediata: el sistema de salud colombiano es imparcial, pero por ser inequitativo es injusto y discriminatorio. Es inequitativo porque la equidad implica ir más allá de la proporcionalidad. Es injusto porque la proporcionalidad no corrige las desigualdades previas sino que las mantiene. Y, finalmente, discrimina tanto en cobertura, como en calidad. He afirmado atrás que la imparcialidad es compatible con la universalidad, pero en el caso colombiano la imparcialidad buscada por la Ley 100 de 1993 no ha llevado a la cobertura universal. Y la razón de este escollo radica en que la organización del sistema de salud se ha realizado dejando de lado la equidad.

Ya decía que la proporcionalidad significa que la contribución a los gastos en salud, como porcentaje del ingreso permanente menos los alimentos, es igual para todos los hogares. La proporción es la misma, pero el monto absoluto varía en función del ingreso del hogar: el monto pagado por los hogares ricos es mayor que el monto pagado por



los hogares pobres. Y esta transferencia cruzada de recursos responde a un principio de solidaridad, pero no a uno de equidad. La OMS es muy clara en la defensa de la proporcionalidad, que equivale a la imparcialidad (WHO 2000, pp. 35, 36). Hay parcialidad, dice, "... si los ricos pagan proporcionalmente más...". Así que superar la proporcionalidad, en el lenguaje de la OMS, es parcialidad. Y, entonces, es parcial un sistema equitativo que lleve a que los hogares ricos paguen proporcionalmente más que los pobres. Si el sistema de salud avanza en equidad, se deteriora el indicador de imparcialidad. Para la OMS también hay parcialidad si los pobres pagan proporcionalmente más que los ricos. Desde el punto de vista de la imparcialidad, es inconveniente un sistema que favorezca la equidad, como uno que desmejore la equidad.

El indicador ICF no informa sobre la equidad. El resultado puede alejarse del óptimo (acercarse a cero), bien sea porque el país avanza en equidad (los ricos pagan proporcionalmente más) o, bien, porque retrocede en inequidad (los pobres pagan proporcionalmente más).

Colombia: la imparcialidad no va a la par con la equidad

Si el ICF no informa sobre la equidad, todavía no es el momento de cantar victoria. Es natural que quienes estuvieron al frente de la Ley 100 de 1993, sientan regocijo porque el Informe de la OMS ha validado y juzgado positivamente los esfuerzos que se hicieron para que el sistema de salud colombiano fuera imparcial. Pero la mayor imparcialidad no ha ido a la par con la equidad. Desde la perspectiva de la equidad el sistema de salud colombiano no está bien. Y esta petición de principio a favor de la equidad no es un capricho. Si el sistema no avanza

en equidad no se lograrán dos propósitos que supuestamente deben conseguirse con la imparcialidad: la sostenibilidad financiera del sistema y la cobertura universal. La fórmula que sirve para medir la imparcialidad no permite inferir nada sobre la sostenibilidad financiera, ni sobre la universalidad. La imparcialidad es compatible con ambas, pero de la imparcialidad no se deriva lógicamente ninguna de las dos.

Junto con la imparcialidad de la contribución financiera, Colombia presenta rezagos en cobertura y un sistema de salud inequitativo. En 1997 el 57% de la población (22.7 millones) estaba afiliado a un seguro de salud. El resto son "vinculados". El enfoque de la Ley 100 de 1993 y del Informe de la OMS aspira a que haya cobertura universal del sistema de aseguramiento. Así que todas las personas deben estar en el régimen contributivo o en el subsidiado. La modalidad de los "vinculados" está dejando de ser un estado transitorio y se está convirtiendo en una situación de carácter permanente. En la lógica de la Ley 100 los vinculados tendrían que integrarse a alguno de los dos regímenes. No obstante la óptima imparcialidad del sistema de salud colombiano, ocho años después de expedida la Ley 100, un porcentaje importante de la población se encuentra en una situación "transitoria". En las discusiones del proyecto de la Ley 100 se argumentaba que el aseguramiento (contributivo y subsidiado) cubriría a toda la población en el año 2000-2001. De las personas aseguradas en 1997, el 66% pertenecía al régimen contributivo y un 34% al régimen subsidiado (cuadro N° 1). De los 22.7 millones de afiliados, 14.9 hacían parte del régimen contributivo y 7.8 del subsidiado. De acuerdo con lo esperado, los afiliados al régimen subsidiado se concentran en los deciles inferiores de la distribución, y los afiliados al régimen contributivo en los deciles superiores. En el régimen sub-



Cuadro N° 1
Personas afiliadas al régimen de seguridad social en salud (1997),
distribuidos por deciles de ingresos

Decil	No. personas			%		
	Contributivo	Subsidiado	Total	Contributivo	Subsidiado	Total
1	277.916	1.484.927	1.762.843	2	19	8
2	541.993	1.752.074	2.294.067	4	22	10
3	787.223	1.369.845	2.157.068	5	18	9
4	1.064.000	1.075.519	2.139.519	7	14	9
5	1.524.166	845.505	2.369.671	10	11	10
6	1.840.527	573.412	2.413.939	12	7	11
7	1.862.525	425.748	2.288.273	12	5	10
8	2.230.943	126.762	2.357.705	15	2	10
9	2.321.790	116.392	2.438.182	16	1	11
10	2.474.918	39.621	2.514.539	17	1	11
Total	14.926.001	7.809.805	22.735.806	100	100	100
	66%	34%	100%			

Fuente: Cálculos Misión Social DNP con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ICV) 1997.

sidiado no debería haber personas de los deciles altos⁵.

El cuadro N° 2 muestra la forma como se distribuye el subsidio en salud. El subsidio es igual al costo de prestación del servicio menos los pagos que hace el usuario. El sistema es equitativo si la mayor parte del subsidio lo reciben los hogares de bajos ingresos. La mayor parte del subsidio (82.5%) se destina a hospitalizaciones, y la distribución de estos recursos no favorece la equidad. El decil 2 recibe el 16.3% de los subsidios de hospitalización, el decil 6 recibe el 13.7%, el decil 9 el 10.7%. Después de la Ley 100 del 93 los servicios de alta complejidad se han ido concentrando en los hospitales públicos (González y Pérez 1998), y allí van tanto los ricos como los pobres.

Desde la lógica del Informe de la OMS, el que no haya equidad en la distribución de los subsidios no es problema, porque una vez que la imparcialidad por el lado del financiamiento ha sido garantizada, todas las personas, ricas y pobres, tienen el mismo derecho a disfrutar del subsidio. Pero esta argumentación no advierte que la imparcialidad es un estado muy frágil, como de filo de navaja. Si la distribución del subsidio no cumple con una imparcialidad equivalente a la de la financiación, la distribución del ingreso se modifica a favor de quienes se beneficiaron más del subsidio. Mientras que la imparcialidad por el lado del ingreso se podría controlar a través de tarifas proporcionales, para mantener la imparcialidad por el lado de los subsidios habría que crear un sistema de copagos compensatorios muy complejo. De este tema no habla el Informe de la OMS.

5 Sarmiento, González y Rodríguez (1999) hacen un análisis detallado de la “eficiencia horizontal” y de la “eficiencia vertical” del régimen subsidiado y del Sisben. Hay eficiencia horizontal si los que deben estar en el sistema realmente están. Y hay eficiencia vertical si todos los que están en el sistema son los que deberían estar.

Puesto que los deciles medios y altos reciben una parte importante del subsidio, el gasto en salud no mejora la distribución del ingreso (cuadro N° 3). La forma como se distribuye el gasto público en salud confir-



ma la falta de equidad del sistema. En el total, los quintiles cuatro y cinco reciben más que el quintil uno, así que el gasto en

salud no favorece la equidad. Y al profundizar las desigualdades existentes, el sistema de salud es injusto.

Cuadro N° 2
Distribución (%) del subsidio en salud,
por tipo de intervención y por quintiles, 1997

Quintil	Hospit.	Matern.	Odont.	Labor.	Terapias	Salud
1	4.4	0.2	0.0	0.2	0.0	4.7
2	16.3	0.5	0.0	0.2	0.0	16.9
3	9.0	0.2	0.3	0.0	0.0	9.5
4	5.0	0.5	0.0	0.5	0.0	5.9
5	4.8	0.2	0.0	0.2	0.0	5.1
6	13.7	0.2	0.6	0.3	0.0	14.8
7	6.5	0.6	0.8	0.2	0.3	8.3
8	5.4	0.0	2.3	0.5	0.0	8.1
9	10.7	0.0	2.1	0.0	0.0	12.8
10	6.8	0.0	7.2	0.0	0.0	14.0
Total	82.5	2.1	13.3	1.8	0.3	100.0

El decil uno es el más pobre y el diez el más rico.

Hospit.: hospitalización; Matern.: maternidad; Odont.: odontología; Labor.: laboratorio; Salud: subsidio total dedicado a salud.

Fuente: Sarmiento, Delgado y Reyes (1998). Los autores trabajan a partir de Misión Social -DNP - Encuesta de Calidad de Vida (oct. 97) y de las Cuentas Nacionales del DANE.

Cuadro N° 3
Distribución (%) del gasto público en salud,
por tipo de intervención y por quintiles, 1997

Quintil	Hospit.	Matern.	Cirugía	C. méd.	Odont.	Labor.	Terapias	Salud	Sal. bás.
1	6.70	4.68	5.55	0.11	0.21	0.20	0.11	17.59	19.58
2	7.73	4.24	6.97	0.14	0.26	0.25	0.13	19.73	20.81
3	7.70	3.72	9.72	0.20	0.37	0.35	0.18	22.25	21.97
4	6.35	3.40	9.85	0.20	0.37	0.35	0.19	20.71	20.17
5	6.38	1.69	10.47	0.21	0.40	0.38	0.20	19.72	17.47
Total	34.90	17.72	42.57	0.86	1.62	1.53	0.81	100.00	100.00

El quintil uno es el más pobre y el cinco el más rico.

Hospit.: hospitalización; Matern.: maternidad; C. méd.: consultas médicas; Odont.: odontología; Labor.: laboratorio; Salud: gasto público en salud; Sal. bás.: gasto público en salud básica.

Fuente: Sarmiento, Delgado y Reyes (1998). Los autores trabajan a partir de Misión Social -DNP - Encuesta de Calidad de Vida (oct. 97) y de las Cuentas Nacionales del DANE.



Bibliografía

- Arrow K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53, no. 5, dec., pp. 941-973. Reproducido en *Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics*, vol. 6, Cambridge, Mass.: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 15-50. Reproducido como "La Incertidumbre y el Análisis del Bienestar de las Prestaciones Médicas", *Economía de la Salud*, junio, 1981, pp. 47-60.
- , 1965. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Reply (The Implications of Transaction Costs and Adjustment Lags)", *American Economic Review*, vol. 55, N° 1/2, mar., pp. 154-158. Reproducido como "The Implications of Transactions Costs and Adjustment Lags in Health Insurance" en *Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics*, vol. 6, Cambridge, Mass.: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 51-55.
- Bourguignon F. 1999. *Crime, Violence and Inequitable Development*, ABCDE, Washington, policopiado.
- González J., Pérez F. 1998. "Salud para los Pobres en Colombia: de la Planeación Centralizada a la Competencia Estructurada", *Coyuntura Social*, N° 18, mayo, pp. 149-173.
- Misión Social, Departamento Nacional de Planeación, DNP, Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, PNUD, 2000. *Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1999*, Tercer Mundo, DNP, PNUD.
- Ruiz M., Rincón M. 1991. *Accidentes y Muertes Violentas en Colombia. Un Estudio sobre las Características y las Consecuencias Demográficas, 1965-1988*, San José, Costa Rica.
- Sarmiento A., Delgado L., Reyes C. 1998. *Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en Colombia. Iniciativa 20/20*, Misión Social, DNP, PNUD, Unicef, policopiado.
- Sarmiento A., González J., Rodríguez L. 1999. "Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (Sisben)", *Coyuntura Social*, N° 21, noviembre, pp. 107-126.
- Sen A. 1983. "Poor, Relatively Speaking", *Oxford Economic Papers*, vol. 35, N° 2, july, pp. 153-169.
- Van Parijs P. 1994. "Au Delà de la Solidarité. Les Fondements Ethiques de l'Etat-Providence et de son Dépassement", *Futuribles*, N° 184, febrero, pp. 5-29. Reproducido como "Más Allá de la Solidaridad. Los Fundamentos Éticos del Estado del Bienestar y su Superación", en *Contra la Exclusión. La Propuesta del Ingreso Comunitario*, Ciepp, Niño y Dávila, editores, 1995, pp. 55-82.
- , 1997. "Should the European Union Become More Democratic?", en Follesdal A., Koslowski Peter, ed. *Democracy and the European Union*, Berlin, New York: Springer, pp. 287-301.
- , 1999. "The Disfranchisement of the Elderly, and Other Attempts to Secure Intergenerational Justice", *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 27, N° 4, pp. 292-333.
- World Health Organization, Who, 2000. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, The World Health Organization, Ginebra.

