

Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?

Health Care System in Colombia: funding based on social security or on taxes?

Modelo de saúde em Colômbia: ¿financiamiento baseado em segurança social ou em impostos?

Fecha de recepción: 04-06-12 Fecha de aceptación: 14-08-12
SICI: 1657-7027(201212)11:23<111:MSCFSI>2.0.TX;2-#

Efraín Riveros-Pérez*
Laura Natalia Amado-González**

* Médico anestesiólogo intensivista. Profesor titular de la Universidad de Boyacá, Colombia. Dirección de Investigación, grupo de investigación Oxigenar. Dirección de correspondencia: Transversal 11, No. 30-61, piso 4. Coordinación Unidad de Cuidado Intensivo, Tunja, Boyacá, Colombia. Correo electrónico: efriveros@uniboyaca.edu.co

** Estudiante de octavo semestre de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: amadol@javeriana.edu.co

Resumen

El sistema de salud colombiano pasa por la mayor crisis de su historia. Este artículo expone la influencia de organismos económicos internacionales sobre la estructuración y funcionamiento del sistema de salud colombiano, así como los puntos de colisión con lo consagrado en la Constitución Política. Además, se presenta una visión general de la organización actual del sistema, así como sus fallas en financiamiento y administración. Por último, se dan unas recomendaciones para reformar el financiamiento, pasando de un modelo de seguridad social a uno basado en impuestos generales, y se exponen las ventajas de un Estado recaudador y administrador del sistema.

Palabras clave: sistema de salud, seguridad social, índice de Gini, equidad horizontal, equidad vertical, progresividad tributaria

Palabras clave descriptor: salud, impuestos, progresividad, seguridad social, equidad

Abstract

The Health Care System in Colombia has collapsed. This article depicts the influence of international economic organizations on the structure and function of the health system in Colombia, as well as the contradistinctions with the Political Constitution. It also presents an overview of the current system, as well as its setbacks and flaws at financial and administrative levels. Finally, recommendations regarding funding of the system by switching from a social security model to a model based on general taxes are made, and the advantages of a State in charge of funding and administrating are presented.

Keywords: health care system, social security, Gini Coefficient, horizontal equity, vertical equity, tax progressivity

Keywords plus: health, taxes, progressivity, social security, equality

Resumo

O sistema de saúde colombiano passa pela maior crise de sua história. Este artigo expõe a influência de organismos económicos internacionais sobre a estruturação e funcionamento do sistema de saúde colombiano, bem como os pontos de colisão com o consagrado na Constituição Política. Ademais, apresenta-se uma visão geral da organização actual do sistema, bem como suas falhas em financiamento e administração. Por último, dão-se umas recomendações para reformar o financiamento, passando de um modelo de segurança social a um baseado em impostos gerais, e se expõem as vantagens de um Estado recaudador e administrador.

Palavras chave: sistema de saúde, segurança social, coeficiente de Gini

Palavras chave descritores: saúde, impostos, progressividade, segurança social, equidade horizontal, equidade vertical, progressividade tributária



Introducción

Durante los últimos veinticinco años, las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos, orientadas por las ideas neoliberales del Banco Mundial, han determinado cambios sustanciales en la forma como se administran los recursos y se atiende a la población. De una parte, se ha propendido por la defensa de los principios de equidad, eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario, y por otra, se busca la descentralización de los servicios, la privatización y la delimitación de los planes de beneficios (1).

En el World Development Report del Banco Mundial (2) de 1993, se reconoce la necesidad de que los países en vías de desarrollo inviertan en la salud de sus habitantes para impulsar el crecimiento económico. Para lograr este objetivo, el reporte recomendó la participación de la empresa privada en la administración de los sistemas de salud y la implementación de políticas sustentadas en estudios de costo-efectividad, que resten importancia a la inversión en terapéutica y encaminen los esfuerzos hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. De otra parte, se establece una relación de doble vía entre el progreso económico y la salud de los habitantes. Así las cosas, para lograr el desarrollo se requieren dos condiciones fundamentales: la mejoría de las condiciones económicas de los pobres, que redunde en un mejor estado de salud, y un adecuado estado de salud para impulsar el crecimiento económico.

De otra parte, la política restrictiva del Fondo Monetario Internacional (FMI) hacia los países latinoamericanos, que condiciona ayudas futuras y el alivio de la deuda a la estabilidad de precios y presupuestos balanceados, ha conducido a que Colombia se embarque en la carrera desenfrenada hacia el control de la inflación. El compromiso con un balance fiscal ha conducido al Gobierno

colombiano a disminuir el gasto público (3), en contraposición con un posible aumento de impuestos. Desafortunadamente, la inversión privada también se ve afectada por las políticas del FMI en términos de estabilidad de precios, y no compensa la caída de la inversión pública. Así las cosas, los resultados finales son la desregulación del sector financiero y la apertura de la cuenta de capital, que conllevan al aumento de las tasas de interés (4) fijadas por el Banco de la República. Esto crea condiciones desfavorables para la industria nacional que, al no poder manejar las altas tasas de interés, no puede generar empleo ni crecer y, por ende, disminuyen los ingresos por impuestos, cerrándose de esta manera el círculo vicioso que no permite aumentar el gasto público en sectores como el sanitario (5). Entonces, nos encontramos en una situación de pobreza de la cual cada vez es más difícil salir.

Este artículo expone la influencia de organismos económicos internacionales sobre la estructuración y funcionamiento del sistema de salud colombiano, así como los puntos de colisión con lo consagrado en la Constitución Política. También describe la organización del sistema de salud en Colombia, su financiamiento y administración, así como los problemas a distinto nivel que lo han llevado al fracaso. Finalmente, se hacen unas recomendaciones y se presentan posibles soluciones.

De las recomendaciones del Banco Mundial a la Ley 100 de 1993

Indudablemente, para poder implementar las políticas recomendadas por el Banco Mundial en un país como Colombia, se hace preciso que exista armonía entre su Constitución Política y los requerimientos del Banco que financia los proyectos. Así, la reforma de salud de 1993, que se plasma en el documento de la Ley 100 (6), es una



respuesta a esa necesidad. Uno de los retos de la Ley 100 de 1993 fue lograr que el naciente Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) respetara el derecho inalienable a la salud consagrado en la Constitución de 1991. En el artículo 49 de la Carta Magna colombiana se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado.

Se puede evidenciar una contradicción de modelos entre la idea igualitaria de equidad que plantea la Constitución y el modelo neoliberal que orienta las recomendaciones del Banco Mundial. Por una parte, la concepción igualitarista aplicada a la salud se basa en el principio de igualdad de beneficios integrales para toda la población y, por otro lado, el neoliberalismo invita al establecimiento de un plan de beneficios básico, por encima del cual cada individuo es “libre” de cubrir sus propios gastos en salud (7). Aquí se hace evidente la incómoda situación del Estado colombiano tratando de servir a dos señores. La experiencia de los últimos veinte años ha mostrado que no se ha podido dar cumplimiento a los requerimientos de la Constitución Política y que los objetivos que buscaba el Banco Mundial solo han sido satisfechos de manera parcial.

El Estado colombiano ha optado por tratar de satisfacer las demandas del Banco Mundial con una carta de presentación de los principios de equidad, solidaridad, universalidad e integralidad, entre otros. Algunos autores han demostrado que los principios son violados en su totalidad y que solamente las pretensiones del Banco Mundial se toman en cuenta a la hora de ejecutar el sistema (8). Las reformas se han legislado y decretado ampliamente, pero para nadie es un secreto que el sistema de salud presenta fallas estructurales.

Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

El sistema de salud colombiano se puede concebir como una cadena de cuatro eslabones. El primero es el financiamiento, el segundo es la administración, el tercero es la regulación y el último es la prestación de los servicios.

El financiamiento se centraliza en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), a través de dos subcuentas: una para el régimen contributivo y otra para el subsidiado (9). La población pertenece al sistema a través de uno de los dos regímenes. El régimen contributivo se encuentra financiado por el aporte de empleados y trabajadores independientes (10), y da derecho a un plan de beneficios elemental o Plan Obligatorio de Salud (POS), que puede ampliar su cobertura a través de la compra de un plan complementario (medicina prepagada). El régimen subsidiado, a su vez, tiene derecho a un plan de beneficios limitado (11) (POS subsidiado), en vías de equipararse con el POS contributivo (12), y obtiene su financiación de la cuenta de solidaridad del Fosyga, que deriva sus ingresos de un punto de la cotización del régimen contributivo, de un aporte de las cajas de compensación familiar, de aportes del presupuesto nacional, de rendimientos financieros, de recursos de remesas de utilidades de las exportaciones de petróleo y de recursos del IVA social. Además, el régimen subsidiado obtiene recursos de transferencias para inversión social a los municipios (ingresos corrientes de la Nación), de transferencias para inversión social a los departamentos (situado fiscal), del esfuerzo de los entes territoriales, de recursos de las cajas de compensación familiar y del impuesto de las armas. Según la Encuesta de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional



de Estadística (DANE) (13) de 2010, el 89% de la población está afiliada al sistema de salud, con 47,5% en el régimen contributivo y 52% en el régimen subsidiado, mientras que en la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia (14) la distribución porcentual entre contributivo y subsidiado fue de 40 y 44% respectivamente.

La administración del sistema está en manos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para ambos regímenes. El Estado delegó en estas las funciones de afiliación y recaudo de las cotizaciones. Además, es responsabilidad de las EPS contratar al sector prestador para garantizar el acceso a las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de todos los niveles y rehabilitación.

La función de regulación del sistema de salud recae sobre el Estado, a través de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud. La CRES (15) tiene entre sus funciones la de definir el POS y su listado de medicamentos, así como la unidad de pago por capitación (UPC) de cada régimen. La Superintendencia de Salud es la entidad que vigila a los actores del sistema y el Ministerio de Salud fija las políticas del sector salud bajo la dirección del presidente de la República. De otra parte, las interacciones entre los tres principales actores del sistema: Estado, aseguradores y prestadores de servicios, involucran actividades de auditoría.

Las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) (16) son las encargadas de brindar atención a los usuarios a todos los niveles y desde la prevención hasta la rehabilitación de la salud. Sus actividades asistenciales están a cargo de los profesionales de la salud, quienes interactúan directamente con los pacientes. Los servicios son contratados con los aseguradores y son

cancelados después de un complejo proceso de facturación, auditoría y conciliación de cuentas.

Problemas de financiamiento del Sistema

A grandes rasgos, las fuentes de financiación del sistema de salud en Colombia son estatales y de los empleados, empresarios y trabajadores independientes. Los estimativos del costo sanitario anual en Colombia, revelan que es del orden de los 32 billones de pesos; sin embargo, las fuentes de información no son confiables, puesto que las bases de datos son aportadas por las mismas EPS, y se han detectado inconsistencias. De cualquier forma, la aproximación al financiamiento de un sistema de salud se puede hacer desde dos enfoques. El primero es la seguridad social y el segundo es el modelo basado en impuestos generales (17).

En los sistemas de seguridad social, la provisión de la atención en salud está en manos privadas, mientras que en los sistemas financiados por impuestos generales recae en entidades públicas o mixtas. En el primer enfoque (seguridad social), los empleados, empresarios y el Estado aportan de manera obligatoria para que el trabajador y su familia reciban un paquete explícito de atenciones. El segundo sistema (financiado por impuestos) es asumido en su totalidad por el tesoro público y ofrece paquetes de atención más amplios y no tan explícitos.

Los sistemas de seguridad social se caracterizan por la administración privada con regulación estatal y persistencia de financiamiento por impuestos para cubrir los costos de la población no trabajadora. En países como Bélgica, que cuenta con este tipo de sistema, el 15% de los trabajadores son independientes y tienen atención solo para eventos catastróficos. Es llamativo que



la tasa de desempleo en este País Bajo es de 7,9% (CIA World Factbook, 2011).

Los sistemas financiados por impuestos brindan cobertura total a todos los residentes y ciudadanos, con la excepción de Irlanda, donde se contemplan los copagos por parte de población no pobre. De nuevo, en este caso los paquetes de atención no son limitados.

En general, se considera que sea cual fuere la opción de financiamiento que un sistema tome, esta debe caracterizarse por la equidad. El enfoque igualitarista diferencia dos tipos de equidad en términos de financiación: la horizontal y la vertical. La equidad horizontal se define como aporte proporcionalmente idéntico entre individuos con la misma capacidad de pago, mientras que la equidad vertical hace referencia a la desigualdad que debe existir en el aporte entre individuos con diferentes ingresos (18). En Colombia, país que se acoge al modelo de la seguridad social, claramente encontramos casos de sujetos con capacidad de pago que se acogen de manera irregular al régimen subsidiado, irrespetando tanto la equidad horizontal como la vertical. En este sentido, partimos de la base de un sistema inequitativo que viola lo consagrado en la Constitución.

De otra parte, encontramos que en Colombia se planeó un sistema de seguridad social para una población desempleada y en la informalidad laboral. Así, la pesada carga del sistema descansa sobre unos pocos empleados de nómina con ingresos promedio bajos, mientras que la contribución de los trabajadores independientes e informales es variable y se deja al libre albedrío del cotizante, en términos de los ingresos reales declarados. Es claro entonces que mientras no se tengan cifras de empleo formal decentes, el sistema de salud basado en un modelo de seguridad social es inviable.

¿Es posible entonces que el sistema de salud colombiano funcione por medio de financiación con impuestos? La respuesta a este interrogante es muy compleja. Las fuentes de financiación varían de acuerdo con su progresividad, la cual se calcula por el índice de Kakwani (19), y se refiere a la proporción del aporte de cada individuo según su capacidad contributiva (equidad vertical). En un estudio comparativo de fuentes de financiación en diferentes países (18), se concluyó que el orden de progresividad, de mayor a menor, es el siguiente: impuestos directos, seguridad social, impuestos indirectos, seguros de salud privados (medicina prepagada) y gastos directos (*out-of-pocket*). La Sentencia C-364 de 1993 de la Corte Constitucional de Colombia (20) establece que: “el deber de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado debe, en principio consultar la capacidad real de pago de los contribuyentes, a fin de garantizar la justicia y equidad fiscales”.

Para los dos primeros meses del 2011, según el ministro de Hacienda Juan Carlos Echeverry, el recaudo tributario fue mayor de lo esperado, gracias a que el ejercicio ha sido cada vez más efectivo por parte de la División de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). Sin embargo, hay que tener en cuenta que una de las causas de evasión en el recaudo de impuestos es la informalidad laboral, la cual se ha mantenido elevada en los últimos años, y debe ser centro de atención al momento de formular políticas tributarias. Por otro lado, a pesar de que los impuestos indirectos, como el impuesto de valor agregado (IVA), son de difícil evasión, lograr que se respete el principio de progresividad puede ser uno de sus mayores problemas, puesto que se gravan por medio de un porcentaje en bienes de consumo que afectan indiscriminadamente a todos los sectores de la población y, como resultado, pueden ser incluso regresivos.



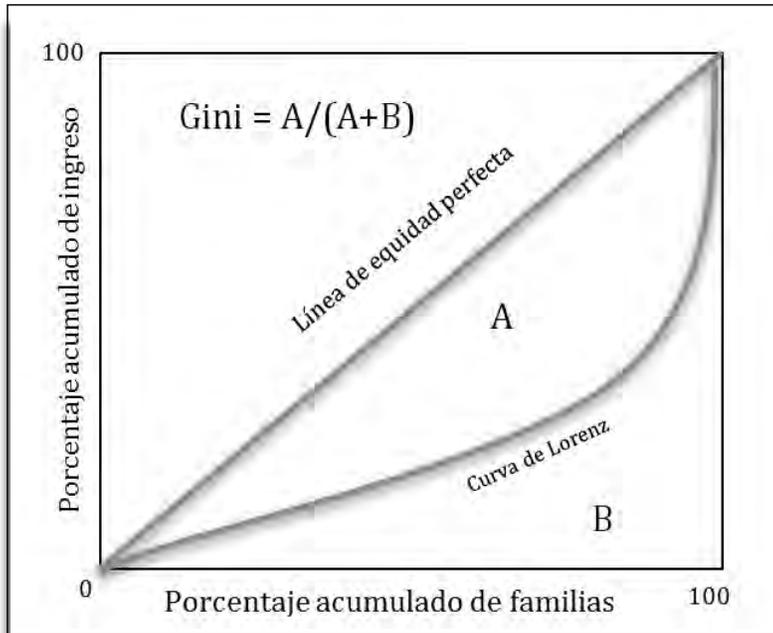


FIGURA 1. ÍNDICE DE GINI Y CURVA DE LORENZ: EL ÍNDICE DISMINUYE EN LA MEDIDA QUE AUMENTA LA EQUIDAD

Fuente: Zheng et ál.

Un aspecto adicional de relevancia cuando se habla de los impuestos, es su efecto redistributivo de la riqueza en la población. Para determinar dicho efecto, es necesario acudir a mediciones como el coeficiente de Gini, que ilustra el grado de concentración de la distribución de la renta, de acuerdo con el comportamiento en la curva de Lorenz (21) (figura 1). Un valor del coeficiente de Gini de 100 muestra completa inequidad en la distribución de ingresos, mientras que un valor de 0 indica igualdad absoluta. Los impuestos poseen un efecto redistribuidor de la renta que se traduce en disminución del coeficiente de Gini. Colombia presenta uno de los coeficientes de Gini más altos del mundo y de América Latina (22), alrededor de 0,59. Se hace necesario entonces que la redistribución parcial de la riqueza que se ha logrado con los impuestos, se complemente con gasto público.

En resumen, no solo es viable la financiación del sistema de salud colombiano con

impuestos directos e indirectos, sino que es una necesidad, naturalmente con los ajustes pertinentes para evitar posibles efectos regresivos, y de la mano con un incremento en el gasto público que disminuya los índices de inequidad y facilite la retroalimentación de la población por medio de la tributación.

Problemas de la administración del Sistema

En el sistema de salud colombiano, la administración es responsabilidad de las EPS. Las reglas del juego han propiciado que tanto el Estado como los aseguradores y prestadores, presuman la mala fe de sus contrapartes. Así, el Estado ha incumplido en los pagos oportunos a las EPS por concepto de compensación y recobro de eventos no POS, mientras que la EPS ha hecho lo propio con los prestadores a través del no pago deliberado y la glosa, a veces injustificada, de cuentas. Por último, el prestador, tanto público como privado, ha



tratado de sobrevivir como último eslabón de la cadena, a través de la sobrefacturación de procedimientos y atenciones. El resultado del “tira y afloje” es la falta de armonía entre los actores del sistema, ocasionado por el establecimiento de reglas de juego neoliberales, que se basan en el egoísmo. El interrogante que surge es el siguiente: ¿puede un sistema fundamentado en el deseo de aumentar las ganancias de particulares suplir las necesidades de la población en salud?

Para lograr el equilibrio de un sistema de salud, el ente asegurador debe estar en la capacidad de distribuir el riesgo entre todos los afiliados, de tal manera que el costo de las contingencias en salud de algunos sea cubierto por los aportes de otros individuos que no solicitan atención. Esto queda demostrado cuando se observa que las EPS con mayor rentabilidad son las más grandes y con mayor número de afiliados. Siendo así las cosas, la distribución del riesgo sería máxima si existiese un único asegurador que agrupara a toda la población colombiana, con la responsabilidad social que entraña el manejo de todos los recursos y la garantía de los mandatos de la Constitución. Esta labor solo puede ser asumida por el Estado, puesto que el fin último es el equilibrio financiero del sistema para cumplir la función social que da sentido a su existencia, y no la productividad que lucre al sector privado.

Otra dificultad patente en la administración del sistema es la pesada carga burocrática de las EPS, que reproduce inútilmente esfuerzos en cada una de ellas, evitando que se pueda hacer economía de escala, especialmente en cuanto a trámites, documentación y publicidad. De nuevo, todo apuntaría a que un solo asegurador puede ser más eficiente.

Finalmente, el sistema de información es débil, y depende en su totalidad de los reportes generados por las EPS. Dado que la regulación estatal depende de

esos informes, se abre la posibilidad del suministro inadecuado de datos, lo cual ha sido demostrado por las inconsistencias halladas en la información otorgada por algunas de ellas en términos financieros y de afiliaciones. Desafortunadamente, esto demuestra que el Estado colombiano ha perdido por completo el control de la situación, al no conocer con exactitud el número de afiliados al sistema, la base de cotización real de los individuos ni las actividades no POS ejecutadas en la realidad. Es preciso que se retome el control sobre todos y cada uno de los aspectos que involucra la cadena del sistema, y para ello los puntos críticos deben ser arrebatados a la empresa privada.

Conclusiones y recomendaciones

Es paradójico que en los últimos años Colombia haya mostrado crecimiento económico (5,9% en el último año) (23), mientras que el gasto social disminuye progresivamente. Esto ocurre debido a la implementación de las políticas neoliberales provenientes de organizaciones internacionales tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, las cuales pueden ser acertadas para un país con condiciones de empleo favorables, pero que han llevado al fracaso a nuestro sistema sanitario, al no tener en cuenta la particularidad de las necesidades y la realidad de la población colombiana. En otras palabras, el Nuevo Sistema de Salud Integral debe nacer como respuesta a un análisis juicioso, por un lado, de las necesidades y expectativas de los colombianos y, por otra, de los recursos con que se cuenta para financiarlo.

La salud es un derecho inalienable y un servicio público a cargo del Estado, no un negocio con fines productivos. Así, la razón de ser del Estado es prestar este y otros servicios públicos, apoyado en los demás sectores de la economía, que han de sustentarlo por



medio de la tributación, bajo los principios de equidad horizontal y vertical. Debe entonces el Estado retomar las riendas del sistema en los puntos críticos que son la financiación y la administración.

En cuanto a la financiación, el modelo de seguridad social ha demostrado su viabilidad (a pesar de no ser completamente equitativo) en países con cifras de desempleo e informalidad laboral bajas, que aseguran una amplia base de cotizantes. En Colombia, desafortunadamente esas condiciones no se han observado en los últimos veinticinco años, ni se prevé una mejoría en las siguientes décadas. Así las cosas, la financiación debe buscarse por otros medios. El modelo basado en impuestos generales, a pesar de ser eventualmente regresivo y desencadenar cierto grado de inequidad, se presenta como la única alternativa posible. Una alternativa que emerge es la creación de impuestos directos e indirectos que financien el sistema, como complemento para las fuentes estatales que hoy en día funcionan. Se tendría un sistema único de administración y financiación por parte del Estado. Para aliviar el efecto regresivo de la carga impositiva, es recomendable el reembolso parcial o total de los impuestos a algunos contribuyentes que demuestren sus bajos ingresos, verificados por una auditoría estricta por parte de la DIAN.

En conclusión, el sistema de salud debe garantizar la atención oportuna y equitativa de todas las contingencias en salud de los ciudadanos y residentes colombianos. Para hacerlo posible, el Estado debe asumir la totalidad de su financiación y administración. Para financiarlo, se recomienda la adopción de un modelo basado en impuestos directos e indirectos, cuyo impacto regresivo sea aliviado por un sistema de reembolsos a la población vulnerable, con el apoyo de una auditoría responsable por parte de la DIAN. En cuanto a la administración, es recomendable que el Estado cree una aseguradora

única que permita distribuir el riesgo entre toda la población. Con el fin de dar fluidez a los recursos hacia los prestadores, la naciente aseguradora podría comportarse como un banco que se rija por el derecho privado. La ampliación de estos conceptos propuestos, requiere la intervención e investigación por parte de académicos en las distintas disciplinas involucradas en el manejo de un sistema tan complejo y de vital importancia.

Referencias bibliográficas

1. Homedes N, Ugalde A, Forns JR. The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America. *International Journal of Health Services*. 2005; 35: 691-717.
2. World Bank. *The World Development Report: Investing in health*. Washington, D.C; 1993.
3. Fondo Monetario Internacional (FMI). Public investment and fiscal policy. Paper prepared by the Fiscal Affairs Department and Policy Development and Review Department in consultation with other departments and in cooperation with the World Bank and the Inter-American Development Bank; 2004. Cited in United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). *Rethinking poverty: Report on the World Social Situation, 2010*. New York: UN DESA; 2009.
4. United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). *Trade and Development Report 2006: Global partnership and national policies for development*. New York y Ginebra: UNCTAD; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. Restrictive IMF policies undermine efforts at Health System Strengthening (HSS). *World Health Report* by Rick Rowden. Background Paper; 2010.
6. Colombia, Ministerio de Salud, Ley 100 de 1993. *La Seguridad Social en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
7. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. En Wagstaff A, van Doorslaer E, Rutten F, editores. *Equity in the finance and delivery of health care an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1992, pp. 85-103.
8. Riveros E. Reflexiones sobre una solución al sistema de Salud. *Semana* 2011; nov. 28. Disponible en <<http://www.semana.com/opinion/reflexiones-sobre-solucion-sistema-salud/168087-3.aspx>>
9. Superintendencia Nacional de Salud. *Recursos financieros del sector salud*. Bogotá: Ministerio de Salud; 1996.



10. Vargas I, Vásquez ML, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saude Publica*. 2002; 18: 927-937.
11. Londoño JL. *Managed competition in the tropics?* Ottawa: World Bank; 1996.
12. Jaramillo-Pérez I. *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Cinco años después.* Bogotá: Fescol, FES, FRB, Fundación Corona; 1999.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Encuesta de Vida.* Bogotá: DANE; 2010.
14. Profamilia. *Encuesta de demografía y salud.* Bogotá: Profamilia; 2010.
15. Colombia, Congreso de Colombia. *Ley 122.* Bogotá; 2007.
16. Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.
17. Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; 2001.
18. Wagstaff A, van Doorslaer E, Baci P. Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons. En McGuire A, Fenn P, Mayhew K, editores. *Providing health care: The economics of alternative systems of financing and delivery.* Oxford: Oxford University Press; 1991, pp. 141-171.
19. Kakwani NC. Measurement of tax progressivity: An international comparison. *Economic Journal*. 1977; 87: 71-80.
20. Colombia, Corte Constitucional. *Sentencia C-364.* Magistrado ponente Carlos Gaviria Díaz. Bogotá, 1993.
21. Zheng M, Junpeng Y, Cheng S, Zhiyu H, Zhenglu Y, Yuntao P, Yishan W. Using Lorenz Curve and Gini coefficient to reflect the inequality degree of S&T publications: an examination of the institutional distribution of publications in China and other countries. *Fourth International Conference on Webometrics, Informetrics and Scientometrics & Ninth Collnet Meeting.* En Kretschmer H, Havemann F, editores. *Proceedings of WIS 2008, Berlín.*
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Estudio económico de América Latina y el Caribe.* 2010-2011.
23. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Comunicado de prensa: Producto Interno Bruto, cuarto trimestre y total anual.* Bogotá; 2012.

