



DETERMINANTES DE LA AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN
LA CIUDAD DE CALI

AUTORES

JUAN DAVID VILLAFRADE

MARÍA CAMILA ESQUIVEL

DIRECTOR DEL PROYECTO

CARLOS GIOVANNI GONZALEZ

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

ECONOMÍA Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA

1 DE DICIEMBRE DEL 2017

Determinantes de la afiliación a la seguridad social en salud en la ciudad de Cali

Carlos Giovanni González Espitia¹

Maria Camila Esquivel Moreno²

Juan David Villafrade Arboleda³

Resumen

Bien es cierto que el Sistema de Salud en Colombia afronta fuertes críticas constantemente y a pesar de que se han dado ciertas reformas que buscan acabar con las fallas que este sistema presenta, muchos usuarios siguen percibiéndolo de manera negativa. Este trabajo tiene como objetivo estimar la probabilidad de que un individuo caleño tenga afiliación al Sistema de Salud. Esto se hará por medio de un modelo econométrico que determine la probabilidad de que el individuo caleño sea cotizante, beneficiario, subsidiado, o que simplemente no tenga una afiliación al sistema de salud, teniendo en cuenta características propias del individuo y características de su hogar.

De lo encontrado se pueden resaltar seis resultados que son de gran interés. Primero, se evidencia que las brechas aún persisten en las cuestiones del género. Segundo, que los subsidios puede dejar un lado sectores de la población que lo necesitan. Tercero, el ser soltero condiciona a la persona promedio a tener una mayor probabilidad de ser parte del régimen subsidiado. Cuarto, la percepción de pobreza puede ser una construcción social que condiciona al individuo a ser de uno u otro régimen. Quinta, la educación es un estímulo a las capacidades que lleva que las personas sean más propensas a pertenecer al régimen contributivo. Sexto y último, que el estrato 3 se encuentra en una situación de

¹ Ph.D en Economía. Profesor e investigador asociado de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas de la Universidad Icesi.

² Estudiante de noveno semestre de Economía y Negocios Internacionales de la Universidad Icesi.

³ Estudiante de noveno semestre de Economía y Negocios Internacionales de la Universidad Icesi.

vulnerabilidad al no tener la capacidad monetaria de pertenecer al régimen contributivo y al no estar en una a situación de vulnerabilidad suficiente para ser parte del subsidiado.

Palabras clave: Sistema de Salud, Probabilidad de afiliación, Régimen contributivo, Régimen subsidiado.

Abstract

It's true that the Health System in Colombia has a many failures and is often perceived in a negative way. This work aims to estimate the probability that an individual who lives in Cali, Colombia has an affiliation to the Health System. This will be done through an economic model that determines the probability that someone from Cali becomes a contributor, beneficiary, is subsidized, or simply does not have an affiliation to the health system, taking into account the characteristics of the individual and characteristics of their home.

From the findings, six results can be extracted that are of great interest. First, it is evident that the gaps still persist in gender issues. Second, that the subsidies may leave aside sectors of the population that need it. Third, being single determines the average person to have a greater probability of being part of the subsidized regime. Fourth, the perception of poverty can be a social construction that conditions the individual to be of the other regime. Fifth, education is a stimulus to the capabilities that leads people more likely to belong to the contributory regime. Sixth and last, that stratum 3 is in a situation of vulnerability because it does not have the monetary capacity to belong to the contributory regime and because it is not in a situation of sufficient vulnerability to be part of the subsidized one.

Keywords: Health System, Probability of affiliation, Contributory Regime, Subsidized Regime.

Tabla de Contenido

1. Introducción	5
2. Literatura.....	7
3. Estrategia empírica	13
4. Principales resultados	21
5. Conclusiones	32
6. Referencias.....	34

Tabla de Ilustraciones

Tabla 1. Resumen variables dicotómicas o dummy	16
Tabla 2. Estadísticas descriptivas de la variable dependiente	18
Tabla 3. Estadísticas de las variables explicativas relevantes	19
Tabla 4. Efectos marginales en la probabilidad de afiliación a la seguridad social en salud.....	21
Tabla 5. Probabilidades condicionales promedio por estrato socioeconómico	31

Tabla de Gráficos

Gráfico 1. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social 2010-2015	10
Gráfico 2. Probabilidades condicionales de afiliación a la seguridad social en salud.....	27

1. Introducción

La solución a problemáticas sociales y el planteamiento de políticas públicas que logren mejorar la eficiencia y equidad en la sociedad, siempre ha sido un campo de interés para los economistas. Como estudiante de economía, siempre hemos sentido una fuerte inclinación por las problemáticas sociales y es por esto que para este trabajo buscamos dar analizar una de los principales problemas sociales que afronta nuestra región, por medio de la teoría económica y el uso de instrumentos econométricos, el cual es el acceso a determinado régimen del Sistema de Salud. Se partirá de la hipótesis de que “más allá del costo de adquirir una salud privada, existen otros factores que inciden para el ciudadano caleño en dicha adquisición como: la aversión al riesgo, fallas en el sistema (cobertura), prioridades y expectativas e información incompleta.”

Por tanto, el objetivo principal de este trabajo será estimar la probabilidad de que un individuo caleño tenga afiliación al sistema de salud. De manera específica se espera: por un lado, encontrar la probabilidad de que un individuo sea cotizante, beneficiario, subsidiado (SISBEN) o no tenga afiliación al sistema de salud. También se espera realizar una caracterización conceptual del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano para identificar y entender su funcionamiento y fallas estructurales. Por último se busca analizar los resultados encontrados con el fin de identificar posibles aspectos de mejora que permita reconocer los factores estructurales que impiden la reducción de brechas en la prestación de servicios de salud.

Para lograr lo anterior el trabajo estará dividido en cuatro sesiones; en la primera de éstas se presentará un marco teórico en el que se busca hacer una conceptualización detallada del funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia, su funcionamiento y sus fallas,

incluyendo lo que algunos autores han estudiado respecto a éste. En la sesión siguiente se presenta una descripción de las variables que serán utilizadas en el modelo econométrico que se trabajará. Continuando se hará una explicación de la estrategia empírica utilizada y seguido de ello se hará un detallado análisis de los resultados obtenidos en éste. Para finalizar, se presentarán unas conclusiones de lo estudiado junto con unas posibles recomendaciones de política pública.

2. Literatura

Uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es el goce de una buena salud, sin importar su raza, género, ideología ni condición económica y social. En este sentido, la salud va a estar atada al estilo de vida; aquel que posea una buena salud, puede llegar a contar con mayores capacidades para su desarrollo personal, profesional y social. Desde el enfoque de capacidades presentado por Amartya Sen, es posible comprender que las desigualdades sociales no solo van a estar fundamentadas en las diferencias de distribución de ingresos, sino también en la falta de acceso a ciertas capacidades.

Es por esto que cada Estado tiene la responsabilidad de garantizar una buena salud para todos sus ciudadanos, pues ésta será una condición fundamental para mantener la igualdad, la paz y la seguridad. Éste será también un factor determinante en las desigualdades entre países, pues aquellos Estados que logren implementar medidas sanitarias y sociales adecuadas para fomentar la salud y el control de enfermedades, lograrán contribuir a que la sociedad llegue a ser más productiva, eficiente y, en cierta medida, equitativa. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Constitución de la OMS)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el sistema de salud como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud" (OMS, 2005). Los sistemas de salud deberán asegurarse de proporcionar los servicios que respondan a las necesidades de cada población y ser lo más justos posibles en el trato y posibilidad de acceso que se le ofrece a cada individuo. Por tanto, para lograr un sistema eficiente, será necesaria la intervención de personas, de sistemas de financiación, de información, de transporte, así como mucha orientación y dirección.

Como se mencionó anteriormente, la salud es un factor determinante del nivel de vida en un país; por lo tanto, el papel que juegue el gobierno en el desempeño y fortalecimiento de su sistema de salud, va a fomentar el aumento de la equidad y el desarrollo del país y además puede concebirse como una estrategia fundamental contra la lucha de la pobreza. Sin embargo, la OMS evidencia una falta de financiamiento y una alta ineficiencia en la operación de estos sistemas.

Colombia es uno de esos países cuyo sistema de salud presenta múltiples ineficiencias y críticas por parte de sus ciudadanos. La prestación de servicios de salud en Colombia está reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que obedece a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios. Esta ley surgió como resultado como respuesta a inconformidades por parte de múltiples sectores de la sociedad que presentaron quejas del Sistema General de Seguridad Social, en lo relacionado con su cobertura, calidad de los servicios prestados, acceso, flujo de recursos, los mecanismos de contratación de administradores y prestadores de este sistema y por el futuro incierto que pueden presentar estas entidades (Restrepo, 2007). El principal objetivo de esta nueva ley es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (MinSalud).

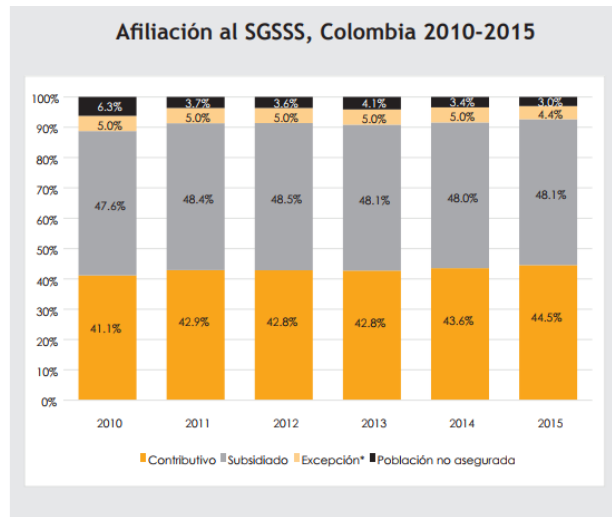
El Sistema de Salud en Colombia está dividido en dos regímenes, uno contributivo y uno subsidiado. Dentro del primero se encuentran aquellas personas que tienen una capacidad de pago para financiar su salud, como lo son los trabajadores, tanto formales como independientes, también los pensionados y las familias de estas personas que se ven

beneficiadas por dicho pago; estos usuarios deberán hacer su afiliación al sistema directamente con la EPS o a través de la empresa donde trabaja.

Del otro lado, en régimen subsidiado en el que se encuentra la población más pobre del país, aquellos que no tienen capacidad de pago y por tanto el Estado les brinda un subsidio para que puedan acceder a los servicios de salud; en este caso, es responsabilidad del Estado identificar y permitir la afiliación a esta población objetivo. Para esto último existe en Colombia el Sisbén (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) el cual se utiliza para identificar de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que ésta sea asignada a quienes más lo necesitan, esto se logra a través de un puntaje que clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas (Sisben.gov). Para afiliarse al régimen subsidiado, la persona deberá ir ante la Secretaria de Salud de su jurisdicción, la cual se encargará de hacer la respectiva afiliación a determinada EPS si dicha persona cumple con las características para recibir el subsidio. Este régimen subsidiado está enfocado en los estratos 1 y 2 y principalmente en madres cabeza de hogar.

De acuerdo a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), entre el 2010 y el 2015, la afiliación al régimen subsidiado varió entre el 47,6% y el 48,5% de la población colombiana, mientras que el régimen contributivo para el mismo periodo varió entre el 41,1% y 44,5% (ACEMI, 2017). De aquí que se evidencie una ampliación en la cobertura de ambos regímenes, que como se verá, debe seguir siendo una meta estatal para cumplir el principio de universalidad en la prestación de servicio en salud.

Gráfico 1. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social 2010-2015



Fuente: BDUA, con corte a diciembre en cada año, consulta realizada el 13 de enero de 2017; DANE: Proyecciones de población 2005-2020 (disponible en www.dane.gov.co).

(*) Población en régimen de excepción según estimaciones del MSPS

Fuente: ACEMI. “Cifras e indicadores del Sistema de Salud - Publicación 2017”

Teniendo claro lo anterior, se puede entender que las EPS funcionan como un intermediario entre el usuario y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que son las clínicas, hospitales y centros de salud que prestan los servicios médicos; estas instituciones no cuentan con presupuesto previo, sino que dependen de lo que las EPS les entreguen. Es entonces, debido a esta intermediación, la cual es fuertemente criticada, que se presentan muchas fallas en el tipo de servicio que se ofrece y en la posibilidad de acceder a estos servicios, pues las EPS no brindan los recursos suficientes a las IPS para que éstas puedan brindar un servicio eficiente.

Como se mencionó anteriormente, son muchas las críticas que se han presentado al Sistema de Salud en Colombia, motivo por el cual varios autores han enfocado su investigación en este tema. Ayala García en su trabajo “La salud en Colombia: más cobertura menos acceso” discute una de estas fuertes fallas que presenta el SGSSS y es la falta de acceso a servicios

de salud que se presenta en el país. A pesar de que la cobertura del aseguramiento ha aumentado del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012, el acceso a los servicios de salud pasó del 79,1% al 75,5% en este mismo periodo (Ayala García, 2014). Afirma que en este sistema se presentan múltiples barreras que impiden el acceso a los servicios, entre ellas cuestiones de la oferta tale como la falta de centros de atención y la mala calidad del servicio; o desde el lado de la demanda debido a la falta de dinero para costear el servicio o simplemente por las malas percepciones que se tiene de éste.

En las barreras de demanda, entran a jugar variables socioeconómicas como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación (Ayala García 2014). En cuanto a estas variables es posible evidenciar que en Colombia existen inequidades socioeconómicas en cuanto al acceso a la salud, bien sea por género, nivel de escolaridad, nivel de ingresos, entre otras, que van a limitar la eficiencia del sistema y la posibilidad de acceder a éste. Partiendo de la valoración de la salud como un derecho fundamental, todos aquellos factores que se constituyan en barreras para su logro y que sean modificables deberán considerarse como objeto de trabajo desde la política pública y responsabilidad del Estado (Guarnizo y Agudelo, 2008).

Bien es cierto que por medio de la reforma a la salud anteriormente mencionada, se ha buscado corregir las fallas que presenta este sistema; por medio de ésta se ha buscado aumentar la cobertura, sin embargo esto no se ha traducido en un aumento en el acceso y esto se debe principalmente a la falta de diferenciación entre estos conceptos; la cobertura va estar determinada por la oferta exclusivamente, mientras que en el acceso van a influir variables propias de la demanda. Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete y Mogollón-Pérez

afirman que existen características de la población que limitan el acceso a los servicios de salud como factores que predisponen y factores que capacitan. Los primeros están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios (Vargas-Lorenzo, Vázquez-Navarrete y Mogollón-Pérez, 2010), aquí entran cuestiones propias del individuo como sus creencias y actitudes, el conocimiento que tenga frente al funcionamiento del sistema, sus necesidades en temas de salud y la percepción que tenga de su salud, entre otras. En cuanto a los factores que capacitan, las autoras hacen referencia a otras variables de carácter personal y familiar como el ingreso, la situación laboral, el lugar donde vive, el tamaño del hogar, entre otras.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden clasificar dos tipos de individuos frente al SGSSS, unos que por decisión propia eligen no pertenecer a determinado régimen de salud, teniendo en cuenta dichos factores que predisponen que mencionan Vargas, Vázquez y Mogollón, en específico cuestiones como: la aversión al riesgo, pues muchas personas prefieren invertir su dinero en algo diferente a la salud ya que se perciben sanos y consideran que no necesitar servicios médicos; las prioridades y expectativas o perspectivas de los individuos con respecto al sistema o por simple desinterés. Por otro lado están las personas que simplemente se les imposibilita acceder al Sistema de Salud por los problemas que presenta el sistema que fueron anteriormente expuestos.

3. Estrategia empírica

Con el fin de comprender los resultados del modelo es en principio importante definir la estrategia empírica empleada. Para ello entonces, se buscará en principio realizar una caracterización de las variables empleadas. Para la estimación de las probabilidades se empleó modelo multinomial, para lo cual tendremos en este caso cuatro variables dependientes que representarán la probabilidad de acceso al sistema de seguridad social. Así, encontramos cuatro posibles escenarios: ser cotizante, beneficiario, ser usuario del SISBEN y no tener ningún tipo de afiliación. En este orden de ideas, estos cuatro escenarios serán explicados bajo dos agrupaciones de variables: las características del individuo y las características del hogar.

A través de la ley 100 de 1993, el Estado colombiano definió las normativas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual rige las dos modalidades de afiliación. Estas son el régimen contributivo y el régimen subsidiario, las cuales buscan cumplir con la universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, entre otros principios que rigen la prestación del servicio en salud.

El régimen contributivo es definido como el conjunto de normas que regula la afiliación de personas que tienen la capacidad de pago para adquirir un sistema de seguridad social. Dentro de este régimen se encuentran empresarios, trabajadores por contrato laboral, trabajadores independientes, pensionados y servidores públicos, quienes deben realizar un aporte monetario según lo dispuesto en el título III del libro segundo de la ley 100 del 93. En general, el aporte para la seguridad social se encuentra alrededor del 12% y 12.5% del salario base, para lo cual no deberá estar por debajo del salario mínimo.

De esta forma, dentro del régimen contributivo se encontrará la población contemplada dentro de las variables de cotizante y beneficiario. La primera se refiere al individuo que realiza el aporte económico, y el beneficiario es algún familiar de este cotizante que goza por ende de los servicios de salud. Dentro de la variable cotizante no hay una distinción referente al tipo de servicio que contrata, es decir, no hay una distinción referente a si contrata un servicio de salud prepagado o no.

El régimen subsidiado es el marco normativo que rige la afiliación de aquellas personas que no cuentan con la capacidad financiera para cubrir la cotización. En este sentido, este régimen busca privilegiar a la población más pobre y vulnerable de tanto la zona urbana como de la rural. De igual manera, dentro de los privilegiados se priorizará mujeres en estado en embarazo, cabezas de hogar, madres comunitarias, niños menores a un año, mayores de 65 años, y profesionales con bajo umbral salarial.

En este sentido, la variable que representará lo anteriormente mencionado será el SISBEN. Específicamente, el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), busca a través del establecimiento de unos puntajes identificar la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para optimizar la inversión social en función a las verdaderas necesidades de los individuos. Así, el SISBEN busca identificar a través de características socioeconómicas quienes podrían gozar de la vinculación de programas sociales, como por ejemplo, la prestación de servicios de salud.

De las variables dependientes o posibles escenarios resta, entonces, por caracterizar la no afiliación al sistema de seguridad social. Teniendo presente que por políticas gubernamentales la salud colombiana debe buscar la universalización de prestación del

servicio, la no afiliación al sistema de seguridad social se deberá a deficiencias estructurales del sistema o a la decisión personal del individuo (barreras de oferta y demanda).

Por un lado, es posible que la gente no conozca de los beneficios del SISBEN, no de abasto para afiliarse a todas esas personas que no tienen la capacidad monetaria, o no tenga la amplitud geográfica suficiente para cubrir todas las zonas del país. Por otro lado, personas que tienen la capacidad para afiliarse pueden decidir no hacerlo dadas sus características personales como: su disposición a pagar, sus preferencias y prioridades, su aversión al riesgo y su desapruebo por los métodos médicos utilizados.

Las variables explicativas que nos permitirán encontrar las probabilidades de los anteriores cuatro escenarios, como ya se mencionó, están divididas en dos grupos. Por un lado, dentro de las características personales encontramos variables como: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de educación, el estado de salud, el estado crónico, su situación de empleo y la percepción de su estado de pobreza. Por otro lado, dentro de las características del hogar se encontrarán: los gastos en salud, si se posee un computador, si es vivienda propia, el número de personas en el hogar y el estrato al que corresponde el hogar.

Dentro de las variables independientes contempladas, tanto de las características personales como las del hogar, se encontrarán variables dicotómicas. Estas variables se caracterizan por tomar el valor de 1 cuando cumplen con una característica específica, y dada la cantidad de este tipo de variables, a continuación, se presentará una tabla que resume cada una. Por otro lado, se tiene las variables que toman valores continuos. La edad se encuentra acotada entre 18 y 100 años con el fin de contemplar los mayores de edad dentro del

estudio; los gastos en medicamentos por el hogar se encontrarán entre 0 y 1'000.000 COP; y finalmente, las personas del hogar oscilan entre 1 y 14 personas.

Tabla 1. Resumen variables dicotómicas o dummy

Grupo	Variable	Característica (=1)	Caso contrario (=0)
<i>Características del Individuo</i>	<i>Sexo</i>	Si es mujer	Si es hombre
	<i>Estado Civil</i>	Si es soltero	Si mantiene o mantuvo alguna relación
	<i>Educación 1</i>	Si tiene título Bachiller	Si no tiene ningún título
	<i>Educación 2</i>	Si tiene título superior al Bachiller	Si no tiene ningún título
	<i>Estado de Salud</i>	Si es muy bueno o bueno	Si es regular o malo
	<i>Estado Crónico</i>	Si tiene enfermedad crónica	Si no tiene enfermedad crónica
	<i>PEA (Población Económicamente Activa)</i>	Si es parte de la PEA	Si no hace parte de la PEA
<i>Características del hogar</i>	<i>Percepción de pobreza</i>	Si se percibe pobre	Si no se percibe pobre
	<i>Computador</i>	Si posee computador	Si no posee computador
	<i>Vivienda propia</i>	Si posee vivienda propia	Si no posee vivienda propia
	<i>Estrato_i</i>	Si pertenece al estrato i, donde i = 2,3,4,5,6	Se pertenece al estrato 1

Fuente: Elaboración propia.

Las variables contempladas son de gran importancia para el análisis, en la medida en que nos permitirán realizar análisis marginal y hallar probabilidades condicionales. De esta forma, se puede realizar análisis puntual sobre las probabilidades, controlando por variables de interés. En este sentido, esta forma de estimación nos podrá decir, por ejemplo, si el ser hombre o mujer condiciona la probabilidad de alguno de los cuatro escenarios. Este análisis a priori de igual manera se puede realizar con las otras variables tenidas en cuenta.

Se esperaría que el grado de educación y la situación de empleo conllevarán a que el individuo sea más propenso a contratar un servicio de seguridad social, en la medida en que

una persona educada tiende a percibir mayores ingresos y, por ende, a tener una posibilidad más plausible de contratar un servicio de salud. Del estado de salud y estado crónico se esperaría que las personas que sienten que tienen regular o mala salud, al igual que las personas que padecen de enfermedad crónica, sean más propensas a contratar el servicio para cuidar de su salud.

Finalmente, de las condiciones del hogar como el poseer un computador y una vivienda propia se esperaría que las personas se encuentren en mayor medida motivadas a encontrarse afiliadas, sobre todo en el régimen contributivo. Pues bien, el poseer estos bienes puede dar un indicio sobre las condiciones de vida del individuo, las cargas crediticias y el acceso a la información, con lo cual se esperaría que el individuo se vea en mayor medida motivado a afiliarse. Lo análisis anteriormente mencionado son hipótesis o juicios de valor. Para probarlos se deberá correr el respectivo modelo multinomial que nos permitirá, a través de la teoría económica y las herramientas estadística, definir cuáles son las relaciones causales que existen entre los cuatro escenarios y las variables explicativas, y si se cumple lo anteriormente establecido.

Las estadísticas descriptivas de las variables nos pueden dar información relevante sobre el comportamiento de estas, al igual que sobre la posibilidad de realizar inferencia estadística de las probabilidades encontradas. Para empezar, es importante mencionar que el número de observaciones es de 23.428 individuos, lo cual nos da los suficientes grados de libertad para realizar una inferencia estadística robusta. En cuanto a las variables dependientes, evidenciamos que el porcentaje de población dentro de las 4 categorías se encuentra distribuida maso menos equitativamente, siendo el menor 8.72% (no afiliados) y el mayor 35.78% (cotizantes). En cualquier de los cosas, se cuenta con información suficiente que

nos permitirá realizar las respectivas regresiones, proyecciones y posteriores inferencias de los resultados encontrados.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de la variable dependiente

Afiliación a la seguridad social en salud	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Cotizante	35.78	35.78
Beneficiario	23.71	59.49
SISBEN	31.78	91.28
No tiene	8.72	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las variables independientes se puede destacar con respecto a las estadísticas descriptivas la información que entrega con respecto a la variable edad, gasto en salud y personas en el hogar. En general podemos evidenciar, de manera empírica, como se comportan los datos de acuerdo a estadísticos como el promedio y la desviación estándar. Dando cuenta por ejemplo sobre concentración de datos, datos atípicos y tendencia de los datos.

Primero, se observa que la edad promedio de la muestra tomada es de 45 años con una desviación estándar de 18 años, con lo cual podemos evidenciar que en general la población se encuentra en una edad en la que el acceso a la salud debe ser una preocupación o prioridad. Segundo, con respecto a los gastos en medicamentos, podemos evidenciar que hay datos atípicos que pueden llevar alterar las estadísticas descriptivas; sin embargo, en general predominan los bajos valores de gastos en medicamentos dada la sobreestimación del promedio que se podría llegar a presentar, y que no se dio, por el hecho de datos como

el máximo valor (1'000.000 COP). Tercero, en cuanto al número de personas del hogar vemos que se comporta en promedio alrededor de los 4 integrantes, evidenciándose de igual forma la presencia de datos atípicos como el máximo de 14 integrantes por hogar.

Tabla 3. Estadísticas de las variables explicativas relevantes

Variable	Observaciones	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Sexo	23428	1,5592	0,4964	1	2
Edad	23428	45	18,3108	18	100
Estado civil	23428	0,3573	0,4792	0	1
Bachiller	23428	0,364	0,4811	0	1
> Bachiller	23428	0,1782	0,3827	0	1
Gastos en salud	23428	11850,45	45346,42	0	1000000
Estado de salud	23428	0,7757	0,417	0	1
Computador	23428	0,5208	0,4995	0	1
Vivienda propia	23428	0,5866	0,4924	0	1
Estado crónico	23428	0,2005	0,4004	0	1
Personas en el hogar	23428	4	8	1	14
PEA	23428	0,5353	0,4987	0	1
Percep. de pobreza	23428	0,361	0,4803	0	1
Estrato 2	23428	0,32	0,4665	0	1
Estrato 3	23428	0,34	0,4737	0	1
Estrato 4	23428	0,0372	0,1894	0	1
Estrato 5	23428	0,0904	0,2867	0	1
Estrato 6	23428	0,2782	0,1644	0	1

Fuente: Elaboración propia. Encuestas Cali 2012.

Como se mencionó al principio de la presente sección, la herramienta econométrica utilizada para el cálculo de las probabilidades fue un modelo multinomial. Específicamente, la estimación se realizó por medio de un Logit, el cual utiliza una función logística y por ende se encuentra entre los modelos de regresión no lineales. De esta manera, se procedió a realizar los diferentes cálculos de los cuatro escenarios bajo las variables independientes anteriormente definidas. Así, el modelo a estimar se encuentra definido teóricamente como:

$$\begin{aligned}
Y_i = & \Lambda(\beta_0 + \beta_1 \text{Sexo}_i + \beta_2 \text{Edad}_i + \beta_3 \text{Civil}_i + \beta_4 \text{Bachiller1}_i + \beta_5 \text{Bachiller2}_i \\
& + \beta_6 \text{Gasto}_i + \beta_7 \text{Estsalud}_i + \beta_8 \text{Computador}_i + \beta_9 \text{Vivprop}_i \\
& + \beta_{10} \text{Cronico}_i + \beta_{11} \text{Phogar}_i + \beta_{12} \text{PEA}_i + \beta_{13} \text{Pobreza}_i \\
& + \beta_{14} \text{Estrato. } i_i) + \varepsilon_i
\end{aligned}$$

$$i = 1, 2, 3, \dots, 23.428$$

$$Y_i \begin{cases} 1 \text{ si es cotizante} \\ 2 \text{ si es beneficiario} \\ 3 \text{ si es SISBEN} \\ 4 \text{ si no esta afiliado} \end{cases}$$

4. Principales resultados

El estudio de los resultados se realizará de acuerdo a dos bloques de análisis: los efectos marginales y las probabilidades condicionales. Se presentará en primera instancia los efectos marginales sobre los cuatro escenarios que tienen las variables características del individuo y del hogar. Para el segundo análisis, se presentará primero los efectos que tienen las variables características personales sobre las probabilidades, para luego presentar las probabilidades condicionadas al estrato social.

Tabla 4. Efectos marginales en la probabilidad de afiliación a la seguridad social en salud

	(Cotizante)	(Beneficiario)	(SISBEN)	(No tiene)
Sexo	-0.142 ^{***} (0.00787)	0.130 ^{***} (0.00688)	0.0335 ^{***} (0.00694)	-0.0216 ^{***} (0.00441)
Edad	0.00781 ^{***} (0.000304)	-0.00337 ^{***} (0.000248)	-0.00254 ^{***} (0.000262)	-0.00190 ^{***} (0.000176)
Estado civil	-0.0555 ^{***} (0.00908)	-0.114 ^{***} (0.00680)	0.133 ^{***} (0.00837)	0.0366 ^{***} (0.00564)
Bachiller	0.169 ^{***} (0.00965)	-0.00306 (0.00786)	-0.149 ^{***} (0.00725)	-0.0168 ^{***} (0.00502)
> Bachiller	0.342 ^{***} (0.0117)	-0.0748 ^{***} (0.00899)	-0.241 ^{***} (0.00745)	-0.0261 ^{***} (0.00595)
Gasto salud	-8.63e-08 (8.52e-08)	-2.03e-08 (6.91e-08)	-3.80e-08 (9.23e-08)	0.000000145 ^{***} (4.26e-08)
Estado salud	0.0668 ^{***} (0.0103)	0.0169 [*] (0.00872)	-0.0570 ^{***} (0.00930)	-0.0267 ^{***} (0.00691)
Computador	0.0947 ^{***} (0.00828)	0.0818 ^{***} (0.00696)	-0.155 ^{***} (0.00720)	-0.0214 ^{***} (0.00481)
Viv. Propia	0.0778 ^{***} (0.00795)	0.0345 ^{***} (0.00673)	-0.0889 ^{***} (0.00724)	-0.0234 ^{***} (0.00468)
Estado cronico	0.0725 ^{***}	0.00185	-0.0255 ^{***}	-0.0488 ^{***}

	(0.0117)	(0.00957)	(0.00956)	(0.00591)
Personas H.	-0.00814*** (0.00232)	-0.00874*** (0.00197)	0.0201*** (0.00188)	-0.00324** (0.00137)
PEA	0.275*** (0.00749)	-0.258*** (0.00714)	-0.0205*** (0.00699)	0.00364 (0.00449)
P. Pobreza	-0.0830*** (0.00828)	-0.0423*** (0.00701)	0.0905*** (0.00720)	0.0348*** (0.00502)
Estrato 2	0.0422*** (0.0125)	0.0450*** (0.0113)	-0.0987*** (0.00794)	0.0115 (0.00708)
Estrato 3	0.0665*** (0.0125)	0.0912*** (0.0114)	-0.198*** (0.00782)	0.0405*** (0.00746)
Estrato 4	0.0536** (0.0231)	0.150*** (0.0235)	-0.239*** (0.00797)	0.0359** (0.0165)
Estrato 5	0.105*** (0.0188)	0.157*** (0.0186)	-0.266*** (0.00700)	0.00335 (0.0111)
Estrato 6	0.127*** (0.0270)	0.148*** (0.0265)	-0.242*** (0.00912)	-0.0340** (0.0138)
<i>N</i>	22277	22277	22277	22277

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Marginal effects; Standard errors in parentheses, y * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

De la variable sexo es interesante destacar que el ser mujer reduce la probabilidad promedio de ser cotizante, mientras que aumenta la de ser beneficiaria. En este sentido, vemos que la mujer caleña sigue teniendo una participación relativa baja dentro del hogar, en comparación con el hombre. Pues bien, se puede inferir que es más probable que el hombre sea el cotizante del sistema de seguridad y que la mujer por ende sea la beneficiaria. Por otro lado, se evidencia que el ser mujer aumenta la probabilidad promedio de ser parte del SISBEN y reduce la de no tener sistema de seguridad social. Lo anterior es lógico pues, teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, las mujeres vienen siendo una prioridad

dentro de los privilegiados del SISBEN, y por ende se esperaría que estas tengan una mayor participación de los programas de inversión social.

En cuanto a la edad, se evidencia que un año adicional aumenta la probabilidad de ser cotizante, mientras reduce la probabilidad de los otros tres escenarios. Lo anterior tiene sentido ya que, conforme el individuo avanza en su edad se espera por un lado que se vuelva más autónomo y por ende pase a ser cotizante, y por otro lado, se jubile y se adhiera al sistema como cotizante a través de su pensión.

El estado civil nos muestra que el ser soltero reduce la probabilidad promedio de ser cotizante y beneficiario, mientras que aumenta la de estar afiliado al SISBEN o no tener ningún régimen de seguridad. El ser soltero puede tener una incidencia sobre ser parte del régimen contributivo e la medida en que, ante la ausencia de una familia que lo afilie como beneficiario, su alternativa sería ser cotizante, la cual finalmente no es una opción posible para toda la población. En este orden de ideas, el ser soltero llevará a que las personas sean más propensas a estar en el régimen subsidiario o a simplemente no contar con un sistema de seguridad que los cubra.

De la educación se evidencia lo que anteriormente se había planteado. A medida que las personas se educan, tienden a gastar más dinero en ser parte del régimen contributivo. Ahora bien, de esto es importante destacar que el tener título bachiller y uno superior a este, incrementa únicamente la probabilidad promedio de ser cotizante. Con ello, se puede pensar que las personas educadas tienden a ser más autónomas en cuanto a la contratación del servicio, o tienen un mayor acceso al volverse más probable un proceso de contratación que los vincule al sistema de seguridad social.

Para los tres primeros escenarios, el gasto en salud no fue significativo a ningún nivel de confianza. Ahora bien, es interesante observar que a medida que aumenta el gasto en medicamentos, el individuo en promedio se ve menos propenso a no adquirir un sistema de seguridad social. Esto se debe a que llegará un punto en que saldrá menos costoso afiliarse al sistema de seguridad, quien cubre los gastos de medicamentos, con respecto a adquirirlos de manera independiente.

Dentro de las variables de percepción encontramos el estado de salud. En este caso se evidencia que es en promedio más probable que las personas que perciben tener una salud muy buena o buena tiendan a adquirir el servicio por el régimen contributivo. Por el contrario, las personas que tienen una percepción negativa frente a su salud en promedio tienen una mayor probabilidad de participar o adquirir SISBEN o no tener ningún tipo de sistema de seguridad social. De cierta forma esta probabilidad puede estar condicionada a la misma participación del individuo a los diferentes regímenes de seguridad social, en la medida en que su percepción puede ser producto de la calidad del régimen en donde ha permanecido gran parte de su vida.

El hecho de tener una enfermedad crónica lleva a que el individuo en promedio tienda a preferir ser parte del régimen contributivo. Esto se evidencia en cuanto a que la presencia de esta característica lleva a que en promedio la probabilidad de ser cotizante o beneficiario aumenta, mientras que ser parte del SISBEN o no tener afiliación se reduce. Este resultado muestra que en promedio los individuos creen más en el régimen contributivo para atender sus necesidades, lo cual es natural, al pensar que las entidades privadas o mixtas de prestación de servicios de salud tienden a ser más eficientes y amplias que las públicas.

De ser parte de la PEA, como ocupado o desocupado, se esperaría que las personas tiendan a participar más como cotizantes. En efecto, se puede observar como la probabilidad promedio para este escenario aumenta, mientras que para el ser beneficiario o subsidiado se reduce. Lo anterior tiene sentido en la medida en que, una persona empleada o que está buscando empleo, tenderá a afiliarse a cotizantes por su capacidad salarial y vinculación al sistema de seguridad social que las mismas empresas incentivan.

De la percepción de pobreza se puede destacar que aquellas personas que se consideran pobres tienen una probabilidad promedio más baja de ser parte del régimen contributivo. Por el contrario, y de manera natural, tienden a tener una participación promedio más alta en el SISBEN o en el no tener ningún tipo de aseguramiento. Se puede evidenciar, de nuevo, que la percepción puede ser una construcción social que de igual forma condiciona el desarrollo y por tanto, la participación dentro del sistema de seguridad social.

En cuanto a las características del hogar, podemos evidenciar el rol que juega el poseer un computador dentro de la probabilidad de los escenarios. En efecto, evidenciamos que el poseer este bien aumenta la probabilidad promedio de ser del régimen contributivo, mientras que reduce a de los otros dos escenarios. Esto de cierta forma se puede explicar por el hecho de que una persona que posee computador tiene más disponibilidad de información y un mayor acceso al sistema.

Las probabilidades de los escenarios, dado a que el individuo posee una vivienda propia, siguen el mismo patrón exhibido por el poseer un computador. Lo anterior se puede derivar del hecho que una persona que tiene vivienda propia puede tener una mayor solidez financiera, que le permite por ende, ser parte del régimen contributivo. En este sentido, es

posible que se presente una sustitución entre el gasto de arrendamiento y la contratación de un sistema de salud cuando el primero ya no se debe asumir.

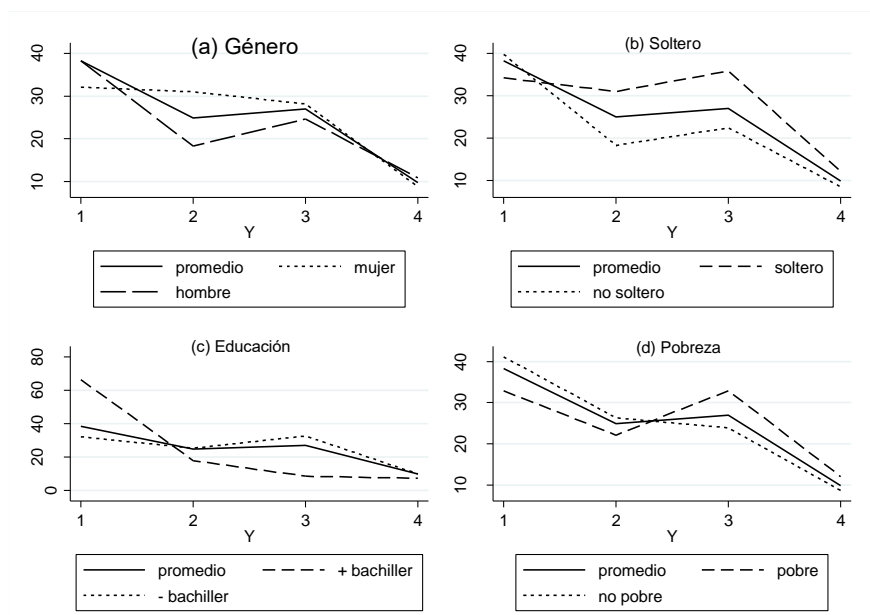
Las personas del hogar muestran un comportamiento esperado, en la medida en que por persona adicional se espera que en promedio la participación del régimen contributivo se reduzca. Lo anterior es de esperarse dado a que una mayor cantidad de hijos implica unos mayores gastos, que por ende, podrían llegar a sustituir el monto de afiliación a este régimen. Ahora bien, el poseer más hijos reduce también en promedio la probabilidad de no estar afiliado en el sistema de seguridad social y aumenta la de ser beneficiario del SISBEN. Esto nos revela que ante mayor número de hijos, en promedio los hogares tienden a preocuparse por saber del sistema de seguridad social y por ende, asociarse a través del régimen subsidiado.

Referente al estrato social del hogar vemos que, con respecto a los 5 comparados con el estrato 1, en promedio la probabilidad de ser parte del régimen contributivo aumenta, siendo el estrato 6 el de mayor variación en puntos porcentuales. De igual manera, pertenecer a cualquiera de estos estratos reduce en promedio la probabilidad de estar afiliado al SISBEN, dado este resultado probablemente al hecho que el sistema de puntajes beneficiará en mayor medida personas de estrato 1. Finalmente, es importante evidenciar que el individuo del estrato 6 es el único que en promedio reduce su probabilidad de no estar afiliado al sistema por pertenecer a dicho estrato, lo cual muestra que incluso individuos hasta de estrato 5 no cuentan con el interés, la información o los medios para contratar un servicio de salud por régimen contributivo.

Para el primer análisis de probabilidades condicionales se tomaron cuatro características del

individuo: el género, su estado civil, su nivel de educación y su percepción de pobreza. Lo que se busca con este análisis es estudiar la probabilidad puntual de los individuos, bajo las características anteriormente mencionadas, y manteniendo las demás variables en su nivel promedio. Así, por ejemplo, se podrá estudiar cual es la probabilidad de que un hombre o una mujer promedio se encuentre en cada uno de los cuatro escenarios contemplados con respecto al sistema de seguridad social.

Gráfico 2. Probabilidades condicionales de afiliación a la seguridad social en salud



Fuente: Elaboración propia.

Como se evidenció en el análisis marginal, el ser hombre en promedio aumenta la probabilidad de participar en el sistema de seguridad social como cotizante. En efecto, la gráfica nos muestra como los hombres tienen una probabilidad mayor (aproximadamente del 38%) de ser cotizante con respecto a las mujeres. Por el contrario, se evidencia una clara dependencia por parte de las mujeres frente a los cotizantes, pues es más probable que estas sean beneficiarias (aproximadamente del 32%). Esto nos da evidencia de las amplias brechas que aún persisten en las cuestiones del género, que podríamos derivar de cuestiones

como el todavía restrictivo acceso al mercado laboral, las discriminaciones salariales, las relaciones de poder, entre otros factores (Facio, 1999).

Por otro lado, podemos evidenciar como las probabilidades tenderán a converger con respecto a los dos últimos escenarios, siendo la probabilidad del tercero más grande para la mujer y la del cuarto más grande para el hombre. Esto nos muestra que efectivamente el SISBEN tiende a priorizar a las mujeres por las diferentes condiciones de salud que puedan llegar a tener, expresadas claramente en la ley 100 del 93. Sin embargo, no se puede desconocer que esta misma priorización puede llevar a una barrera de entrada estructural para los hombres, en cuanto a que no necesariamente todos cuentan con los medios para afiliarse a este sistema y por ende, deben apelar a programas sociales o regímenes subsidiarios.

El estado civil de los individuos nos muestra que las personas que mantienen una relación son más propensas a contratar un servicio de salud. Aquellos que cumplen la anterior característica son cotizantes con una probabilidad de aproximadamente 40%, mientras que los que no la cumplen tienen una del 34%, para lo cual se puede decir que la diferencia en probabilidad no es muy amplia. Sin embargo, esta relación no se cumplirá para el tercer escenario, en donde se observa que los solteros tienen una probabilidad del 35% de estar afiliados al SISBEN, mientras que los que mantienen una relación tienen una de 22%, lo que da cuenta de una divergencia en las probabilidades.

Esto nos muestra que en general, las relaciones por su posible carácter de cooperación financiera pueden tener una mayor capacidad para vincularse al régimen contributivo. De igual manera, muestra que el ser soltero condiciona a la persona promedio a tener una mayor probabilidad de ser parte del régimen subsidiado, resultado que en parte se puede

derivar de la baja capacidad monetaria relativa que tiene una persona soltera frente a la de una que se encuentra en una relación.

En cuanto a la educación es muy importante destacar que, aquellas personas que tienen un título superior al bachillerato tienen una probabilidad muy superior con respecto a las que no lo tienen de acceder al sistema como cotizantes. Pues bien, los primeros individuos tienen una probabilidad mayor de alrededor de 40 puntos porcentuales de acceder al sistema contributivo como cotizantes. Este resultado refuerza lo anteriormente visto, en cuanto a que las personas educadas tienen una mayor capacidad de engancharse al mercado laboral, y por ende, de contratar una prestación de servicios privado.

Por último, en cuanto a las características del individuo, se observa que la concepción de pobreza que tiene cada quien también es un condicionante con respecto a las probabilidades de cada escenario. Pues bien, se evidencia claramente que aquellas personas que no se consideran pobres tienen una probabilidad de alrededor del 40% de ser parte del sistema como cotizantes, mientras que aquellas personas que si se consideran pobres tienen una probabilidad de ser subsidiado a través del SISBEN. Adicional a lo anterior, se observa que las personas que se consideran pobres tienen una mayor incidencia a no estar afiliados al sistema.

En cuanto a las probabilidades condicionales caracterizadas por el hogar, se encuentran aquellas condicionadas por el estrato social. De estas cabe destacar y analizar aquellas probabilidades que son mayores para los cuatro distintos escenarios. Es claro que el estrato juega un papel de suma importancia en la determinación de la probabilidad de cada escenario, en cuanto a que el estrato por un lado puede ser un indicador de renta, pero por

otro también puede indicar condiciones de vida en términos de salubridad y seguridad que puede llegar a tener incidencia sobre las probabilidades.

Primero, se observa que el estrato 6 es el que mayor tiene probabilidad de ser parte del cotizante, en donde se encuentra una relación proporcional entre el estrato y la probabilidad. Dicho resultado es natural, en la medida en que se puede pensar que el estrato es un indicador de renta que por ende puede incidir en ser parte del régimen contributivo. Segundo, se evidencia que en el rubro de beneficiario, aunque el estrato 5 es el de mayor porcentaje, el estrato 4 y 6 no se alejan mucho de este.

Tercero, se evidencia que el estrato 1 tiene una probabilidad del 50% de ser parte del régimen subsidiado. Es interesante este resultado en la medida en que permite dar cuenta como el sistema de puntajes prioriza a la población pobre y más vulnerable, con lo cual se puede pensar que la cobertura del SISBEN aunque amplia, puede llegar a no ser suficiente para solventar todas las necesidades que el principio de universalidad de la prestación del servicio exige. Cuarto, y quizás uno de los resultados más importantes, es que el estrato 3 tiene la probabilidad más alta de no estar afiliado al sistema de seguridad social. Lo anterior se puede deber a que el estrato 3 se encuentra en una situación de deficiencia estructural, en cuanto a que por un lado no tiene los suficientes ingresos para ser parte del régimen contributivo, pero por otro lado no se encuentra en una situación de vulnerabilidad suficiente para ser elegible dentro del régimen subsidiado. En este sentido, el estrato 3 puede llegarse a ver ampliamente discriminado por el sistema, lo cual se evidencia en la clara vulnerabilidad que tiene la clase media colombiana.

Tabla 5. Probabilidades condicionales promedio por estrato socioeconómico

Variable	Cotizante	Beneficiario	SISBEN	No tiene
Estrato 1	32.24	18.45	50.21	10.25
Estrato 2	35.03	21.49	34.80	11.65
Estrato 3	38.60	26.56	23.03	12.78
Estrato 4	42.82	34.62	9.88	10.17
Estrato 5	46.77	35.11	8.84	9.25
Estrato 6	49.92	34.91	3.03	5.13

Fuente: Elaboración propia.

Es evidente entonces como las características del individuo y del hogar tienen una incidencia importante como determinantes de la afiliación al sistema de seguridad social.

Vemos en cuanto a los análisis marginales que el hecho que se presenten algunas características específicas, como el ser mujer, desempleado o tener un computador pueden llevar a que la probabilidad de estar afiliado al sistema crezca. Por otro lado, evidenciamos como las probabilidades condicionales nos pueden relevar información importante sobre cuestiones estructurales que son claves para la formulación de política pública.

5. Conclusiones

De los resultados encontrados se pueden desprender diversas conclusiones. Una primera puede ser relevante a las cuestiones de género, en cuanto a que los resultados muestran que las brechas aún persisten. Esto en la medida en que se evidenció como los hombres tienden a ser cotizantes, mientras que las mujeres beneficiarias, evidenciándose por ende una clara limitación o dependencia por parte de las segundas hacia los primeros.

Se evidencia como el estado civil juega un papel importante en la determinación de las probabilidades de los escenarios. Esto en la medida en que una persona soltera, como se mencionó anteriormente, tiene una incidencia más baja a ser parte del régimen contributivo. Por un lado, se puede esto deber a la baja maniobra financiera relativa que puede llegar a tener, y por otro lado, al poco interés que puede llegar a tener de afiliarse al sistema de seguridad social en términos de baja aversión al riesgo.

En cuanto a la pobreza se evidencia que dicha concepción puede ser una construcción social que puede llevar a condicionar a las personas a mantenerse en un régimen u otro. Las personas que se consideran pobres tienen una mayor incidencia a ser parte del régimen subsidiado; sin embargo, este resultado se puede ver acentuado en la medida en que las personas no tienen incentivos para salir del umbral de pobreza, por lo cual se considera que puede llegar a ser una construcción social que refuerza las probabilidades de quedarse en un régimen específico.

La educación es un estímulo a las capacidades que lleva que las personas sean más propensas a pertenecer al régimen contributivo. Como se ha venido manifestando, las personas que tienen una educación superior al bachillerato tienen una probabilidad mayor

de ser parte del régimen contributivo. Lo anterior debido a que, por un lado, las personas educadas tienden a acceder de manera más fácil al mercado laboral, son lo cual se esperaría que se afilien a un sistema de seguridad social. Por otro lado, las personas educadas tienden a preocuparse por su productividad, para lo cual mantener una buena salud se vuelve un factor indispensable.

En cuanto a los estratos, cabe resaltar el importante resultado arrojado en cuanto a la probabilidad de no ser parte del régimen de salud. Al ser este el más alto para el estrato 3, se evidencia que la clase media caleña, por lo menos en términos de prestación de servicio en salud, se encuentra en una clara desventaja con respecto a otros estratos. De aquí que se pueda pensar que limitar el régimen subsidiado al estrato 1 tiende a crear discriminaciones no controlables. Por ello se vuelve de gran relevancia que el Estado colombiano se preocupe constantemente por la cobertura del sistema y por estrategias que lleven a reducir las divergencias en la prestación del servicio.

Finalmente, en el sistema de salud es necesaria la intervención del Estado para controlar los fallos de mercado, como la integración vertical, y garantizar la financiación del sistema. Pero, al mismo tiempo, es necesario expandir la libre y sana competencia entre las empresas prestadoras del servicio y concientizarlas de una vocación social, en el marco de un capitalismo con responsabilidad social empresarial que permita mejorar el bienestar de todos. Nuestra gran propuesta de política pública: es la necesidad de realizar un pacto social por un sistema de salud incluyente y de calidad entre todos los colombianos, que involucre a las empresas privadas y públicas prestadoras del servicio, los usuarios, el gobierno central, los gobiernos departamentales y municipales, la academia y el sector privado, Fundaciones, ONG's y todos aquellos que quieran participar.

6. Referencias

- Alcaldía de Santiago de Cali (2017). “*Sistema de Identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales*”. Extraído de: <http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/3383/sisben/>
- Departamento Nacional de Planeación (2017). “*¿Qué es el SISBEN?*” Extraído de: <https://www.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx>
- Pérez, G.; Valbuena A. (2015). “*Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia*”.
- Alcaldía de Bogotá (2017). “*Ley 10 de 1993*”. Artículos: 157, 202, 203 y 204. Extraído de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Orozco, A. (2015). “*Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos*”.
- Instituto de Estudios Urbanos (2017). “*Tipos de Regímenes de Salud en Bogotá*”. Extraído de: <http://www.institutodeestudiosurbanos.info/endatos/0200/02-020-salud/docs/TRSB.pdf>
- Orozco, A. (2014). “*Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos*”.
- Chicaíza, L.; García, M.; Romano, G. (2011). “*La aversión al riesgo en la toma de decisiones médicas*”. Extraído de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/lecturasdeeconomia/article/view/11480/17976>
- Guzmán, K. (2014). “*Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia*”, Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 202, Banco de la República, Cartagena.
- Organización Mundial de la Salud (2005). “*¿Qué es un sistema de salud?*”. Extraído de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Restrepo, J. (2007) “*¿Qué cambió en la seguridad social con la ley 1222?*”. Extraído de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011
- Guzmán, K. (2015) “*¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?*”.
- Caracol (2013). “*Cómo funciona el sistema de salud actualmente*” Extraído de: http://caracol.com.co/radio/2013/03/19/nacional/1363715880_862014.html
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2017). “*Cifras e indicadores del sistema de salud*”. Extraído de: https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/documentos_de_interes/cifras_e_indicadores_de_salud/Resumen_Cifras_e_Indicadores_2017.pdf

Ayala, J. (2014). “*La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*”. Extraído de:
http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf