

Documento No. 2.

Focalización de subsidios de salud y otros subsidios sociales un imperativo fiscal y de responsabilidad social

Dirección General
Dirección de Gestión de Recursos Financieros-DGRF
Dirección de Liquidaciones y Garantías
ADRES

Luego del primer documento relacionado con la evasión Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)¹ que trata sobre alternativas para obtener ingresos nuevos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); este texto propone una metodología para lograr una mayor eficiencia y calidad en la focalización de los subsidios de salud como mecanismo que permita liberar recursos, hacia futuro, para resolver el déficit acumulado y coadyuven a lograr la sostenibilidad del SGSSS, mejorar la equidad en la asignación y la efectividad del gasto público en salud².

En términos prácticos la focalización correcta exige dos requisitos esenciales:

- I. No excluir a ningún ciudadano en condición de pobreza y vulnerabilidad de algún(os) subsidio(s), y, más importante aún, que una familia en pobreza extrema goce de todos los beneficios que generen la sinergia que permiten superarla, porque pese a los avances del programa "*Más Familias en Acción*", aún existen brechas que ajustar para controlar los incentivos para mantenerse o simular las condiciones de pobreza extrema y en consecuencia limita el ingreso de los que faltan³.

En el caso del régimen subsidiado de salud la no exclusión de personas en condición de pobreza y vulnerabilidad es una realidad desde el 2008, porque las versiones II y III del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) corrigieron los errores de exclusión que se presentaron con

¹ La evasión del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito-SOAT. <https://www.adres.gov.co/Portals/0/Noticias/Publicaciones/ALTERNATIVAS%20DE%20INGRESOS%20SISTEMA%20DE%20SALUD.pdf?ver=2018-05-28-105247-890>

² ANIF. Clavijo, S. "*Focalización de subsidios: estratos, Sisbén y familias en acción*". Prada, S. "La brecha entre pobreza y afiliación al régimen subsidiado"

³ Alcaldía de Medellín, Vicealcaldía de Salud Inclusión social y familia. *Cruce Sisbén régimen subsidiado de salud y familias en acción*. Junio de 2013.

la versión I⁴. En síntesis, sería razonable pensar que las personas pobres o vulnerables que no estén aún en el régimen subsidiado es porque no han aprovechado las múltiples oportunidades para su afiliación, lo que no debería ocurrir por la disminución progresiva de los subsidios de oferta en salud asignados a Entidades Territoriales y a hospitales para atención de "sisbenizados" no asegurados desde 2011 a los municipios y desde 2015 a los departamentos, municipios y distritos, que permitían un acceso al servicio.

- II. Evitar que una persona con capacidad de pago reciba cualquier tipo de subsidio. Así mismo, impedir que alguien que haya superado la pobreza o condición de vulnerabilidad siga gozando de beneficios. Casos de esto son: las asistencias sociales y económicas que llevan recibiendo la población en condición de desplazamiento que tienen residencia citadina prolongada y que no aceptan formalización laboral⁵ para no perder los subsidios que han venido gozando por lustros; y las familias que están listas para salir de la condición de vulnerabilidad y que ya superaron los índices de pobreza.

Optimizar los procesos de focalización de subsidios, teniendo como única referencia la encuesta del Sisbén con su metodología actual, es utópico. No obstante, tomar su información como referencia y cruzarla con datos de fuentes diferentes como impuesto predial, industria y comercio, tránsito y transporte, catastro, entre otras que son de resorte territorial y de manera complementaria con bases de datos como declaración de renta, aportes parafiscales, y la renovación de matrícula mercantil ante cámaras de comercio, puede evitar que los subsidios sean recibidos por las personas que no los merecen.

Con fundamento en lo anterior, este documento tiene como objeto explorar cómo la información alternativa puede servir para mejorar la efectividad y equidad en el gasto en salud. Para cumplir con este propósito, en la primera sección se presenta un breve resumen del impacto del Sisbén en el otorgamiento de los subsidios en salud.

En la segunda parte se muestran evidencias del otorgamiento de subsidios en el sector salud a un porcentaje mayor de personas que las estimadas por distintos indicadores de pobreza como la monetaria y la multidimensional; la estratificación socioeconómica, y el indicador de

⁴ Fresneda, Ó. "La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance". Revista de Salud Pública, 5(3), 209-245. 2003.

⁵ Farné, S., Rodríguez, D. y Ríos, P. Impacto de los subsidios estatales sobre el mercado laboral en Colombia". Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social - Cuadernos de Trabajo n.º 17, Bogotá 2016. https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/01/CUADERNO_17-2.pdf Consulta 12/08/2018

capacidad de pago según la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP).

Finalmente, se exponen algunas estrategias para mejorar la equidad y la eficiencia del gasto, así como alternativas de generación de ingresos para el SGSSS, a partir de una estimación de la capacidad real de pago de las personas en estudio, tratando de corregir la regresividad de la operación de algunas de las políticas actuales.

1. El Sisbén y los subsidios en el sector salud

El Sisbén, como sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales, determina el nivel de bienestar económico y la vulnerabilidad de los hogares colombianos, para focalizar la inversión social mediante la aplicación de una encuesta que asigna un valor entre cero (0) y cien (100), siendo los de menor puntaje los más pobres y vulnerables⁶. En este sentido no es un subsidio, sino un instrumento que sirve para identificar potenciales beneficiarios de subsidios, por ejemplo⁷:

Cuadro 1. Puntos de corte Sisbén de los programas sociales para el año 2018.

Programa Social	Nivel	14 ciudades	Otras Cabeceras	Rural	Beneficiarios
Más Familias en Acción		0 - 30,56	0 - 32,20	0 - 29,03	2,7 millones de familias
Colombia Mayor	1	0- 41,90	0- 41,90	0-32,98	1,8 millones de personas
	2	41,91 - 43,63	41,91-43,63	32,99 - 35,26	
Régimen Subsidiado en salud ⁸	1	0 - 47,99	0 - 44,79	0 - 32,98	22,6 millones de personas
	2	48,00 - 54,86	44,80 - 51,57	32,99 - 37,80	

Fuente: DNP

En el caso de salud, partiendo del total de personas afiliadas al SGSSS (46,7 millones), se encuentra que, de acuerdo con la cifra presentada en el cuadro anterior, el 48% está en el régimen subsidiado, 47% (22,1 millones de personas) pertenecen al régimen contributivo, y el 4% (cerca de 2 millones de personas) a los regímenes de excepción y especiales.

En la siguiente gráfica se evidencia que entre 2013 y lo corrido del 2018 esta composición no ha variado significativamente⁹.

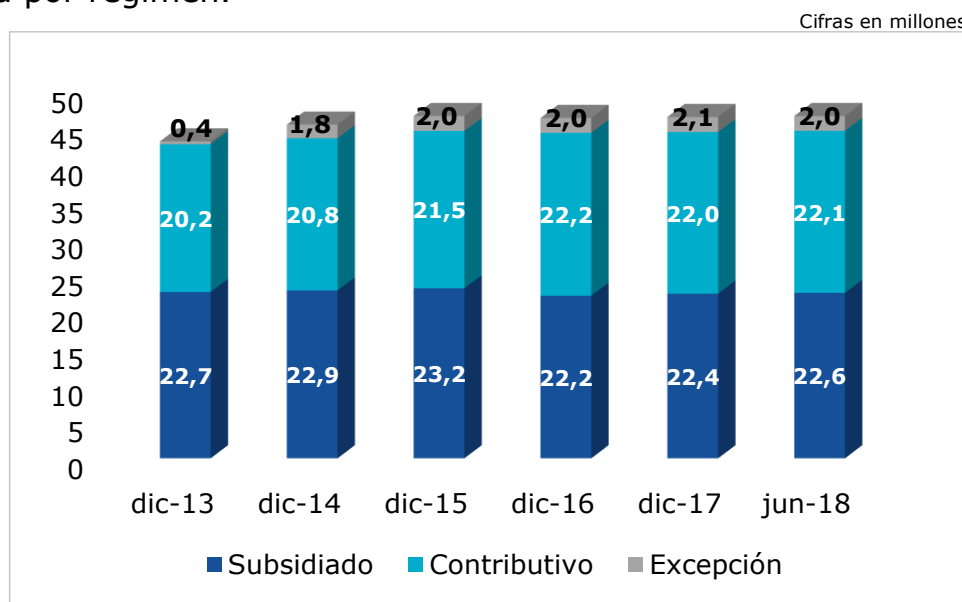
⁶ DNP-Sisbén. <https://www.sisben.gov.co/sisben/Paginas/Que-es.aspx> Consulta 1/08/2018

⁷ DNP-Sisbén. <https://www.sisben.gov.co/Paginas/Noticias/Puntos-de-corte.aspx> Consulta 1/08/2018

⁸ Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Estado colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud a través de un subsidio. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx> Consulta 27/08/2018.

⁹ Ministerio de Salud y Protección Social -SISPRO -ADRES. <http://www.sispro.gov.co/Pages/Aseguramiento/Reporte-Aseguramiento.aspx> Consulta 1/08/2018

Gráfico 1. Total de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud por régimen.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social -ADRES

De lo anterior se concluye que el número de personas afiliadas a cada régimen permanece constante. Situación que pierde coherencia al ser contrastada con las cifras que evidencian el aumento de empleos formales y la disminución de los indicadores de pobreza. Esto, exige ajustar la metodología de focalización de los subsidios para mejorar la equidad en la asignación y la efectividad del gasto público en salud, porque el número de personas subsidiadas no corresponde con el número de personas en situación de pobreza de acuerdo con otras mediciones, tal como se plantea a continuación.

2. Subsidios en salud y Familias en Acción desde una perspectiva nacional de la pobreza, en sus diferentes dimensiones¹⁰ (Gráfico 2).

A diciembre de 2016 residían en Colombia 49 millones de personas, de ellas, a 36,7 millones de colombianos (75% de la población) se le ha aplicado la versión III de la encuesta Sisbén; aunque de dicha cifra casi 5 millones no están recibiendo subsidios sociales, dado que el instrumento se aplica a las personas que no están en situación de

¹⁰ ANIF. Clavijo, S. "Focalización de subsidios: estratos, Sisbén y familias en acción". Informe semanal 1378, agosto 2017. <http://www.anif.co/sites/default/files/1378.pdf> Consulta 9/08/2018

pobreza. Así, la población que puede acceder a los subsidios sociales de acuerdo con el puntaje del Sisbén asciende a 31,6 millones (63,5% de la población total del país). Lo cual no se compadece con las cifras de disminución de pobreza al comparar entre 2005 y 2016, siendo esta la base para medir que población en cifras brutas y relativas, no debería estar focalizada.

2.1. Índice de Pobreza Monetaria y dos subsidios relevantes

El Índice de Pobreza Monetaria¹¹ corresponde a un criterio por ingresos, basado en dos definiciones: pobreza absoluta y pobreza extrema. **La pobreza absoluta**, -mejor denominada como "línea de pobreza"- corresponde a la insuficiencia de ingresos para adquirir una canasta de bienes básicos, por un valor de \$241.673/mes en 2016. Por otra parte, **la pobreza extrema (misericordia o indigencia)**, se define como la insuficiencia de ingresos para adquirir una canasta básica alimentaria que garantice las necesidades mínimas calóricas, por un valor de \$114.692/mes en 2016 (conocida como "línea de indigencia"). Ambos conceptos permiten hacer comparaciones entre países.

El número de colombianos catalogados en "pobreza absoluta" se ha reducido en más de 5 millones, en 2005 con 18,7 millones y baja a 13,3 millón en 2016 que equivale al 28% de la población del país. Por su parte, los colombianos catalogados por debajo de la línea de pobreza extrema han bajado de 5,8 millones en 2005 a 4 millones en el 2016 que representa el 8,5% de la población.

Si partimos de la base que, de acuerdo con el puntaje del Sisbén, 31,6 millones de colombianos (63,5% de la población total 2016) son potenciales beneficiarios de algún subsidio, y los comparamos con los incluidos en la línea de pobreza: 13,3 millones, **se puede identificar un riesgo evidente de inequidad "por inclusión de 17,3 millones de personas con capacidad de pago"** (Gráfico 2), Ver segunda barra de izquierda a derecha.

Al régimen subsidiado están afiliados 22,6 millones (Gráfico 1) y 13,3 no superan la línea de pobreza. En teoría, habría 9,3 millones de personas que no deberían estar recibiendo el subsidio de salud, porque superan la línea de pobreza. Sin embargo, para ello hay dos vías: un puntaje máximo de Sisbén 54,86 en las 14 grandes ciudades, 51,57 en otras cabeceras y 37,8 en el área rural que comprende 18,2 millones y,

¹¹ Aunque es discutible en términos conceptuales que sea un índice, y es adecuado como una estimación de una frecuencia de personas, familias o población se toma como tal del documento de la ANIF

poblaciones especiales o listados censales que suman 4,2 millones. Así las cosas, en principio, **las personas a retirar serían 4,9 millones, que es la diferencia entre 18,2 millones de afiliados por SISBEN y 13,3 millones catalogados como pobres. Si se hace el ejercicio, retirar dos millones de “no pobres” generaría un ahorro fiscal de \$1,5 billones al año.**

Si se comparan **las cuatro millones de personas en pobreza extrema con las 2,7 millones de familias reportadas como beneficiarios de “Más Familias en Acción” (Cuadro 1)**, con una densidad familiar de tres personas por hogar¹², se cubren 8,1 millones de personas y tendríamos **4,1 millones de personas, 1,37 millones de familias que no deben estar** beneficiándose de dicho programa; en especial del subsidio económico, que es casi \$ 1 millón anual por familia. Lo que generaría un **ahorro de \$1,37 billones/año** para las entidades territoriales y la Nación, que ganarían en equidad y eficiencia en el gasto, que supera sus posibilidades fiscales.

Son varios los estudios y autores que evidencian que los beneficiarios que reciben del Estado transferencias, y subsidios como el de salud, tienen incentivos para permanecer en condición de pobreza y en la informalidad¹³; en especial las familias cercanas al límite superior del puntaje, que se quedan usufructuando el círculo de la pobreza en especial la extrema.

Ahora bien, debe advertirse que la pobreza monetaria es más elevada en el sector rural, donde la “pobreza absoluta” en 2016 alcanza el 38,6% vs. 25% a nivel urbano y la pobreza extrema el 18% contra 5,6% a nivel urbano. Se puede plantear que, en el área rural, las personas con capacidad de pago beneficiándose de subsidios son una cifra marginal, que no generarían ahorro fiscal significativo.

2.2. Estratificación socioeconómica e Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

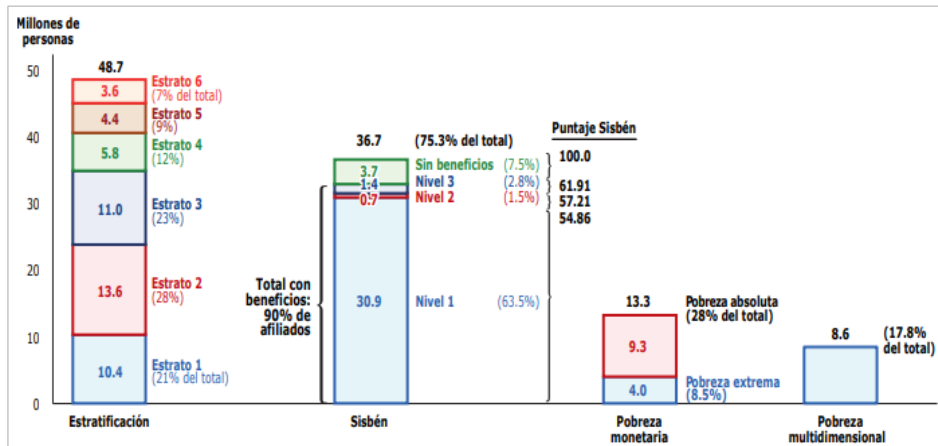
Otra forma de evaluar la equidad en los subsidios en salud es a través del contraste de las cifras de personas subsidiadas con los indicadores de estratificación económica y pobreza multidimensional.

¹² Cifra que perfectamente podría ser 4, por la alta natalidad de dicha población.

¹³ Farné, S., Rodríguez, D. y Ríos, P. Impacto de los subsidios estatales sobre el mercado laboral en Colombia”. Observatorio del Mercado de Trabajo y la Seguridad Social - Cuadernos de Trabajo n.º 17, Bogotá 2016. https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/01/CUADERNO_17-2.pdf Consulta 12/08/2018

El primero de estos indicadores (estratificación económica) utiliza como criterio las características de la vivienda y su entorno urbano-rural como medida de las condiciones socioeconómicas. La principal utilidad de dicha clasificación es servir como referencia para el cobro de servicios públicos domiciliarios (SPD), asignándoles subsidios a los estratos 1-3 con sobrecostos a los estratos 5-6. El estrato 4 se ubica en el costo.

Gráfico 2. Población vulnerable Sisbén vs. estratificación y pobreza 2016¹⁴



Fuente: Cálculos Anif con base en DANE y DNP

En el **Gráfico 2**, la primera barra a la izquierda muestra la división por estratos en Colombia. Se observa que en los estratos 1, 2 y 3 (que son los que reciben subsidios) son 35 millones de personas, cifra inferior a los 36,7 millones que hacen parte del Sisbén. Esto permitiría aseverar que hay 1,7 millones de personas que no deberían estar en el Sisbén. La población en estratos 1 y 2 (que se entienden como estratos donde se ubica la población pobre) suma 24 millones de personas, cifra más próxima a la población que se encuentra en el régimen subsidiado.

En la parte derecha del **Gráfico 2** se muestra la población en situación de pobreza tanto monetaria (13,3 millones), como multidimensional (8,6 millones), si se compara esta población con el número de personas ubicadas en el nivel uno del Sisbén (30,9 millones), donde se focalizan la mayor parte de los subsidios, evidencia en este nivel hay muchas más personas de las que las ambas medidas de pobreza alternativas muestran.

El Índice de Pobreza Multidimensional, para Colombia, se calcula a partir de la metodología del Departamento Nacional de Planeación (DNP), y determina el nivel de pobreza de los hogares a partir de 15 condiciones

¹⁴ANIF. Focalización de los subsidios en Colombia: estratos, Sisbén y Familias en Acción. Informe semanal 1378, agosto2017. <http://www.anif.co/sites/default/files/1378.pdf>

agrupadas en cinco dimensiones¹⁵ a saber: i) el desempleo de larga duración; ii) la informalidad; iii) la falta de aseguramiento en salud; iv) la inasistencia escolar; y v) algunos indicadores de necesidades básicas insatisfechas, relacionados con la calidad de la vivienda, el acceso a servicios públicos domiciliarios y el hacinamiento crítico; es decir, mide aspectos esenciales para el bienestar de las personas no tenidos en cuenta en otros indicadores de pobreza.

El **Gráfico 2** muestra además que, de acuerdo con el IPM en el año 2016, estaban en situación de pobreza 8,6 millones de colombianos (17,8% del total de la población). Entre 2011 y 2016 esta cifra ha disminuido a un ritmo promedio de -2.1 puntos porcentuales (pp), como consecuencia de un aumento en: i) aseguramiento en salud; ii) número de años promedio de educación; y iii) trabajos formales, por efecto de la menor carga parafiscal para empleadores de la Ley 1607 de 2012 con la creación del CREE, y las ganancias en la relación Cotizantes de la Planilla Integrad de Liquidación de Aportes (PILA)/Población Económicamente Activa (PEA) del 32% al 43% para los años 2010 y 2016, respectivamente.

La medición del IPM del **17,8%** resulta inferior a la medición de pobreza absoluta del 28%, pero lógicamente mayor a la de pobreza extrema del 8,5%; pero en todos los casos estas cifras difieren de las correspondientes a los actuales ejercicios de focalización, que se sustentan en la versión III del Sisbén que se aplicó en 2005.

2.3. Un escenario por departamentos:

Con el propósito de profundizar en un análisis de equidad, a continuación, se presenta el escenario de pobreza monetaria y afiliación al régimen subsidiado por departamentos¹⁶. El **Cuadro 2** presenta el número total de personas clasificadas en situación de pobreza monetaria en orden descendente y de afiliados al régimen subsidiado, para 24 departamentos¹⁷ y Bogotá (aunque suman listados censales). Como se evidencia en la cuarta y quinta columna de izquierda a derecha, existe una brecha entre ambas poblaciones, que permite aseverar la presencia de personas subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a pesar de no encontrarse en situación de pobreza por nivel ingreso.

¹⁵ Lora, E; Prada S. "Técnicas de medición económica". Técnicas de Medición Económica, Metodología y Aplicaciones en Colombia [en línea]. Quinta Edición <http://www.icesi.edu.co/medicion-economica-lora-prada/capitulo-cuatro.php> Consulta 18/08/2018

¹⁶Sergio I. Prada, Johan S. Loaiza/ "La brecha entre pobreza y afiliación al régimen subsidiado" BLOG/PROESA; septiembre 30, 2016.

¹⁷ No se incluyen los nuevos departamentos.

Los ocho departamentos y Bogotá – sombreados- aportan el 62% de la población no pobre. Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico son los que presentan las brechas más grandes: 898.594, 866.880 y 727.567 personas, respectivamente, que sumadas aportan el 27% del total, casi 2,5 millones. El archipiélago de San Andrés, si bien reporta la diferencia absoluta menos significativa (12.879 afiliados) esta brecha supera substancialmente la población en situación de pobreza del departamento (5.572 personas). El acumulado de estos 24 departamentos, más la ciudad de Bogotá, muestra para 2015 una brecha de más de nueve millones de personas.

El cuadro nos facilita focalizar el trabajo del retiro hacia los Departamentos más desarrollados.

Cuadro 2. Brecha de Equidad en cifras absolutas y relativas de afiliación al régimen subsidiado de salud vs. Población en pobreza monetaria por departamentos 2016.

Departamento	Personas en situación de pobreza monetaria	Población total afiliada al régimen subsidiado	Brecha de Equidad		
			Personas	Distribución porcentual	%/ población afiliada
Antioquia*	1.527.055	2.425.649	-898.594	9,8%	-59%
Valle del Cauca	990.265	1.857.145	-866.880	9,5%	-88%
Bolívar	822.602	1.415.187	-592.585	6,5%	-72%
Bogotá, D.C.	817.627	1.299.475	-481.848	5,3%	-59%
Córdoba	794.685	1.350.283	-555.598	6,1%	-70%
Cauca	710.603	971.117	-260.514	2,8%	-37%
Nariño	696.272	1.145.197	-448.925	4,9%	-64%
Atlántico	631.206	1.358.773	-727.567	8,0%	-115%
Magdalena	563.481	971.369	-407.888	4,5%	-72%
Norte de Santander	541.532	874.254	-332.722	3,6%	-61%
Huila*	510.515	748.177	-237.662	2,6%	-47%
La Guajira	508.049	717.569	-209.520	2,3%	-41%
Tolima	463.102	728.128	-265.026	2,9%	-57%
Cundinamarca	454.446	905.907	-451.461	4,9%	-99%
Boyacá	451.742	662.575	-210.833	2,3%	-47%
Cesar	434.349	828.354	-394.005	4,3%	-91%
Sucre	380.008	830.702	-450.694	4,9%	-119%
Santander	368.633	876.477	-507.844	5,6%	-138%
Chocó	313.541	387.459	-73.918	0,8%	-24%
Caldas*	275.559	453.664	-178.105	1,9%	-65%
Risaralda	212.088	389.223	-177.135	1,9%	-84%
Meta	208.907	442.421	-233.514	2,6%	-112%
Caquetá	196.846	297.407	-100.561	1,1%	-51%
Quindío	179.034	246.498	-67.464	0,7%	-38%

Departamento	Personas en situación de pobreza monetaria	Población total afiliada al régimen subsidiado	Brecha de Equidad		
			Personas	Distribución porcentual	%/ población afiliada
San Andrés	5.572	18.451	-12.879	0,1%	-231%
Total Muestral	13.057.719	22.201.461	-9.143.742	100%	-70%

Fuente: Sergio I. Prada, Johan S. Loaiza (Cálculos ADRES)

*Departamentos que universalizaron la cobertura en el 2005-2006

2.3. Indicador de capacidad de pago de acuerdo con la Unidad de Gestión pensionales y parafiscales (UGPP).

El análisis se hizo a partir de la base de datos de 18.070.813 afiliados al régimen subsidiado mayores de 18 años, reconocidos por la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para el mes de mayo de 2018, con los datos de capacidad de pago reportados por la UGPP para el año 2016, por ser la información más reciente. Los resultados de este ejercicio son los siguientes:

De los 18.070.813 afiliados se encontró 176.876 con capacidad de pago¹⁸ o ingresos superiores a 1 salario mínimo mensual legal vigente SMMLV, según lo determina la UGPP a partir del cruce de datos con la información reportada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) de declaración de renta "exógena"¹⁹ de la vigencia 2016.

Cuadro 3. Distribución de la población afiliada según condición de capacidad de pago reportada por la UGPP

Observación	Cantidad de afiliados
Con capacidad de pago	176.876
Sin capacidad de pago	156.278
No encontrado en BD de la UGPP	17.737.659
TOTAL	18.070.813

Fuente: UGPP-ADRES

Esta población será objeto de estudio en adelante a partir de su distribución por ingresos, así:

Cuadro 4. Distribución de la población afiliada encontrada en las Bases de datos de la UGPP por rango ingreso estimado, medidos en salarios mínimos

Rango de ingresos estimado	Cantidad de afiliados	%
Entre 1 y 2 SMMLV	74.195	42%
Entre 2 y 5 SMMLV	48.188	27%

¹⁸ El reporte bruto fue de 216.285, pero la ADRES filtró la diferencia como grupo poblacional especial, indígenas, desplazados, en condición de calle, etc., que tendrían mayor dificultad para ser retirados del subsidio.

¹⁹ Se refiere a la información sobre la cual un declarante reporta un pago realizado por un servicio, arrendamiento o bien, pero no necesariamente el beneficiario de dicho pago está obligado a declarar renta, aunque en ingresos superiores debería.

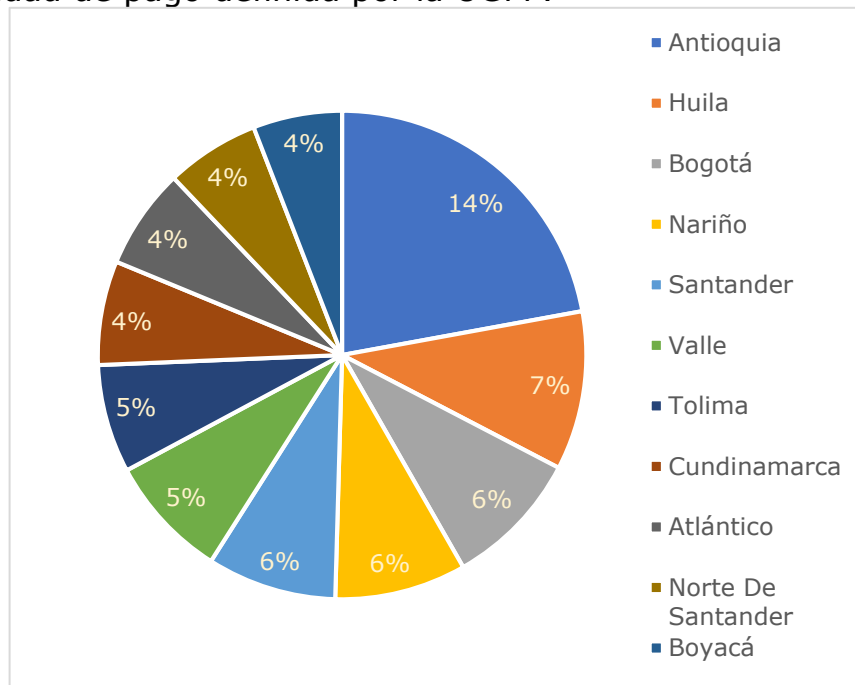
Entre 5 y 10 SMMLV	31.415	18%
Entre 10 y 20 SMMLV	14.562	8%
Entre 20 y 25 SMMLV	2.420	1%
Más de 25 SMMLV	6.096	3%
Total	176.876	100%

Fuente: UGPP-ADRES

La discriminación por rango de salario muestra que el 12% de los posibles evasores (23.078 personas) ganan más de 10 salarios mínimos al mes y de ellos, 6.096 perciben ingresos superiores a \$19,5 millones, es decir más de 25 SMMLV.

Al analizar la ubicación geográfica de la población con capacidad de pago recibiendo el subsidios de salud, se observa para el top 10 (representan el 4% o más) lo siguiente:

Gráfico 3. Distribución por departamento de afiliados al régimen subsidiado con capacidad de pago definida por la UGPP.



Fuente: UGPP y análisis de la DGRF ADRES

Llama la atención que Antioquia y Huila son los departamentos pioneros en cobertura universal del año 2005, la cual se realizó mediante un esfuerzo fiscal intergubernamental, entre Nación, departamentos y municipios, lo que permitió asegurar hasta el nivel III del Sisbén en su segunda versión.

Se aclara que, en los 23 departamentos excluidos del gráfico, los afiliados al Régimen Subsidiado que tienen ingresos por encima de 1 SMMLV,

representan individualmente menos del 4% de las 176.876 personas identificadas con capacidad de pago.

- **Evasión o menores ingresos para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Excluyendo de las 176.876, los que tienen ingresos estimados entre 1 y 2 SMMLV, quedan 102.681 personas que superan los 2 SMMLV, que suponiendo un ingreso base de cotización promedio de 3 SMMLV, están dejando de aportar al SGSSS al año aproximadamente \$1,4 millones por persona, si cotizan como independientes, y \$3,5 millones por persona, si lo hacen como dependientes. En el primer escenario, el menor ingreso total sería de \$144 mil millones y el segundo, de \$360 mil millones, al año.

- **El gasto evitable en el régimen subsidiado**

Con relación al gasto en salud, se encuentra que todas las personas definidas con capacidad de pago según la UGPP, superior a 1 SMMLV le cuestan anualmente al sistema aproximadamente \$184.409 millones, esta estimación se realiza a partir del monto ponderado de la Unidad de Pago por Capitación para el régimen subsidiado por cada grupo etario al mes, como se presenta en **Cuadro 5**.

Si se suma el costo estimado de la evasión –recaudable por gestión de la UGPP para el régimen contributivo- y todo el gasto evitable para el régimen subsidiado, tendríamos en pesos del año 2018 un total de \$427 millones. cifra que resulta de considerar el actual gasto en régimen subsidiado (\$184.409 millones) más el excedente que se generaría una vez cubierto el gasto en régimen contributivo con las cotizaciones recaudadas por la nueva población afiliada²⁰ y su densidad familiar (\$242.152 millones).

Ahora bien, independiente de lo establecido en el Estatuto Anticorrupción y las sanciones contempladas en el Artículo 403-A del Código Penal²¹ adicionalmente, podrían realizarse acciones civiles por el pago de lo no debido contra cada beneficiario del subsidio.

Lograr lo anterior será factible en la medida en que las entidades territoriales puedan beneficiarse del menor gasto en el régimen subsidiado,

²⁰ El ejercicio se realiza con afiliados dependientes.

²¹ Art. 403-A del Código Penal "El que obtenga una subvención, ayuda o subsidio proveniente de recursos públicos mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, incurrirá en prisión de cinco (5) a nueve (9) años, multa de doscientos (200) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes e inhabilidad para el ejercicio de derechos y funciones públicas de seis (6) a doce (12) años. Las mismas penas se impondrán al que no invierta los recursos obtenidos a través de una subvención, subsidio o ayuda de una entidad pública a la finalidad a la cual estén destinados".

ya que los recursos que se liberen podrían ser utilizados por las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) en otros usos para el sector salud; esto actuaría como incentivo para una mejor gestión, dado que se traduciría en un menor esfuerzo fiscal entre el 15-25% del valor total por municipio o departamento.

Cuadro 5. Escenario del ahorro mensual por rango de salario estimado según UPC-S reconocida a mayores de 18 años. Liquidación Mensual de Afiliados mayo de 2018

Rango salarial (SMMLV)	Entre 1 y 2	Entre 2 y 5	Entre 5 y 10	Entre 10 y 20	Entre 20 y 25	Más de 25	Total	Costo de la UPC anual	Distribución porcent
Grupo etario definido por UPC									
De 19 a 44 Años Hombres	21.352	14.179	9.868	4.977	881	2.389	53.645	28.233	15%
De 19 a 44 Años Mujeres	11.182	6.500	4.891	2.160	394	851	25.978	21.641	12%
De 45 a 49 Años	9.440	6.702	4.664	2.248	366	981	24.401	20.771	11%
De 50 a 54 Años	9.259	6.239	4.183	1.917	284	730	22.612	24.066	13%
De 55 a 59 Años	7.867	5.220	3.087	1.408	223	534	18.339	23.678	13%
De 60 a 64 Años	5.748	3.679	2.140	867	136	321	12.890	20.586	11%
De 65 a 69 Años	4.007	2.386	1.292	514	81	157	8.438	16.699	9%
De 70 a 74 Años	2.549	1.520	684	247	25	67	5.091	12.292	7%
De 75 y mayores	2.791	1.763	606	224	30	66	5.481	16.443	9%
Total general	74.195	48.188	31.415	14.562	2.420	6.096	176.876	184.410	100%

Fuente: ADRES

- **Los ingresos de los independientes y la cotización a la seguridad social**

Si se implementara una estrategia adecuada para incentivar la contribución de estos afiliados al sistema de salud, se recaudaría un mayor valor de ingresos para el SGSSS y se generaría un beneficio de formalización.

Se resalta que la evasión afecta la equidad en el gasto en salud, toda vez que es injusto que, 54.493 personas con ingresos superiores a 5 SMMLV - \$3,9 millones- no coticen e inaceptable que, casi 10 mil personas con ingresos mayores 20 SMMLV -\$15 millones mensuales- reciban subsidios, cuando de acuerdo con la norma deben realizar aportes al régimen contributivo.

Ahora, es importante señalar que el esquema de pago de los aportes a la seguridad social de los trabajadores independientes puede estar generando incentivos para que las personas permanezcan en el régimen subsidiado

cuando sus ingresos sean inferiores a 2 SMMLV y prefieran no cotizar por la posible regresividad en el esquema de cotización que se muestra en el cuadro a continuación:

Cuadro 6. Estructura de pago a seguridad social para trabajadores independientes con ingresos entre 1 y 3 SMMLV

SMMLV	Honorarios	IBC	Salud	Pensión	ARL	Descuento	Honorarios Netos	% sobre ingreso
1	\$ 781.242	\$ 781.242	\$ 97.655	\$ 124.999	\$ 4.062	\$ 226.716	\$ 554.526	29%
2	\$ 1.562.484	\$ 781.242	\$ 97.655	\$ 124.999	\$ 4.062	\$ 226.716	\$ 1.335.768	15%
3	\$ 2.343.726	\$ 937.490	\$ 117.186	\$ 149.998	\$ 4.875	\$ 272.060	\$ 2.071.666	12%

Nota: SMMLV 2018: \$781.242. IBC= 40% de los honorarios, pero en ningún caso puede ser menor a 1 SMMLV. El aporte a ARL se calcula sobre un promedio, que no necesariamente representa actividades de mayor riesgo.

Fuente: DGRF ADRES

El cuadro anterior muestra como el Ingreso Base de Cotización (IBC) para una persona independiente que gane entre 1 y 2 SMMLV es el mismo, y muy cercano al de un independiente que recibe ingresos equivalentes a 3 SMMLV, tal y como lo estipula la normatividad vigente²². Por ende, para estas personas el porcentaje de cotización, comparado con los ingresos es muy alto²³, ver última columna a la derecha. A partir de ingresos con 3 SMMLV su ingreso es 12% de los ingresos.

Debe considerarse también que este grupo de hasta 2 SMMLV, tiene familias muy numerosas que requieren un flujo de recursos importantes para otros gastos, o simplemente que el ingreso total del núcleo familiar es el que aporta esta persona. De manera que, si se logra determinar que el ingreso global del hogar es de 1 SMMLV, este estaría en una situación de mayor peso relativo de aporte a seguridad social.

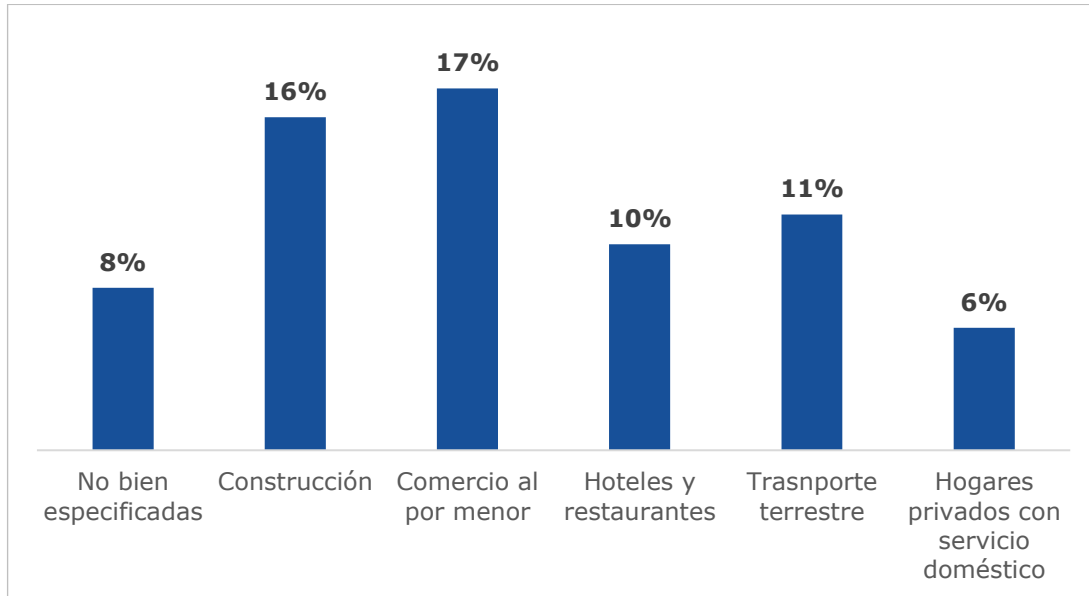
2.4. La Encuesta Integrada de Hogares

De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) 2018, se puede inferir en cual sector de la economía se encuentran trabajando los afiliados al régimen subsidiado que reciben alguna fuente de ingreso, tal y como se describe en el gráfico a continuación:

²² El Ingreso Base de Cotización-IBC para un independiente se calcula sobre el 40% de los ingresos, pero en ningún caso podrá ser inferior a 1SMMLV. Aunque la reciente reglamentación de independientes permite una interpretación diferente.

²³<https://www.eltiempo.com/economia/sectores/preocupacion-por-otra-inequidad-en-seguridad-social-de-independientes-276846>

Gráfico 4. Distribución por sector. Ingresos entre 1 y 5 SMMLV (4% del total de afiliados al Régimen Subsidiado)



Fuente: DANE GEIH 2018 – cálculos de la DGRF – ADRES.

Se ve una importante participación de sectores como construcción, comercio al por menor y transporte terrestre, que tienen una tendencia similar en los afiliados al régimen subsidiado que perciben más de 5 SMMLV.

Llama la atención la ausencia del sector agropecuario, que se explica por la informalidad laboral e ingresos mensuales estimados menores a un SMMLV, que coincide con la teoría de que en el área rural, la población a excluir de los programas sociales no es significativa, por el contrario, lo que requieren es mayor presencia del Estado.

3. Alternativas de solución

Teniendo en cuenta el panorama esbozado anteriormente, se realizan las siguientes propuestas de esquemas para una contribución de las personas que hoy en día no están aportando, las cuales, si bien son para generar una discusión alrededor del tema, no son definitivas y están sujetas a mayor investigación y validación de datos.

3.1 Las personas con ingresos hasta 5 SMMLV podrían realizar el pago de su UPC o cotizar con un IBC bajo.

Si bien el esquema actual de pagos a la seguridad social resulta alto para algunas personas con ingresos inferiores a 2 salarios mínimos, algunos

afiliados al régimen subsidiado tienen capacidad de pago y podrían cubrir sus costos al sistema de salud en términos de la UPC. A continuación, se propone un posible esquema para que esto se realice:

Cuadro 7. Aporte de cotización por parte de los afiliados hasta 2 SMMLV.

Rango de edad Rango salarial (SMMLV)	Personas Entre 1 y 2	Cifras en \$				
		Cotización Salud 1-2 SMMLV	Costo UPC-S (mensual)	Costo UPC-C (mensual)	Ahorro para afiliado (UPC C)	Menor costo para el SGSSS (mensual)
De 19 a 44 Años Hombres	21.352	97.655	41.162	37.850	59.805	1.462.527.022
De 19 a 44 Años Mujeres	11.182	97.655	65.996	70.223	27.432	1.166.941.272
De 45 a 49 Años	9.440	97.655	66.668	69.459	28.196	1.076.154.856
De 50 a 54 Años	9.259	97.655	83.201	88.592	9.064	1.289.449.098
De 55 a 59 Años	7.867	97.655	100.856	108.294	-10.639	1.319.902.472
De 60 a 64 Años	5.748	97.655	124.193	139.373	-41.718	1.170.767.411
De 65 a 69 Años	4.007	97.655	153.527	173.369	-75.714	981.498.111
De 70 a 74 Años	2.549	97.655	186.781	208.041	-110.386	760.011.889
De 75 y mayores	2.791	97.655	232.584	261.431	-163.776	1.059.187.536
Total						4.995.072.248*

UPC-S: Unidad de Pago por Capitación reconocida para el régimen subsidiado

UPC-C: Unidad de Pago por Capitación reconocida para el régimen contributivo

* En este total únicamente se incluyen los primeros cuatro grupos etarios ya que se presume que los demás no se acogerían a este esquema de pagos porque no les representa ahorro.

Fuente: DGRFS – ADRES

La anterior propuesta podría resultar atractiva para los afiliados menores de 55 años, porque de ahí en adelante el costo de la UPC promedio es mayor que el de la cotización estimada según el esquema de pago vigente (valores negativos de **Cuadro 7**).

En el caso de esta alternativa, vale mencionar que, aunque puede resultar una medida para lograr que quienes deben aportar, lo hagan en alguna forma, desde el punto de vista del gasto y de la solidaridad del sistema de salud merece un análisis más detallado por persona.

La familia puede decidir la fórmula que más le convenga según la edad. Las dos últimas columnas asumen que hasta 54 años aportan la UPC-C y de allí en adelante cotizan con un IBC entre 1-2 SMMLV, unos menores costos anuales en UPC hacia futuro serían de \$55 mil millones, bajo el supuesto que solo se hiciera un ahorro mensual de \$4.583.452.248.

No obstante, esta propuesta debe analizarse en el marco de la solidaridad del sistema, dado que podría incentivar a que los jóvenes y las personas

sanas a que asuman únicamente el valor de su UPC. El ahorro para la familia con la UPC subsidiada sería mayor en los tres grupos que se resaltan, pero no se calcula en el ahorro en el entendido que dichas UPC tienden a igualarse

3.2 Cambio en el porcentaje de cotización para trabajadores independientes

Como se evidenció, el porcentaje de cotización afecta principalmente a los trabajadores independientes de menores ingresos, razón por la cual se propone para este grupo poblacional una variación en el pago de la seguridad social que disminuya así mismo el peso del aporte sobre los ingresos que actualmente ocuparían, si cotizará como independientes al sistema seguridad social.

Cuadro 8. Opción 1: Cotizar el 4% a salud y pensión como los dependientes. Sin variación de IBC.

Valores en \$

SMMLV	Honorarios	IBC	Salud	Pensión	ARL	Descuento	Honorarios Netos	% sobre ingresos
1	781.242	781.242	31.250	31.250	4.062	66.562	714.680	8,50%
2	1.562.484	781.242	31.250	31.250	4.062	66.562	1.495.922	4,30%

Fuente: DGRF-ADRES

Cuadro 9. Opción 2: Cotizar el 6% salud y pensión. Sin variación de IBC.

Valores en \$

SMMLV	Honorarios	IBC	Salud	Pensión	ARL	Descuento	Honorarios Netos	% sobre ingresos
1	781.242	781.242	46.875	46.875	4.062	97.811	683.431	12,5%
2	1.562.484	781.242	46.875	46.875	4.062	97.811	1.464.673	6,3%

Fuente: DGRF-ADRES

3.3 Modificación del Ingreso Base de Cotización para los independientes²⁴ de hasta 3 SMMLV.

En esta propuesta, el IBC correspondería al 40% de los ingresos, sin establecer como piso un IBC de un salario mínimo. Esta medida, aunque podría resultar la más equitativa, también es la que merece análisis adicionales teniendo en cuenta que IBC es la base para el reconocimiento de otras prestaciones como licencias e incapacidades que no se reconocen a los afiliados al régimen subsidiado.

²⁴Al respecto se debe considerar los diferentes tipos de independientes y seleccionar los que resulten viables para beneficio de esta propuesta

Cuadro 11. IBC del 40% para ingreso igual a 1 SMMLV

Valores en \$

SMMLV	Honorarios	IBC	Salud	Pensión	ARL	Descuento	Subsidio	Honorarios Netos	% sobre ingreso
1	781.242	312.497	39.062	49.999	1.625	90.687	136.030	690.555	12%
2	1.562.484	624.994	78.124	99.999	3.250	181.373	45.343	1.381.111	12%

Fuente: DGRF-ADRES

4. Propuesta de usos de los recursos obtenidos en la mejora en la focalización de subsidios de salud

- **Los incentivos a las Entidades Territoriales**

La normatividad vigente asigna al alcalde municipal o distrital la facultad para retirar una persona con capacidad de pago de los programas de asistencia del Estado, mediante la aplicación individual de una nueva encuesta del Sisbén. Adicionalmente se propone acudir a otras bases de datos que permitan hacer validaciones complementarias. Este procedimiento tiene un costo y además debe garantizar el debido proceso.

En dicho sentido se requiere incentivar a las entidades territoriales para que ejecuten dicha estrategia. Una posibilidad sería hacerlas participes de la disminución u optimización del gasto público en los subsidios de salud que logren, que sirva para la financiación del régimen subsidiado y para reducir el esfuerzo fiscal territorial.

Pretender que la totalidad del ahorro de recursos producto de la focalización de subsidios sólo beneficie a la Nación, reduce la efectividad de las medidas propuestas.

En conclusión, se necesita el esfuerzo mancomunado entre la institucionalidad territorial y la nacional, lo que requiere contar con la voluntad política para mejorar la focalización de subsidios en salud a partir de un ajuste de los estudios socioeconómicos que permiten la asignación de los mismos; y de la creatividad para utilizar otras estrategias similares al cruce de información disponible (impuesto predial, industria y comercio, catastro, etc.), para lograr mejorar la equidad y eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, entender los incentivos detrás de la evasión, es pieza fundamental para el diseño de

políticas efectivas, que nos lleven a Mejorar la equidad en la asignación y la efectividad del gasto público en salud.

La Organización Mundial de la Salud ha definido un reto desde hace 4 años: universalizar el acceso o la cobertura de salud en todas las naciones. Colombia lo logró hace una década y lo hizo mediante un esfuerzo fiscal intergubernamental progresivo, la Nación le financiaba en mayor proporción a los municipios de mayor categoría (o sea los menos desarrollados) y las entidades territoriales comprometían recursos de salud no asignados al régimen subsidiado e incluso recursos ordinarios. Hasta el año 2008 en los municipios se realizaban audiencias públicas, en las cuales se identificaban no pobres que se retiraban del régimen subsidiado y se ajustaba el Sisbén, dicho proceso fue exitoso desde el 2002 cuando a los alcaldes se les respetaba el cupo liberado para asignarlo a un pobre.

El hacer partícipe a un alcalde del ahorro que generaría esta estrategia, lo incentiva a asumir los costos para retirar la ayuda estatal a quien no la merece, y se le reduciría el esfuerzo fiscal territorial para que libere recursos ordinarios y en el caso que sean de salud, se podría destinar a capitalizar EPS en las cuales participen, mejorar la infraestructura y dotación y proyectos de salud pública.

A manera de conclusión:

El nuevo Gobierno ha definido tres elementos claves para su gestión: legalidad, equidad y emprendimiento, que en realidad inspiran al sector salud, el cual se critica por el incumplimiento de la Constitución y las leyes que lo rigen (léase tutelas, no pagos, no entrega de medicamentos, etc.) Ello ocurre, pero no siempre es inequitativo, en el sentido que hay territorios donde el acceso al servicio puede ser mejor en el régimen subsidiado que en el contributivo. En síntesis, hay hechos ilegales mas no inequitativos, o viceversa, pero el permitir, o no evitar, que un "rico" o "no pobre" se beneficie de un subsidio que debe focalizarse exclusivamente en los pobres: es ilegal e inequitativo.