

*LA REFORMA POSPUESTA.
LOS PASIVOS CONTINGENTES
DERIVADOS DEL SISTEMA DE
PENSIONES Y LAS NECESIDADES
DEL GASTO EN SALUD.
TENDENCIAS RECIENTES Y
ESCENARIOS A FUTURO*

LEONARDO LOMELÍ VANEGAS

*FACULTAD DE ECONOMÍA DE LA UNAM**

Resumen

El largo periodo de reestructuración económica iniciado en 1982 precipitó el agotamiento prematuro de los sistemas de seguridad social y el estancamiento de su cobertura, con los consiguientes problemas de financiamiento de la prestación de servicios. Las respuestas del Estado han sido insuficientes, como quedó de manifiesto, en particular, durante la crisis del Covid-19. Este artículo entrega una reflexión sobre la pertinencia de abordar nuevamente este tema, pero desde la perspectiva de una reforma fiscal, que es ineludible.

Abstract

The long period of economic restructuring that began in 1982 precipitated the premature exhaustion of the social security systems and the stagnation of their coverage, with the consequent problems of financing the provision of services. The State's responses have been insufficient, as became clear, in particular, during the Covid-19 crisis. This article provides a reflection on the relevance of addressing this issue again, but from the perspective of a tax reform, which is unavoidable.

* Profesor de tiempo completo Titular B. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II. Secretario General de la UNAM.

En sus orígenes, los sistemas públicos de salud y seguridad social en México estaban íntimamente relacionados. La reorganización de los incipientes servicios de salud heredados del régimen de Porfirio Díaz confluyó, en los años que siguieron a la Revolución Mexicana, con los primeros intentos por crear sistemas de seguro social para los trabajadores. Finalmente, en 1942 se concretó una reforma fundacional que tenía dos grandes vertientes: la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que comenzó a funcionar el siguiente año, y la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia Pública, para dar lugar a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En el esquema diseñado en esa época por el gobierno de Manuel Ávila Camacho y que estaría vigente medio siglo, el IMSS ampliaría gradualmente su cobertura para incluir, por la vía de la afiliación de los trabajadores del sector formal, a la mayor parte de las familias mexicanas, mientras que durante el período de transición la Secretaría de Salubridad brindaría servicios públicos de salud para la población no asegurada. El esquema se reforzó con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1960, y se complementó con la creación de otros organismos de seguros sociales para las fuerzas armadas, empresas paraestatales y gobiernos estatales y municipales.

Este esquema de desarrollo de la seguridad social, entendida como una combinación de los seguros sociales para los trabajadores y de los servicios públicos de salud, entró en crisis al interrumpirse el largo ciclo de crecimiento económico que se inició en 1933, cuando México salió de la Gran Depresión, y que se reforzó con la industrialización y urbanización del país a partir de la Segunda Guerra Mundial. La crisis de la deuda, iniciada en 1982, marca el inicio de un largo período de inestabilidad y reestructuración económica que no ha logrado reencauzar el desarrollo del país, y que tuvo un impacto negativo en la generación de empleo, justo en el momento de nuestra transición demográfica en el que necesitábamos crecer más y generar más puestos de trabajo para absorber a una creciente población en edad de trabajar. Una de las consecuencias negativas de este proceso tuvo que ver con el agotamiento prematuro de los sistemas de seguro social y el estancamiento de su cobertura, dando

lugar a problemas de financiamiento que afectaron también la prestación de los servicios de salud.

La respuesta del Estado mexicano fue una reforma a los sistemas de pensiones que no ha dado los resultados esperados, así como la descentralización de los sistemas de salud federales hacia los gobiernos estatales. En las primeras décadas de este siglo, esta estrategia se complementó con la creación de programas de financiamiento de los servicios de salud para población no asegurada, que representaron un avance en términos de ampliación de la cobertura, pero que también profundizaron la brecha entre los derechohabientes de los organismos de seguro social para los trabajadores y los usuarios de los servicios para población no asegurada, que tienen una menor oferta de tratamientos. A pesar del esfuerzo presupuestal realizado en las primeras dos décadas del siglo, las debilidades de los sistemas públicos de salud fueron especialmente visibles durante la pandemia Covid-19 y nos obligan a reflexionar sobre la reforma, largamente pospuesta, de los mismos. Por si fuera poco, el resultado de las reformas a los sistemas de pensiones dista mucho de ser satisfactorio, y amenaza con contribuir a los pasivos contingentes del Estado mexicano. De ahí la pertinencia de abordar nuevamente este tema desde la perspectiva de una reforma fiscal ineludible, que ayude a superar los rezagos en materia de salud y a enfrentar las presiones sobre el gasto que habrán de representar las pensiones, tanto las contributivas como las no contributivas, en los próximos años.

La crisis de los sistemas de reparto y la reforma de los organismos de seguro social

La apuesta original del Estado mexicano para extender los servicios de salud iba de la mano del desarrollo de un régimen de seguro social limitado para los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. En la medida en que más trabajadores se afiliaran a los organismos de seguro social, como el IMSS y más tarde el ISSSTE, sus familias pasarían a ser derechohabientes de los servicios de salud que prestaban. La idea de que por esta vía quedaría cubierta toda la población en el largo plazo

guió la política de salud durante poco más de medio siglo, hasta que la crisis de la década de 1980 estancó el crecimiento del sector formal y obligó a revisar las políticas de atención para la población no asegurada.

En 1995 el entonces director general del IMSS, Genaro Borrego, presentó un diagnóstico que mostraba que el sistema de pensiones del Instituto había dejado de ser superavitario y arrojaba un déficit con clara tendencia al crecimiento. Dicho sistema, basado en el modelo de reparto, había llegado a una crisis prematura por una combinación de circunstancias, entre otras, la reducción de la edad mínima de jubilación y de los períodos mínimos de cotización para tener derecho a una pensión, pero la más importante era el estancamiento en la afiliación, reflejo a su vez de la inestabilidad económica y de la insuficiente creación de empleos en el sector formal de la economía.

La recomendación que se derivaba del informe era una reforma radical, que consistía principalmente en abandonar el modelo de reparto, en el que todas las cuotas van a una cuenta concentradora de la que se pagan las pensiones, a un sistema de capitalización individual, en el que la pensión futura de cada trabajador dependerá de los recursos que aporte a su cuenta de retiro y de los rendimientos obtenidos. El objetivo perseguido era reducir en el largo plazo el peso que el creciente déficit tendría sobre las finanzas públicas, pero no se habló del costo fiscal de la transición, ya que una vez que entrara en funcionamiento el nuevo sistema, lo cual ocurrió en 1997, el pago de las pensiones de los jubilados en el sistema anterior correría a cargo del gobierno federal. Por otro lado, también se soslayó la posibilidad de que los recursos acumulados en las cuentas individuales fueran insuficientes para garantizar la pensión mínima prevista en la ley, en cuyo caso el Estado también tendría que garantizarla, generando un costo fiscal de largo plazo.

A poco más de un cuarto de siglo de la entrada en vigor de la reforma del IMSS, más de la mitad de los trabajadores que cotizan en el actual sistema de ahorro para el retiro están en riesgo de no acumular recursos

suficientes para alcanzar la pensión mínima, con el consecuente costo fiscal para las finanzas públicas. En 2007 se reformó también la Ley del ISSSTE para introducir un sistema de cuentas individuales en sustitución del anterior de reparto, con una pensión mínima garantizada del doble de la contemplada para el caso del IMSS (dos salarios mínimos frente a uno). También incluyó la posibilidad de elegir para los trabajadores en activo entre permanecer en un sistema de reparto reformado con beneficios definidos u optar por migrar al nuevo sistema de cuentas individuales, con un bono de reconocimiento por los años cotizados en el sistema anterior. Se creó una administradora pública de pensiones, el Pensionisste, que manejó las cuentas individuales en la transición y se incorporó al mercado de las afores, actuando con las mismas reglas y condiciones de competencia que el resto, bajo la supervisión de la Consar.

Sin embargo, aun con los ajustes realizados a la Ley del ISSSTE, tampoco está garantizado que la totalidad de trabajadores al servicio del Estado que cotizan en el nuevo sistema tendrán recursos suficientes para acceder, tras su jubilación, a una renta vitalicia de al menos dos salarios mínimos, equivalente a la pensión mínima garantizada para los trabajadores al servicio del Estado (el doble de la del IMSS), de tal forma que, en los casos en los que esta condición no se cumpla, dicha pensión tendrá que ser completada con fondos públicos. Dos factores que juegan en contra de alcanzar esta meta son la baja tasa de cotización (6.5%) y la edad mínima de retiro, que se fijó en 60 años a pesar de que la esperanza de vida se ha venido incrementando (Villarreal y Macías, 2020). De esta manera, es muy difícil alcanzar una tasa de reemplazo (la relación entre la pensión promedio y el salario promedio) cercana a 70%, que se considera como una proporción adecuada para garantizar un buen nivel de vida a la población jubilada.

En resumen, el problema financiero que las reformas trataron de evitar dista mucho de estar resuelto, mientras que ambas reformas subestimaron la cantidad de recursos que se requiere para que los organismos públicos de seguro social puedan financiar el incremento en los costos de atención de los seguros de enfermedad y maternidad, que siguen bajo su responsa-

bilidad directa. De ahí la necesidad de llevar a cabo una revisión del peso combinado de la transición de los sistemas de pensiones y de los requerimientos financieros de los sistemas públicos de salud para los próximos años. No es aventurado afirmar que ambos rubros habrán de constituir la principal presión para las finanzas públicas durante el resto del siglo XXI.

***Los sistemas públicos de salud:
de la derechohabiencia a la subsidiariedad***

La apuesta inicial del Estado mexicano, que suponía que la cobertura de los servicios de salud debería recaer principalmente en los organismos de seguro social para los trabajadores, determinó por décadas el crecimiento de la oferta de servicios de salud, incluido el desarrollo de la infraestructura hospitalaria y la distribución de las unidades médicas familiares. Mientras que el sistema de pensiones fue superavitario durante las primeras cinco décadas del IMSS, el Seguro de Enfermedad y Maternidad nació deficitario. Esto se debió en gran medida a que había que hacer un esfuerzo sin precedentes para construir la infraestructura sanitaria del nuevo organismo. La mayor parte del superávit del sistema de pensiones de reparto se dedicó a financiar el déficit del Seguro de Enfermedad, en vez de dedicarse a constituir reservas que debieron haber financiado el sistema cuando el pago de las pensiones llegara a ser mayor a las contribuciones obrero-patronales, como ocurrió a principios de la década de 1990, después de la crisis de la deuda y de la “década perdida”.

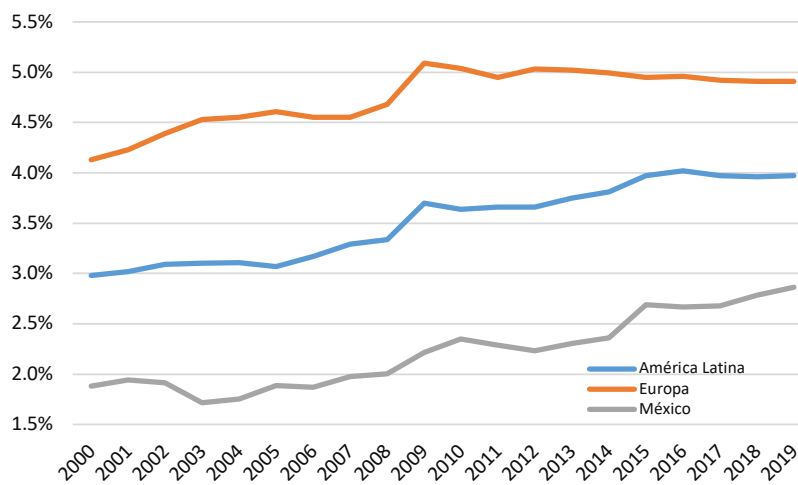
Cuando el sistema de reparto a partir del cual se habían estructurado las pensiones del IMSS entró en déficit y se tomó la decisión de reemplazarlo por un sistema de cuentas individuales, se hizo una actualización de la prima del seguro de enfermedad y maternidad, pero no se tuvo en cuenta la evolución de los costos de atención, que se incrementan a lo largo del tiempo por encima de la inflación. Esta circunstancia ha obligado a revisar la llamada cuota social que aporta el Estado para financiar el déficit, y que sigue siendo insuficiente para garantizar la calidad y ampliar la cobertura, dando como resultado desabasto de medicamentos e insumos, insuficiencia de infraestructura y diversos mecanismos de racionamiento

que se traducen en tiempos de espera muy elevados para los pacientes. Esta problemática también aqueja en términos generales al ISSSTE.

México destinaba antes de la pandemia 5.7% del PIB al gasto en Salud. De ese total, 50.9% correspondía a gasto público y 49.1% a gasto privado. México destaca en el contexto de la OCDE por ser uno de los países que menos gasto público destina como porcentaje del gasto total en salud de su economía, pero también inferior a otros países de América Latina como Argentina, Brasil, Colombia o Perú (OPS, 2019). Esta circunstancia se ha mantenido a pesar de un esfuerzo significativo en los años recientes por ampliar la cobertura y destinar más recursos a la salud en México. En los últimos veinte años se observan dos momentos en la tendencia del gasto público en salud: ascendente antes de la crisis de 2008-2009, con una leve caída y posterior recuperación más adelante. A pesar de este esfuerzo México no logró alcanzar el promedio latinoamericano de gasto público en salud como porcentaje del PIB, pero no hablar ya del promedio europeo.

Gráfica 1

Gasto público en salud como % del PIB

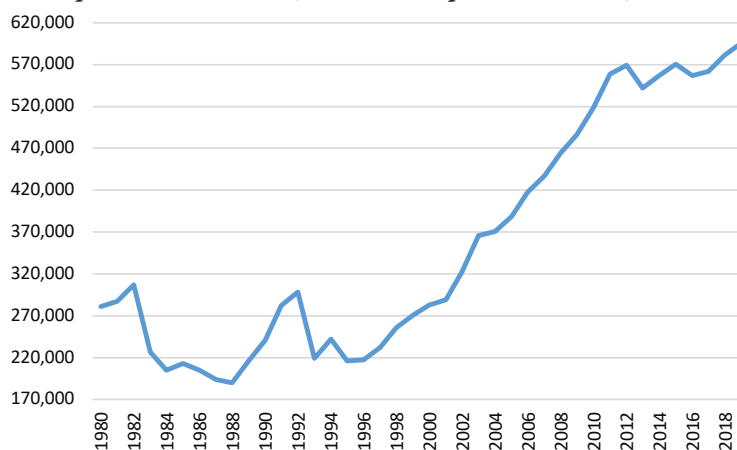


Fuente: OMS, 2020.

Como puede apreciarse en la gráfica 1, México realizó un esfuerzo significativo a partir de 2004 por aumentar su gasto en salud, que consistió principalmente en financiar programas de atención a la población no asegurada por los organismos de seguro social para trabajadores formales. Es preciso destacar que, antes de este repunte inscrito a partir del 2004 en el gasto público en salud, México había registrado casi dos décadas de estancamiento en este sector. Después de una tendencia ascendente de 1943 a 1981, a partir de 1982 el gasto público en salud ha señalado altibajos, reflejo de la política macroeconómica pro-cíclica que ha predominado desde 1982 (Ros, 2103). Después de una recuperación a finales de los años ochenta y principios de los noventa, se observó una nueva disminución a partir de 1993, agravada por la crisis de 1995. A partir de 1996 se presentó una recuperación, con un descenso entre 2002 y 2003 y un repunte a partir de 2004 (año de creación del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular) que se mantuvo incluso en 2009, año en el que el gobierno mexicano reaccionó con una política económica pro-cíclica ante la crisis económica internacional. Este incremento en el gasto en salud coincide con el esfuerzo desplegado por los gobiernos mexicanos para atender a la población no asegurada. Sin embargo, a partir de 2012 este crecimiento se fue desacelerando.

Gráfica 2

Gasto público en salud (millones de pesos del 2018)

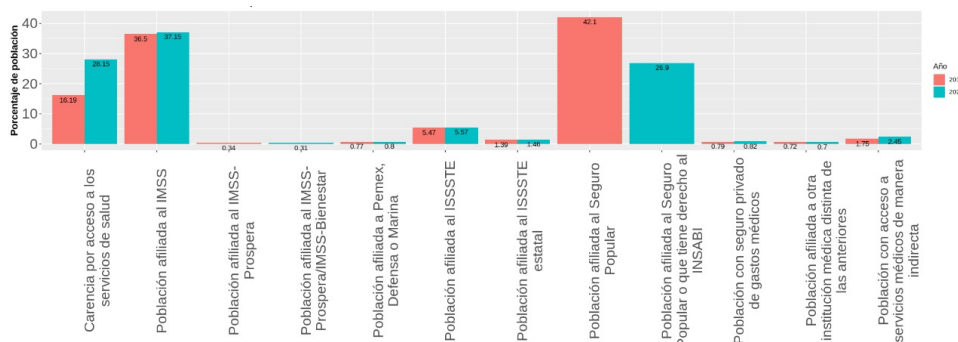


Fuente: INEGI, 2020.

La gráfica 2 permite apreciar mejor esta historia de altibajos en el gasto público en materia de salud. México tardó 20 años (de 1982 a 2002) en recuperar los niveles de gasto público real en salud previos al estallido de la crisis de la deuda, con una población que para ese momento ya era 40% más grande. A pesar de la tendencia ascendente del gasto entre 2004 y 2009, y de que partir de ese año ha tenido fluctuaciones relativamente moderadas, lo cierto es que sigue siendo insuficiente para garantizar un financiamiento adecuado para la prestación de los servicios de salud que requiere la población.

El bajo gasto público en salud afecta tanto la cobertura de los servicios como la calidad de los mismos. De acuerdo con la información de la ENIGH 2020 (INEGI, 2021b), 71.85% de la población de México tuvo acceso a algún servicio de salud. De este segmento, 51.7% está afiliado al IMSS, 37.4% al INSABI, 8.8% al ISSSTE o a los institutos de seguro social para los trabajadores de los estados, 0.4% al programa IMSS Prospera/IMSS Bienestar, 1.1% a los sistemas de salud de las Secretarías de la Defensa Nacional y Familia (ISSFAM) y de la empresa productiva del Estado Petróleos Mexicanos (Pemex), 1.1% a algún servicio de aseguramiento privado. También hay personas con afiliación a más de una institución, incluidas aquellas que cotizan en el IMSS o el ISSSTE y se atienden en algún otro sistema público, aunque en teoría esto no esté permitido.

Gráfica 3
Población por carencia de servicios de salud e instituciones de salud en México



NOTA: elaborado con datos de la serie 2018-2020.
FUENTE: elaborado con datos de CONEVAL (2023).

Resulta preocupante que 28.15% de la población (35.47 millones de personas) no se encuentre afiliado a ningún sistema de salud, público o privado, aunque en teoría esa población debería estar cubierta por el INSABI. De hecho, la población atendida por el INSABI retrocedió con relación a la que atendió el Seguro Popular en 2018, al pasar de 42.1 a 26.9 del total. La población que no se encuentra afiliada a ningún sistema público de salud es muy vulnerable a caer en situación de pobreza al tener que realizar gastos catastróficos en situaciones de emergencia sanitaria, como se puso de manifiesto en 2020. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares levantada ese año después del brote de la epidemia de Covid-19, el gasto en salud se incrementó 40.5% respecto al año 2018, en un escenario en el que el ingreso promedio de los hogares mexicanos se redujo 5.8% en el mismo período (INEGI, 2021b).

A esta situación de suyo insatisfactoria hay que añadir que, de 49% del gasto total en salud que corresponde a gasto privado, aproximadamente entre 80 y 85% corresponde a gasto de bolsillo, esto es, erogaciones que realiza la población cuando tiene necesidad de algún servicio. Cuando se trata de gastos catastróficos, como aquellos que se derivan de una enfermedad repentina o crónico-degenerativa de tratamiento costoso o bien de un accidente, el evento puede colocar en una situación de vulnerabilidad extrema a una familia y eventualmente, precipitarla a una situación de pobreza. El porcentaje del gasto privado en salud que corresponde a planes y seguros privados de salud, individuales o grupales, sigue siendo muy bajo y se concentra en los segmentos de ingresos medios y altos. Por lo mismo, la vulnerabilidad de la población sin acceso efectivo a los servicios de salud se potencia, razón suficiente en sí misma para insistir en la necesidad de una reforma a la salud pública.

La ineludible necesidad de una reforma fiscal

La emergencia sanitaria declarada por la OMS a partir de la propagación del virus SARS-Cov-2 mostró con toda su crudeza las insuficiencias de nuestro sistema de salud. También evidenció la desarticulación de las cadenas de

suministro de medicamentos, equipos e insumos básicos para la atención de la salud. Pero, sobre todo, puso en evidencia la falta de una estrategia para superar la segmentación de los servicios públicos de salud y la urgente necesidad de avanzar en la construcción de un auténtico sistema nacional de salud, que para ser digno de ese nombre requiere de un financiamiento significativamente superior al que actualmente le dedica el Estado, y de una reorganización sin precedentes de los sistemas actualmente existentes.

La coexistencia de un sector de servicios de salud para derechohabientes y otro para ciudadanía general pierde su razón de ser a medida que aumenta el porcentaje de los servicios de salud del IMSS, ISSSTE y otros organismos que son financiados con cargo al gasto público federal. Conforme avancen las transiciones demográfica y epidemiológica, el subsidio estatal a los organismos de seguros sociales de los trabajadores formales será cada vez mayor. Al final, la principal fuente de financiamiento de los distintos esquemas públicos de salud es el presupuesto federal, pero las prestaciones que ofrecen son muy distintas. De ahí la importancia de una reforma fiscal que permita enfrentar las tendencias del gasto de atención a la salud, que seguirá en aumento, así como el reto de ampliar la cobertura efectiva y de mejorar la calidad de los servicios de salud.

La principal restricción que enfrentamos para avanzar en una reforma que destine mayores recursos públicos a la salud es la restricción fiscal. México ha tenido, a lo largo de casi dos siglos de historia como país independiente, finanzas públicas muy frágiles. Si bien es cierto que en las últimas décadas se ha registrado un crecimiento importante en los ingresos públicos, seguimos estando por debajo de la media no sólo de los países desarrollados, sino incluso de América Latina. Esta es una situación que viene de lejos y que tiene que ver, en gran medida, con la existencia de un pacto fiscal blando entre el Estado posrevolucionario y el sector privado, surgido al calor de la industrialización sustitutiva de importaciones y que no se modificó con la transición a la democracia, en gran medida por el predominio ideológico de posiciones conservadoras en la conducción de la política económica durante las últimas décadas en nuestro país.

Tabla 1
México. Ingreso y gasto público (2000-2022)
Porcentaje del PIB

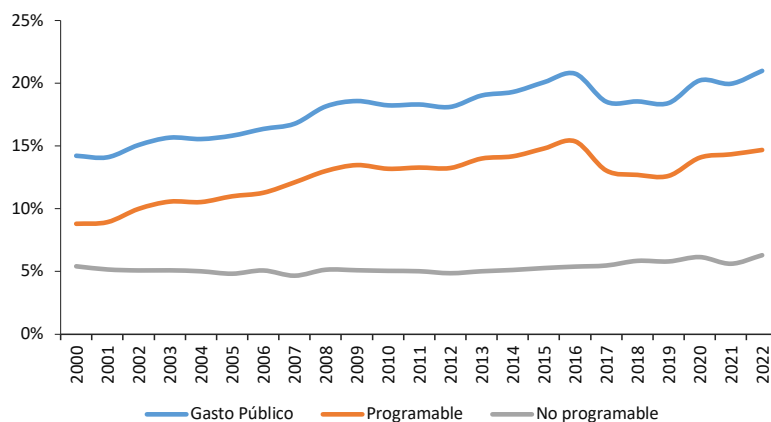
	Gasto			Ingresos			Balance económico	Balance primario	Gasto primario del Gobierno Federal
	Gasto Público	Progra-mable	No progra-mable	Ingreso Público	Tributa-rios	No tributa-rios			
2000	14.2	8.8	5.4	13.0	8.7	4.3	-1.3	1.4	11.6
2001	14.1	8.9	5.2	13.3	9.3	4.0	-0.8	1.5	11.7
2002	15.1	10.0	5.1	13.3	9.8	3.5	-1.8	0.3	13.0
2003	15.7	10.6	5.1	14.4	9.8	4.6	-1.3	0.8	13.6
2004	15.6	10.5	5.0	14.4	8.7	5.7	-1.2	0.8	13.6
2005	15.8	11.0	4.8	14.8	8.5	6.3	-1.1	0.8	14.0
2006	16.4	11.3	5.1	14.7	8.4	6.3	-1.7	0.1	14.6
2007	16.8	12.1	4.7	14.9	8.7	6.2	-1.9	-0.3	15.1
2008	18.2	13.0	5.1	16.6	8.1	8.5	-1.6	0.1	16.5
2009	18.6	13.5	5.1	16.4	9.3	7.2	-2.1	-0.2	16.7
2010	18.2	13.2	5.1	15.6	9.4	6.1	-2.7	-1.1	16.6
2011	18.3	13.3	5.0	15.8	8.8	7.0	-2.5	-0.8	16.7
2012	18.1	13.2	4.9	15.5	8.3	7.2	-2.6	-1.0	16.5
2013	19.0	14.0	5.0	16.6	9.6	7.0	-2.4	-0.8	17.4
2014	19.3	14.2	5.1	16.5	10.3	6.2	-2.8	-1.1	17.6
2015	20.1	14.8	5.3	17.1	12.7	4.4	-3.0	-1.2	18.3
2016	20.8	15.4	5.4	17.7	13.5	4.2	-3.0	-1.2	18.9
2017	18.5	13.0	5.5	17.5	13.0	4.5	-1.0	0.8	16.7
2018	18.6	12.7	5.9	16.5	13.0	3.4	-2.1	-0.1	16.6
2019	18.4	12.6	5.8	16.4	13.1	3.3	-2.0	0.1	16.3
2020	20.2	14.1	6.2	17.7	14.4	3.2	-2.6	-0.1	17.8
2021	20.0	14.3	5.6	16.8	13.8	2.9	-3.2	-1.2	17.9
2022	21.0	14.7	6.3	17.4	13.8	3.6	-3.6	-1.2	18.6

Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

Como puede apreciarse, en los últimos 23 años se ha observado un incremento en el gasto público, si bien sigue estando por debajo del registrado hacia el final del período de industrialización y por debajo también de la media latinoamericana. Es importante destacar el incremento observado en la recaudación a partir de la reforma fiscal de 2013, que permitió que los ingresos tributarios pasaran de 8.3% del PIB en 2012 a 13.8% en 2022. A pesar de sus evidentes limitaciones, dicha reforma logró un incremento de más de cinco puntos del PIB en la recaudación en una década, lo que habla del potencial recaudatorio de una reforma de mayor calado. Sin embargo, este aumento en la recaudación ha servido para financiar la reducción de los ingresos no tributarios, principalmente los provenientes de la extracción, comercialización e importación de hidrocarburos, así como el incremento del gasto no programable, tanto del servicio de la deuda como del pago de pensiones, principalmente.

Gráfica 4

México. Gasto público, programable y no programable, 2000-2022 (porcentaje del PIB)

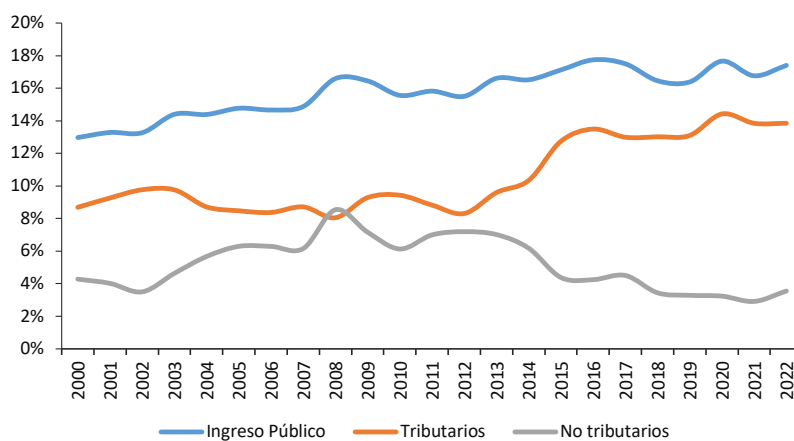


Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

La gráfica 4 permite apreciar el crecimiento sostenido del gasto público entre el año 2000 y el 2015, así como la reducción del mismo gasto entre 2016 y 2019, período que comprende la segunda mitad del gobierno de Enrique Peña Nieto y el primer año de gobierno de Andrés Manuel López Obrador. La reducción se hizo con cargo al gasto programable, ya que el gasto no programable se mantuvo con una tendencia general moderadamente al alza. En un primer momento, la reducción se debió a la intención de reducir el balance económico del gobierno, en un intento por frenar el crecimiento de la deuda y los requerimientos financieros del sector público. Posteriormente obedeció también a una lógica de reducción y compactación de la administración pública federal al inicio del nuevo gobierno, enmarcada en una lógica de austeridad.

Gráfica 5

México. Ingreso público, tributario y no tributario, 2000-2022 (porcentaje del PIB)

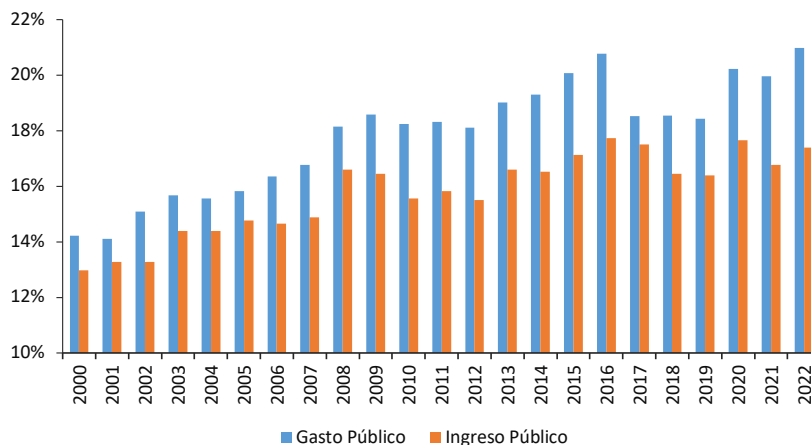


Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

La medida también respondió a la rápida declinación de los ingresos no tributarios, derivada principalmente de la disminución de la producción y exportación de petróleo, iniciada en 2009 y que fue compensada parcialmente por el incremento de la recaudación a partir de 2014, como puede apreciarse en la gráfica 5.

Gráfica 6

México: Gasto Público / Ingreso Público, 2000-2022
(Porcentaje del PIB)

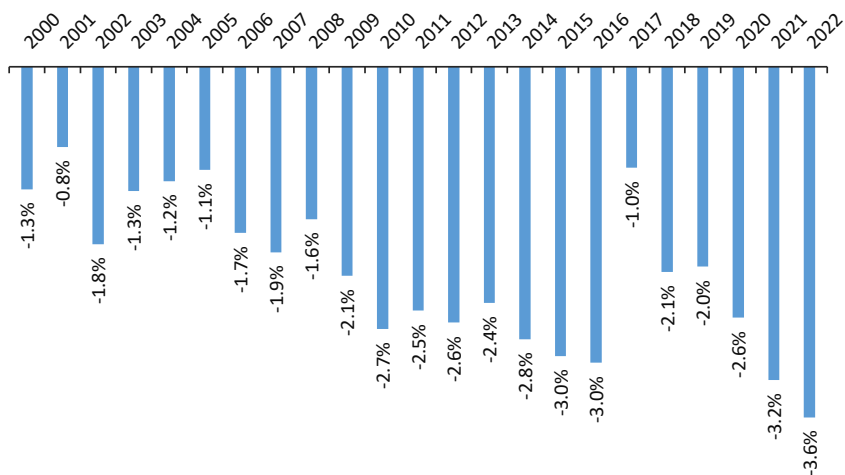


Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

La gráfica 6 permite apreciar cómo la reducción del gasto instrumentada entre 2017 y 2019 logró reducir el déficit, con cargo principalmente a un superávit primario (gráfica 8), pero fue insuficiente para lograr un saldo positivo en el balance económico debido al costo creciente a las presiones que ejercen sobre el gasto los pasivos contingentes, entre ellos, de manera destacada, el pago de pensiones.

Gráfica 7

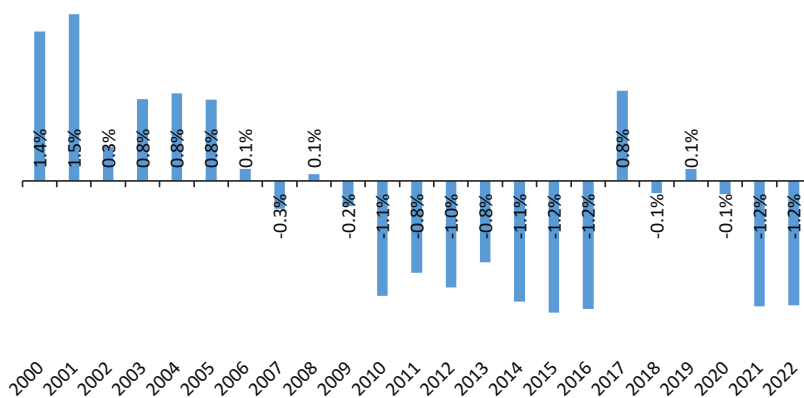
México. Balance económico, 2000-2022
(porcentaje del PIB)



Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

Gráfica 8

México. Balance primario, 2000-2022
(Porcentaje del PIB)

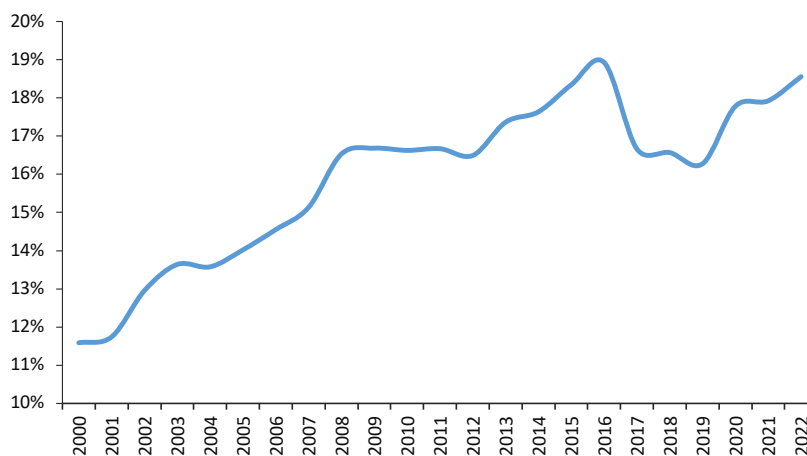


Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

Para lograr una modesta reducción en el déficit público, se tuvo que recurrir a un ajuste significativo del gasto primario del gobierno federal. De manera destacada, como ha ocurrido desde los años ochenta, al calor de los ajustes económicos con los que se trató de enfrentar la crisis de la deuda, el ajuste recayó en el gasto social y el gasto de inversión. Fue particularmente drástico el recorte en educación y en ciencia y tecnología, pero también se registraron retrocesos en el gasto en salud. Es importante no perder de vista este último dato, ya que mientras la recaudación siga siendo insuficiente y el gobierno en turno siga empeñado en mantener el déficit público dentro de cierto rango, presumiblemente para mantener la confianza del exterior y el grado de inversión, los ajustes se seguirán haciendo con cargo a sectores estratégicos para impulsar el desarrollo del país.

Gráfica 9

*México. Gasto primario del Gobierno Federal, 2000-2022
(Porcentaje del PIB)*



Fuente: Banco de México/SHCP, 2023.

Estos vaivenes en el gasto público conspiran contra el objetivo de largo plazo de construir un auténtico sistema nacional de salud. Aunque en lo que va del siglo XXI los sucesivos gobiernos mexicanos han hecho un

esfuerzo significativo para aumentar el gasto en salud, es un hecho que se mantiene por debajo del promedio latinoamericano. En el año 2022 el gasto público en salud alcanzó 2.93 puntos del PIB. Para poder avanzar hacia la cobertura universal efectiva, se requiere hacer un esfuerzo presupuestal aún mayor, que debiera llegar en el corto plazo a 4% de PIB, con tendencia a incrementarse a lo largo del tiempo por el efecto combinado que las transiciones demográfica y epidemiológica habrán de tener en los costos de atención. Sin embargo, es necesario señalar que no se requiere únicamente de mayores recursos para la salud. Es necesario gastar más y gastar mejor si queremos ver resultados. Una reestructuración a fondo de los sistemas públicos es necesaria para superar la segmentación, mejorar la asignación de recursos y planear el crecimiento de la infraestructura de salud en los tres niveles de atención, poniendo énfasis en la prevención y la atención primaria.

Si a la necesidad de mayores recursos para la salud sumamos el crecimiento del gasto en pensiones, nos enfrentaremos en un período más bien corto a la ineludible necesidad de una reforma fiscal aún mayor a la de 2013. Tan solo en 2022 la suma del gasto público en salud y en pensiones ascendió a 8.03% del PIB.

Tabla 2
Gasto en público en salud y pensiones porcentaje del PIB 2000-2022

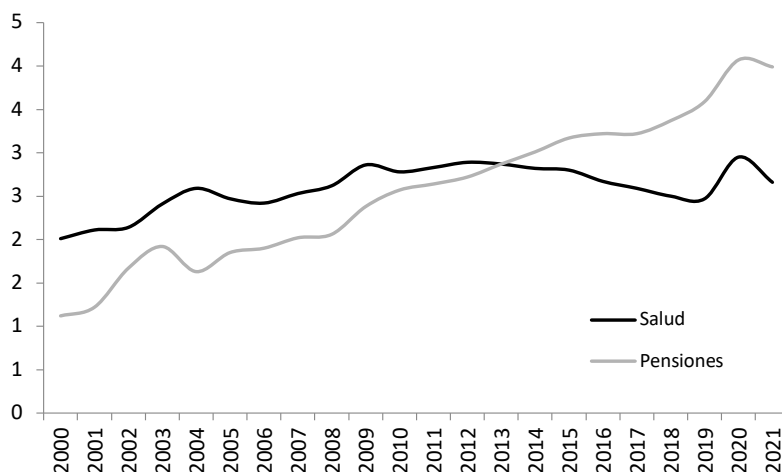
	Salud	Pensiones
2000	2.01	1.12
2005	2.47	1.85
2010	2.78	2.57
2015	2.8	3.17
2020	2.95	4.07
2021	2.66	3.99
2022	2.93	5.1

Fuente: SHCP 2023.

En los últimos años el gasto en pensiones es el que ha registrado un mayor crecimiento, derivado de la transición del sistema de reparto al de capitalización individual. En los cálculos originales de la reforma del IMSS, este aumento en el costo debería alcanzar, en algún momento de la cuarta década del siglo, un punto de inflexión a partir del cual comience a disminuir. Sin embargo, el comportamiento real del sistema de ahorro para el retiro abre la posibilidad de que esta disminución no se dé, e incluso de que el gasto siga aumentando. Si cuando termine la transición un porcentaje muy alto de trabajadores no logra ahorrar recursos suficientes para tener acceso a la pensión mínima garantizada, el Estado tendrá que asumir el costo de la misma, generando una nueva presión sobre las finanzas públicas. A esta presión habrá que añadir el peso creciente de las pensiones no contributivas. Ambas situaciones, sumadas a la transición demográfica que tiende a elevar tanto el número como el porcentaje de la población mayor de 65 años, hace del tema de las pensiones uno de los más importantes para el futuro de las finanzas públicas de México.

Gráfica 10

México: Gasto público en salud y pensiones (% del PIB)



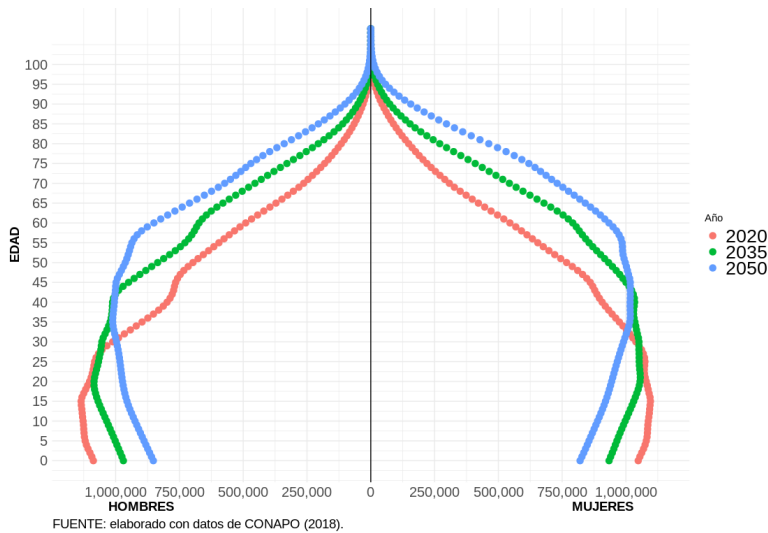
Fuente: SHCP.

Como puede apreciarse en la gráfica 10, mientras que el gasto en salud como porcentaje del PIB ha tendido a crecer, aunque no sin altibajos, en los primeros 22 años del siglo, el gasto en pensiones tiene una clara tendencia al alza. Esta diferencia se explica debido a que el gasto en pensiones está predeterminado por las obligaciones adquiridas legalmente por el Estado mediante las reformas del IMSS y el ISSSTE, mientras que el gasto en salud, a pesar de su carácter estratégico, depende en gran medida de la voluntad política de los poderes Ejecutivo y Legislativo, y de los ajustes al gasto que instrumenta la Secretaría de Hacienda para alcanzar sus metas macroeconómicas, por lo tanto puede ser modificado con un amplio grado de discrecionalidad. El problema es que los vaivenes en el gasto pueden generar costos muy altos, como la falta de equipos de protección e insumos indispensables para hacer frente a emergencias sanitarias como la provocada por el SARS-Cov 2, e incluso francos retrocesos en programas tan importantes como el de vacunación. A ello hay que añadir el problema crónico de abasto de medicamentos, que ha alcanzado dimensiones críticas en los últimos años.

Para terminar, es necesario subrayar la importancia de encontrar una solución de largo plazo a los problemas que enfrentan los sistemas de pensiones y de salud a la luz de la transición demográfica. México vive las últimas décadas del bono demográfico, y si no hacemos un esfuerzo como país para construir un sistema nacional de salud y resolver el problema de las pensiones, estaremos frente a una crisis económica y social muy severa dentro de muy pocos años. Como puede apreciarse en la gráfica 11, la población seguirá envejeciendo y la base de la pirámide poblacional seguirá angostándose. Esta tendencia se traducirá en una presión aún mayor sobre los sistemas de pensiones y los servicios de salud, que se dejará sentir sobre las finanzas públicas por las razones antes expuestas.

Gráfica 11

Pirámide poblacional de México, predicciones para distintos años



Por todo lo anterior, es importante insistir en la necesidad de una reforma fiscal que genere recursos suficientes para financiar el desarrollo de un auténtico sistema nacional de salud público y las pensiones no contributivas, además de una reforma al sistema de ahorro para el retiro que permita mejorar su funcionamiento y hacerlo una opción atractiva para el ahorro voluntario, que funcione como un pilar complementario para el retiro de los trabajadores y para la población que quiera cotizar dentro del mismo. En el largo plazo, es la opción más equitativa y realista, y aporta una razón incuestionable para llevar a cabo, de una vez por todas, una amplia reforma fiscal redistributiva.

Bibliografía

- Cantú, R., F. Ramones y H. J. Villarreal (2016). "Por un sistema fiscal sostenible y con objetivos" en *Revista de Economía Mexicana Anuario UNAM*, No. 1, México, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 259-281.
- CEFP (2022). *Las pensiones y las finanzas públicas en México, 1997-2030*, México, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas.
- CIEP (2022). *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*, México, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C.
- IMCO (2022). *Recursos para la salud en México. Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2023*, México, Instituto México, Instituto Mexicano de la Competitividad.
- INEGI (2021a). *Censo de Población y Vivienda 2020*, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- (2021b). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2020*, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Indicadores básicos 2019: tendencias de la salud en las Américas*, Washington, D. C, U.S.A.
- Ros, J. (2013). *Algunas tesis equivocadas sobre el estancamiento económico de México*, México, El Colegio de México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villarreal, H. y A. Macías (2020). *El sistema de pensiones en México. Institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Serie Macroeconomía del Desarrollo No. 210.