

Comentario Económico del día

Director: Sergio Clavijo
 Con la colaboración de Andrea Ríos

Agosto 6 de 2018

Sistemas de Seguridad Social: ¿de lo contributivo a lo socialista?

A pesar de los alivios provenientes del llamado “bono demográfico” en los países desarrollados (con un promedio de menos de dos hijos por pareja), las presiones fiscales derivadas de mayores gastos en seguridad social han continuado escalando.

Por ejemplo, en Francia, Italia y España el gasto pensional bordea el 15% del PIB y el gasto en salud otro 10% del PIB, representando ese 25% del PIB de gasto en seguridad social cerca del 50% del total de gasto público. Por eso, allí se ha tenido que llevar la tasa del IVA a un promedio del 22% para así poder enfrentar con mayor recaudo esa presión de gasto. Sin embargo, lo que ha ocurrido, en el margen, es un deterioro en la posición fiscal de Europa, donde la relación Deuda Pública/PIB de estos países ha escalado de niveles del 60% hacia peligrosos niveles del 80%-90% durante las dos últimas décadas.

Como si fuera poco, las posiciones de centro-izquierda en sus parlamentos abogan por expandir esos subsidios de la seguridad social en pensiones-salud al propio mercado laboral-salarial. Por ejemplo, se habla de otorgar el equivalente a un salario mínimo a todos los ciudadanos, dadas las dificultades que tiene un 20% de los jóvenes y un 10% de la población general para encontrar trabajos que les aseguren sus contribuciones a la seguridad social. De hecho, algunos países nórdicos ya se han movido en esa dirección; pero la diferencia radica en que allí se cuenta con fondos

públicos superavitarios que permiten darse semejante lujo en política social masivamente (siendo Noruega el caso *par excellence*).

Estados Unidos lleva años debatiéndose entre: i) continuar con un 10%-15% de su población carente de cobertura en seguridad social (especialmente en salud); ii) obligar a todos los ciudadanos a comprar un seguro de salud (para poder aplicar el principio de subsidios cruzados intergeneracionales a través del mercado); o iii) virar hacia esquemas públicos de salud (como en Europa). Esta última opción de socializar los servicios de salud fue descartada por Obama (2009-2016), y Trump (2017-2018) ha estado “petardeando” la opción del seguro obligatorio (*Obamacare*). Así, *de facto*, Estados Unidos quedará estancado en un esquema de cobertura no universal, una total vergüenza para un país que se dice “desarrollado”.

En América Latina, especialmente México y Colombia, se han hecho progresos hacia una mezcla de sistemas de administración privada con soporte de recursos públicos (tipo EPS-IPS). Sin embargo, sus costos continúan amenazando las finanzas públicas. Chile y Costa Rica han sido más exitosos en la contención de costos, pero estructuralmente el añejamiento poblacional continuará poniendo una gran presión fiscal (ver *The Economist*, “Within Reach: The case for a universal health care” de abril 18 de 2018).

Continúa

Director: Sergio Clavijo

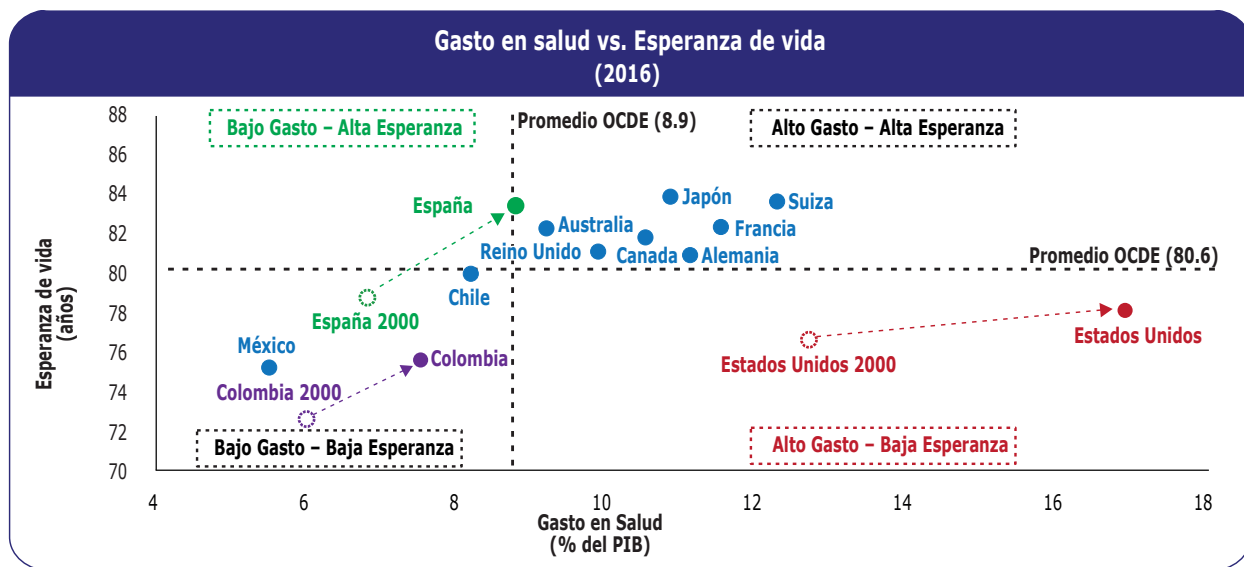
Con la colaboración de Andrea Ríos

En el caso particular de Colombia, los costos público-privados de los sistemas de salud han venido escalando de valores cercanos al 6% del PIB en el año 2000 hacia valores actuales del orden del 8%-8.5% del PIB. Se estima que durante la última década se ha tenido un incremento del 0.5% del PIB por cuenta de la universalización y homologación del sistema de salud (ver *Comentario Económico del Día* 28 de febrero de 2018). Estos mayores recursos han permitido llevar la esperanza de vida al nacer a cerca de los 75 años (actualmente), mostrando una ganancia de casi 5 años durante las dos últimas décadas.

El problema es que pronto estaremos alcanzando umbrales de gastos en salud cercanos al 9% del PIB, prácticamente equivalentes a los observados en países maduros, como Gran Bretaña o España. El gráfico adjunto ilustra cómo en esos países ya se tiene una esperanza de vida cercana a los 82-84 años, lo cual indica que tenemos mucho camino por andar en materia de lograr una mejor aplicación de esos recursos de la salud. De una parte, está el grave problema del saqueo territorial (incluyendo los carteles de la hemofilia, la diálisis,

etc..) y, de otra, las dificultades para lograr acotar los gastos, donde la Ley Estatutaria tan solo logró limitarlos en casos específicos relacionados con tecnologías no probadas, servicios en el exterior o temas estéticos. Las dificultades para reglamentar la llamada “lista negativa” y las complejidades de “compras de medicamentos en bloque” constituyen grandes desafíos para la entrante Administración Duque (2018-2022).

Lo que debe quedar claro es que Colombia debe trabajar en ambos lados de la ecuación presupuestal de la seguridad social: de una parte, tiene que acotar las generosas y regresivas pensiones que hoy ofrece Colpensiones (ver *Comentario Económico del Día* 24 de mayo de 2018) y trabajar en un mejor ordenamiento de los gastos en salud; y, de otra, debe concientizarse de que se requieren más recaudos tributarios para evitar una trayectoria insostenible de nuestra deuda pública. Los discursos populistas de “salario para los desempleados” o “garantía de pensión vital” para todos los mayores de 62 años son claramente irrealizables bajo las circunstancias actuales, salvo que Ud. sea un nórdico.



Fuente: elaboración Anif con base en OCDE Health Data.