

## Crecimiento del gasto en salud en Chile: ¿Estamos ante un problema?

Edmundo Beteta Obreros

La política pública de salud debe promover la equidad y eficiencia en el financiamiento y provisión de los servicios y contribuir a mejorar el estado de salud y la satisfacción de la población. La dimensión de eficiencia comprende aspectos tales como distribuir correctamente los recursos escasos y producir atenciones médicas y calidad de vida al menor costo posible.

La preocupación por la naturaleza creciente de los costos de salud se ha extendido en países desarrollados y de ingreso medio en los últimos 20 años. El aumento del gasto en salud es una tendencia mundial de la cual el sistema chileno no está exento, replicándose fenómenos de tipo económico, tecnológico, demográfico y cultural que elevan el consumo de prestaciones médicas por habitante y/o sus precios. Algunos de estos aspectos pueden referirse a logros tales como un mayor acceso de las personas de menores ingresos a una salud adecuada –generados por una combinación de crecimiento

El aumento del gasto en salud es una tendencia mundial de la cual el sistema chileno no está exento, replicándose fenómenos de tipo económico, tecnológico, demográfico y cultural que elevan el consumo de prestaciones médicas por habitante y/o sus precios.

económico y políticas públicas– y otros, a problemas en la organización del sistema y la gestión de sus instituciones. En cualquier caso, la expansión del gasto en salud debe guardar relación con la disponibilidad de recursos y el desempeño macroeconómico del país, a la vez de ser compatible con las necesidades de otros sectores sociales relevantes para favorecer la igualdad de oportunidades.

La primera parte de este documento describe el crecimiento del gasto público y privado en salud durante la última década en Chile<sup>(1)</sup>. Independiente de la opinión que se tenga sobre la justificación y evaluación de este incremento –aspectos que no son parte de este artículo– se advierte una expansión generalizada y significativa del consumo de servicios médicos y de sus costos unitarios que, de mantenerse, puede amenazar la viabilidad financiera de la política de salud y el equilibrio de las cuentas fiscales. Por

---

(1) El análisis se basa en la información secundaria disponible en los estudios de Rodríguez y Tokman (2000); Rodríguez y Tokman (2001) y Bitrán y Vergara (2001).

esto en la sección final se invita a iniciar una discusión sobre los factores estructurales que han impulsado el aumento del gasto, y que seguirán presentes en los próximos años, para identificar en qué áreas es posible intervenir para atenuar sus efectos, de modo que la asignación de mayores recursos a este sector se respalde económicamente y satisfaga las expectativas y necesidades de la gente.

### **Evolución del gasto público y privado de salud**

La expansión del gasto en salud en la década de los 90 afectó tanto al sistema público como al privado. Respecto al gasto público (real), este aumentó –entre 1990 y 1999– en 169% y 191% por beneficiario, respectivamente. Esto último, reforzado por la reducción de la población adscrita a Fonasa, la que disminuyó de 9.729.000 a 8.977.000 personas. En el sistema privado, en tanto, el gasto por beneficiario creció a una tasa más moderada (52%) que la registrada en el sector público. Esto, porque el aumento del gasto total (140%) se vio contrarrestado por un aumento de 58% de la población cubierta por las Isapres.

El incremento del gasto total fue mayor en el período 1990-1995 que entre ese último año y 1999. El crecimiento en el sector público fue de 95% en la primera etapa y de 38% en la segunda. Los aumentos registrados en cada período para el sistema privado, en tanto, fueron de 99% y 20%, respectivamente.

Los mayores recursos entregados al sistema público se reflejan en las tasas de variación de los principales componentes del gasto total. Los rubros de mayor participación en 1999 corresponden a personal (37,9%), bienes y servicios (20,7%) y prestaciones de la modalidad de libre elección (12,6%). Es así como los pagos a los trabajadores registraron una variación de 201%, siendo el incremento del período 1990-1995 (129%) significativamente mayor al ocurrido entre 1995 y 1999 (32%). También destaca un cambio importante en el presupuesto asignado para la atención primaria (257%) e inversiones (375%), pero estos componentes representan solo el 8,8% y 3,9% del gasto total de 1999, respectivamente<sup>(2)</sup>.

---

(2) El gasto en atención primaria se refiere a los recursos canalizados a través de los Servicios de Salud, que no incluyen las transferencias de los municipios a los consultorios.

Respecto al sector privado, un estudio de Bitrán y Vergara (2001) analiza, para la segunda mitad de la década de los noventa, la evolución de los pagos de servicios médicos y bonificaciones por Incapacidad Laboral por parte de las Isapres, descomponiéndola en tres elementos: aumento de consumo de servicios, cambio en precios y en la estructura etaria de la cartera de clientes. Los autores afirman que este “costo técnico” por beneficiario creció en términos reales (en pesos de diciembre de 1999), de \$ 101.341 a \$ 168.543. Las variaciones en la tasa de uso de prestaciones y sus precios explicaron el 66% y 27% de este aumento, respectivamente. El cambio en la estructura de edad de los beneficiarios, por su parte, dio cuenta del 7% restante.

**Por tanto, un hecho central es el mayor consumo de prestaciones por persona en ambos sectores.** Los crecientes niveles de acceso a los Servicios de Salud del sistema público se tradujeron, por ejemplo, en un aumento de 45% respecto de la cantidad de consultas médicas por beneficiario (de 2,65 a 3,85) y de 111% en los exámenes de laboratorio por persona (de 2,29 a 4,84). Actualmente, el consumo por persona en las categorías mencionadas iguala o supera la que se registra en el sistema privado, donde el crecimiento en su frecuencia de uso fue más moderado y ascendió a 26% en consultas médicas (de 3,27 a 4,12 por beneficiario) y 64% en exámenes de laboratorio (de 2,36 a 3,87)<sup>(3)</sup>. No obstante esto, persisten problemas de oportunidad en la atención de la población y se necesita continuar expandiendo el acceso al sistema. Esto último pretende abordarse en la propuesta del Plan Auge.

**Las presiones inflacionarias que afectan el valor de cada servicio producido no son exclusivas del sistema de Isapres.** En el caso del sistema público, la reducción de más del 50% del rendimiento del gasto total<sup>(4)</sup> indica que el esfuerzo por incrementar la inversión, la dotación de personal y sus remuneraciones<sup>(5)</sup>, al no acompañarse de mejoras en la productividad, contribuyó a elevar los costos de cada prestación.

---

(3) El crecimiento en las intervenciones quirúrgicas fue de 43%, 34 puntos porcentuales mayor que el ocurrido en el sistema público (9%).

(4) El estudio de Rodríguez y Tokman (2000) construye distintos indicadores sobre la evolución de la relación entre el valor de la producción de prestaciones y el gasto incurrido.

(5) Solo en el período 1989-1993 el número de médicos del sector creció en 35% y el de enfermeras, en 22% (Zuleta, 1999).

Si bien el aumento en precios y cantidades consumidas en ambos subsistemas evidencia fenómenos comunes a la experiencia internacional –como el crecimiento económico, el envejecimiento de la población o cambios en el modo de vida–, el caso chileno difiere de estos patrones en áreas como el aumento explosivo en las bonificaciones por Incapacidad Laboral. En el sistema público, el total pagado por subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa, Reposo Maternal y Enfermedad del Hijo Menor de un Año fue el componente de mayor expansión entre 1995 y 1999 (89%). El uso ilegítimo de este beneficio por parte de algunas personas se confirma en un estudio centrado en el período 1991-1999 (Rodríguez y Tokman, 2001).

Si bien el aumento en precios y cantidades consumidas en ambos subsistemas evidencia fenómenos comunes a la experiencia internacional –como el crecimiento económico, el envejecimiento de la población o cambios en el modo de vida–, el caso chileno difiere de estos patrones en áreas como el aumento explosivo en las bonificaciones por Incapacidad Laboral.

Este sitúa en un 45% el incremento en los días de subsidio por Enfermedad y Medicina Curativa por cotizante por año (Tasa de Incapacidad Laboral o TIL), mientras que estima en un 123% el aumento del gasto de Fonasa. A su vez, establece que el pago de subsidios por Enfermedad del Hijo Menor de un Año ha crecido en 861%, mientras que su intensidad de uso lo hizo en 419%.

Respecto al control de la expansión de la TIL, la investigación concluye que el sistema privado ha sido más eficaz en la fiscalización de los subsidios que se otorgan con cargo a su recaudación<sup>(6)</sup>. De ahí que si bien el gasto por concepto de Enfermedad y Medicina Curativa aumentó en 80%, esto es explicado principalmente por el incremento del número de cotizantes (61%) y de su ingreso imponible (22%), en comparación a la TIL, la que se redujo en un 17%. Esta situación contrasta con el crecimiento de 299% en la intensidad de uso del subsidio por Enfermedad del Hijo Menor de Un Año, beneficio que se paga con recursos públicos.

Lo anterior configura un escenario que es inconsistente con el mejoramiento en el estado de salud de los chilenos ocurrido durante la década de los 90.

---

(6) Existen cuestionamientos al exceso de celo incurrido en el control del gasto.

## ¿Estamos ante un problema?

Al integrar la información de los sistemas público y privado, se observa que entre 1990 y 1999 el gasto se elevó en 157%, 147% en términos per cápita, mientras que el PIB crecía en 78%. Estimaciones oficiales indican que el gasto del año 2000 fue de 7,8%, como porcentaje del PIB, cifra similar a la de algunos países de mayor nivel de desarrollo<sup>(7)</sup>. De esta forma, si entre los años 2000 y 2009 se dieran las mismas tasas de crecimiento del gasto en salud real y de la economía del período 1990-1999, el país estaría destinando al sector más del 11% del PIB en el año 2009.

Respecto a la expansión promedio anual, esta fue de \$ 75.000 millones en el sistema público y de \$ 120.000 millones de pesos para todo el sector<sup>(8)</sup>. La contribución del presupuesto público –proporcionalmente superior al crecimiento de la economía–, en tanto, llegó al límite de lo permitido por la situación fiscal del país. De ahí que aun si no se realizara la reforma del sistema, la sola continuación de estas tendencias en los próximos años implicaría una presión significativa sobre el presupuesto del Estado y las familias. Nótese que los \$ 150.000 millones que actualmente se demandan para el Plan Auge son similares al incremento del gasto promedio del sector público durante dos años de la década pasada, y cercanos al registrado en todo el sistema en un año.

Nótese que los \$ 150.000 millones que actualmente se demandan para el Plan Auge son similares al incremento del gasto promedio del sector público durante dos años de la década pasada, y cercanos al registrado en todo el sistema en un año.

De ahí que aun si no se realizara la reforma del sistema, la sola continuación de estas tendencias en los próximos años implicaría una presión significativa sobre el presupuesto del Estado y las familias. Nótese que los \$ 150.000 millones que actualmente se demandan para el Plan Auge son similares al incremento del gasto promedio del sector público durante dos años de la década pasada, y cercanos al registrado en todo el sistema en un año.

(7) El peso del gasto en salud en el PIB del 2000 (7,8%) incluye la totalidad de recursos asociados al sector, a diferencia de los datos utilizados en este artículo. Larrañaga (1999) estimó en 3,23% el gasto en salud como porcentaje del PIB en 1990, pero también sobre la base de información incompleta. De incluirse todos los componentes, y suponiendo una variación real similar a la obtenida por Rodríguez y Tokman (2000), el gasto en salud habría sido cercano al 5% del PIB a inicios de la década. Respecto a la importancia del sector salud en el PIB de otros países, se puede citar información de 1997 de Austria (7,9%), Bélgica (7,6%), Noruega y España (7,4%), Reino Unido (6,7%), Italia (7,6%), Japón (7,3%), Holanda (8,5%), Francia (9,9%), Canadá (9,3%) y Estados Unidos (14,0%). Nótese que en el caso emblemático de explosión de costos (sistema norteamericano), el gasto pasó de 5% del PIB, en 1960, a 12,6%, en 1990. Estas últimas son proporciones similares a las que podrían darse en Chile en un período de 20 años.

(8) Estos valores constituyen un piso, ya que no se consideran todos los gastos que las personas realizan en su salud.

**Cuadro 1**  
**Evolución del gasto en salud 1990-1999**

Año	Gasto total (MM\$ de 1999)	Población beneficiaria	Gasto per cápita (M\$ de 1999)	Variación porcentual	
				Gasto salud	PIB
1990	682.700	11.837.328	57,7	7,9%*	3,7%
1991	800.904	11.980.306	66,9	17,3%	8,0%
1992	964.062	11.788.880	81,8	20,4%	12,3%
1993	1.101.561	11.969.329	92,0	14,3%	7,0%
1994	1.232.359	12.334.353	99,9	11,9%	5,7%
1995	1.342.021	12.400.671	108,2	8,9%	10,6%
1996	1.469.569	12.486.003	117,7	9,5%	7,4%
1997	1.577.441	12.635.979	124,8	7,3%	6,6%
1998	1.689.141	12.546.065	134,6	7,1%	3,2%
1999	1.753.355	12.300.553	142,5	3,8%	-0,8%
<b>Cambio 90-95</b>	<b>97%</b>	<b>5%</b>	<b>88%</b>	<b>97%</b>	<b>52%</b>
<b>Cambio 95-99</b>	<b>31%</b>	<b>-1%</b>	<b>32%</b>	<b>31%</b>	<b>17%</b>
<b>Cambio 90-99</b>	<b>157%</b>	<b>4%</b>	<b>147%</b>	<b>157%</b>	<b>78%</b>

Nota: El gasto total incluye a los subsectores público y privado. El componente público excluye transferencias municipales a la salud primaria, y el privado no considera los copagos de los usuarios al momento de recibir atención.

\* Obtenido sobre la base de estimaciones de Zuleta (1999).

Fuentes: Rodríguez y Tokman (2000) y datos de Cuentas Nacionales del Banco Central.

De las cifras expuestas se desprende que el sector salud ha recibido una importancia creciente en la asignación de recursos de la economía. En general, cuando los países presentan un gasto en salud insuficiente respecto a las necesidades de la población, existe un amplio espacio para expandirlo e impactar significativamente en el bienestar de las personas. Sin embargo, la contribución del gasto adicional al mejoramiento del estado de salud es cada vez menor –surgiendo incluso la posibilidad de que aparezca un consumo suntuario de prestaciones– y se empieza a dudar si vale la pena continuar inyectando recursos al sistema sin mejorar la calidad y eficiencia del gasto<sup>(9)</sup>.

(9) La evidencia internacional muestra que los países que más gastan mejoran cada vez menos su esperanza de vida, y también que la comparación entre indicadores de salud de países con similar nivel de gasto por habitante puede presentar importantes diferencias, lo cual refuerza la necesidad de controlar los costos y evaluar el impacto de los recursos orientados al sector (Poullier *et. al.*, 2002).

Asimismo, y sin agotar la discusión sobre el tema, el aumento injustificado en algunas partidas de gasto ofrece una oportunidad para reasignar presupuesto a rubros de mayor impacto en la salud de los chilenos. El estudio de Rodríguez y Tokman (2001) revela que, si en los próximos diez años se lograra estabilizar la tasa de uso de subsidios por Incapacidad Laboral al nivel registrado en 1999, se podrían ahorrar 1.642.000 millones de pesos (en valores reales correspondientes a 1999), lo que significa un monto promedio anual cercano al que actualmente se solicita para iniciar la reforma<sup>(10)</sup>.

La falta de estrategias de contención del gasto en salud puede comprometer la viabilidad financiera de la política sectorial y entrar en conflicto con la política fiscal. Más aún, si algunas tendencias que empujan los costos al alza persisten durante los próximos años, lo que hace indispensable entender los factores que explican los hechos aquí descritos.

La falta de estrategias de contención del gasto en salud puede comprometer la viabilidad financiera de la política sectorial y entrar en conflicto con la política fiscal. Más aún, si algunas tendencias que empujan los costos al alza persisten durante los próximos años, lo que hace indispensable entender los factores que explican los hechos aquí descritos.

### Factores relevantes en la evolución del gasto: Una discusión preliminar

Lo que sigue pretende motivar la necesidad de una agenda de debate sobre las tendencias futuras del gasto en salud y cuáles pueden ser revertidas o atenuadas mediante la fijación de políticas públicas y prácticas innovadoras en el sistema de salud.

Durante la década pasada, los sectores público y privado coincidieron en un aumento en la utilización de servicios y en presiones inflacionarias. En general, la expansión del gasto se explica por diversos factores de tipo económico, tecnológico, epidemiológico y cultural que afectan en distinto grado a los sistemas de salud en todo el mundo. A pesar de la dificultad de

---

(10) En cambio, si en la próxima década se mantuviera la evolución de la tasa de uso de los noventa, estos subsidios representarían, según estos autores, más del 40% del gasto público en salud en el año 2010.

integrarlos y conocer el impacto específico de cada uno, es posible identificar aquellos de mayor relevancia en el futuro.

Un contexto macroeconómico favorable –tal como sucedió durante los últimos diez años– eleva los ingresos de las personas y la disponibilidad de recursos fiscales, lo que incrementa el consumo de atenciones y sus precios dependiendo del grado de respuesta de la oferta a la mayor demanda.

Asimismo, el perfil epidemiológico del país se ha modificado, dando mayor peso a enfermedades crónicas o catastróficas en sus efectos financieros, asociadas al envejecimiento de la población –que acompaña el progreso económico, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida– y a cambios en el comportamiento que estrechan el vínculo entre la salud y el cuidado personal.

El gasto en salud también se expande como resultado de la difusión de los sistemas público y privado de aseguramiento de la salud –mayor cobertura en términos de población afiliada y beneficios otorgados– y de algunas características de su organización y estructura de incentivos. En el primer aspecto, parte del crecimiento del gasto público en los 90 se realizó con el objetivo de mejorar el acceso de los más pobres y la equidad del sistema, aspectos que persisten en el debate actual sobre la reforma del sector.

Conviene considerar las deficiencias específicas en la organización y gestión en los sectores público y privado. Por ejemplo, es factible que las personas aseguradas o los proveedores de salud, al notar que el paciente paga una pequeña proporción del precio de un servicio, sean menos sensibles a los costos de la atención médica o que el mayor acceso al sistema público se sustente solo en incrementos de presupuesto sin esfuerzos significativos por mejorar la gestión de las instituciones. Los métodos de asignación de recursos desde las entidades que compran servicios de salud –Isapres y Fonasa– influyen en las decisiones de los prestadores y en la demanda. El método de pago más empleado por las Isapres –por acto médico– podría generar un crecimiento innecesario de la cantidad consumida.

La difusión de los seguros y el progreso económico refuerzan la exigencia de una atención moderna y de mayor calidad. Sin embargo, los avances tecnológicos en el sector salud suelen encarecer el tratamiento médico, introduciendo procedimientos más avanzados que afectan el costo

unitario de un servicio o la mezcla de prestaciones necesarias para recuperar a un paciente.

En lo cultural, es evidente que si la población mejora su nivel educativo y el ejercicio de la ciudadanía, se configuran expectativas de mejores condiciones de vida, que determinan estándares cambiantes y brechas de satisfacción persistentes respecto al desempeño del sistema. A pesar del aumento en la frecuencia de uso de prestaciones, se mantienen restricciones a la atención y continúa la percepción de que las garantías que ofrece el sector salud son insuficientes.

Sin haber agotado la discusión de estos temas, queda claro que la mayoría de los factores mencionados seguirán afectando el gasto en salud. Esto hace recomendable un estudio más profundo de estos fenómenos y del tipo de políticas públicas que pueden introducirse para que la expansión de costos permita progresos significativos en el sistema de salud que sean económicamente viables. Esto pasa también por identificar cuáles de los efectos “esperables” son posibles de atenuar –con políticas que aborden aspectos macro de la contención de costos y, a nivel micro, los incentivos de prestadores y usuarios del sistema–, y por diseñar estrategias que reviertan hechos que difieren de las tendencias internacionales, como en el caso de los subsidios por Incapacidad Laboral.

En este contexto, el actual proceso de reforma constituye una oportunidad para hacer compatible lo deseable y lo factible.

## Referencias

---

- Bitrán, R. y Vergara, C. (2001). “Evolución y determinantes de los costos técnicos de las Isapres abiertas”. Salud y Futuro, Centro de Estudios de la Realidad en Salud.
- Folland, S.; Goodman, A.; Stano, M. (2001). “The Economics of Health and Health Care”. Tercera edición. Prentice-Hall.
- Larrañaga, O. (1999): “Health Sector Reforms in Chile”. En Perry, G. y Leipziger, D (eds.) Chile. Recent Policy Lessons and Emerging Challenges. World Bank Institute.
- Poullier, J.; Hernández, P.; Kawabata, K.; Savedoff, W. (2002). “Patterns of Global Health Expenditures: Results for 191 Countries”. World Health Organization, Discussion Paper N° 51.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000): “Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999”. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 6. Santiago, Chile.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. (2001): “Análisis del Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral y sus Determinantes”. Estudios de Finanzas Públicas. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.
- Zuleta, G. (1999): “Chile: Antecedentes sobre el Proceso de Reforma del Sector Salud y Escenarios Posibles a Futuro”. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento Regional de Operaciones 1, División de Programas Sociales 1.

## Autor

---



### Edmundo Beteta O.

Economista, Pontificia Universidad Católica del Perú. Master of Arts in Economics (c), Georgetown University. Es profesor en la Escuela de Ingeniería Comercial de la Universidad de Chile e Investigador Asociado del Departamento de Economía de la misma universidad.



© 2003 EXPANSIVA

La serie **en foco** recoge las investigaciones de EXPANSIVA que tienen por objeto promover un debate amplio sobre los temas fundamentales de la sociedad actual.

Este documento, cuya presente versión fue editada por Cony Kerber, es parte de un proyecto de la Corporación que funcionó con el objetivo de analizar el crecimiento del gasto en salud.

Estos documentos, así como el quehacer de EXPANSIVA, pueden ser encontrados en [www.expansiva.cl](http://www.expansiva.cl).

Se autoriza su reproducción total o parcial siempre que su fuente sea citada.

