

EL GASTO EN SALUD



No es probable que dure la reciente desaceleración en el aumento del gasto público en salud en las economías avanzadas

Benedict Clements, Sanjeev Gupta y Baoping Shang

CONTENER el aumento del gasto público en salud es una de las cuestiones fiscales más importantes que enfrentan las economías avanzadas. Dicho gasto ha crecido sustancialmente durante las últimas tres décadas (Clements, Coady y Gupta, 2012) y representa cerca de la mitad del aumento del gasto público no financiero durante estos años.

Durante el mismo período, el gasto de salud privado también aumentó. Aunque el mayor nivel de gasto coincidió con grandes mejoras en dicha área, también ejerció una presión significativa en los presupuestos, particularmente ahora, cuando la deuda pública total, como porcentaje del PIB, alcanzó niveles sin precedentes en las mencionadas economías.

Desde 2010, el crecimiento del gasto en atención de salud pública se ha desacelerado y es de vital importancia comprender lo que eso significa. ¿Persistirá esta desaceleración? ¿Está bajo control el gasto del sector de la salud? En el pasado, los períodos de crecimiento lento generalmente venían seguidos de períodos de aceleración (véase gráfico 1). ¿Será diferente esta desaceleración? Las respuestas a estas preguntas tienen implicaciones importantes en el pronóstico a largo plazo para las economías avanzadas. El aumento del gasto en atención de salud en estas economías podría obligar a los gobiernos a reducir el gasto en otras áreas prioritarias (como educación o infraestructura) o a desacelerar el avance en la reducción del gasto público: opciones que en ambos casos podrían influir en las perspectivas de crecimiento de estas economías.

Desaceleraciones simultáneas

La desaceleración en el aumento del gasto en salud pública que comenzó en 2010 tuvo lugar en casi todas las economías avanzadas. Dicho gasto incluye desembolsos por servicios prestados en hospitales y centros de salud públicos, así como por seguros en salud pública que cubren tratamientos proporcionados por hospitales, médicos y enfermeros privados. En promedio, el gasto en salud pública en estas economías cayó del 7,4% del PIB en 2009 al 7,1% del PIB en 2011. En 2012, el último año del cual hay disponibles datos comparables entre países, dicho gasto aumentó levemente como proporción del PIB. El aumento en el gasto de salud pública, ajustado por inflación, señala un proceso similar: cayó de 4,5% en 2009 a casi cero en 2010. Si bien el crecimiento real del gasto repuntó en 2011 y 2012, aún estaba bastante por debajo de su promedio histórico.

La desaceleración del gasto fue mayor en los países gravemente afectados por la crisis financiera mundial y que experimentaron marcadas disminuciones en la producción: España, Grecia, Irlanda, Islandia y Portugal. Pero en los países menos afectados por la crisis —como Alemania, Israel y Japón— hubo escasa o ninguna ralentización del gasto (véase gráfico 2). La desaceleración

afectó a casi todas las categorías del gasto en salud: hospitalización, atención ambulatoria, servicio farmacéutico, atención preventiva y salud pública (Morgan y Astolfi, 2013).

La desaceleración del aumento de todo tipo de gastos en casi todas las economías avanzadas, que se produjo prácticamente de manera simultánea, indica que fue impulsada por un factor común. Este elemento común parece ser la crisis financiera mundial, que afectó la actividad económica y la capacidad de los gobiernos de financiar el continuo aumento del gasto en salud.

La persistencia de esta desaceleración dependerá de los factores subyacentes al gasto. Hay cinco factores principales:

Envejecimiento de la población: Las necesidades en atención sanitaria normalmente aumentan a medida que la población envejece. Se prevé que, durante los próximos 20 años, la edad promedio de la población en las economías avanzadas aumentará como resultado de los continuos incrementos en la expectativa de vida, lo que probablemente también contribuya a nuevos incrementos en el gasto de salud pública.

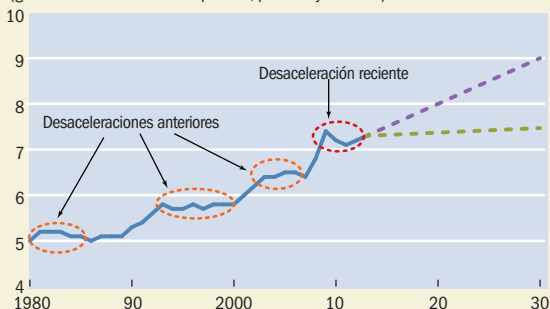
Aumento del ingreso: El aumento de los ingresos generalmente se asocia a la creciente demanda de más y mejores servicios de salud. Sin embargo, el valor exacto de la elasticidad-ingreso (es decir, el cambio en la demanda de servicios de salud en respuesta al cambio en el nivel de ingresos) es controvertido e incierto. Estudios recientes indican que la elasticidad-ingreso de la demanda de servicios de salud es menor o se aproxima a 1,0 (Maisonneuve y Martins, 2013).

Gráfico 1

Qué pasará en el futuro

¿Se mantendrá estable la actual desaceleración del aumento del gasto en atención de salud (línea punteada verde) o, como ha sucedido antes, vendrá seguida de un nuevo incremento (línea punteada violeta)?

(gasto en atención de salud pública, porcentaje del PIB)



Fuentes: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, base de datos sobre estadísticas de salud 2014; y estimaciones de los autores.

Nota: Las áreas marcadas con un círculo representan períodos de desaceleración en los incrementos del gasto sanitario en las economías avanzadas.



Niño con un pediatra, en Lausana, Suiza.

Avances tecnológicos: Las mejoras en la tecnología médica se encuentran entre los principales determinantes del gasto en salud pública. El continuo desarrollo de nuevos procedimientos y medicamentos ha ampliado sustancialmente la prevención y el tratamiento de enfermedades, pero dado que la tecnología es costosa, también ha contribuido al rápido crecimiento del gasto.

Efecto Baumol: Así llamado en honor al economista William J. Baumol, quien desarrolló el concepto, este efecto se refiere a los aumentos relativamente altos en el costo unitario de la mano de obra en aquellos sectores donde es difícil obtener mejoras en la productividad, incluso en servicios provistos por el gobierno. En el sector manufacturero, la productividad puede mejorarse implementando nuevos procesos que reduzcan la cantidad de trabajadores necesarios

para generar un nivel de producción determinado. Sin embargo, en el área de atención de salud es difícil mejorar la productividad debido a las posibilidades limitadas de recortar la cantidad de médicos y enfermeros sin comprometer el nivel de los servicios.

Políticas e instituciones de salud: Las políticas e instituciones de atención de salud pueden influir en el gasto a través de sus efectos tanto en la oferta como en la demanda. En lo que respecta a la demanda, las políticas determinan la cobertura de los paquetes de beneficios públicos o el grado en que los pacientes absorben costos. En cuanto a la oferta, la política afecta el gasto directamente (por ejemplo, para clínicas públicas) o indirectamente a través de los pagos a hospitales y médicos privados financiados por el seguro de salud pública (como Medicare en Estados Unidos).

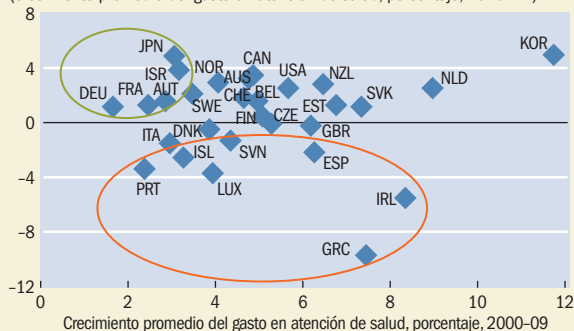
No existen pruebas de que el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos o el Efecto Baumol hayan cambiado drásticamente en los últimos años. Es improbable que estos factores expliquen la repentina desaceleración en el gasto en salud pública observado desde 2010. Un crecimiento más lento de los ingresos, como resultado de la última crisis económica, podría explicar dicha desaceleración. Sin embargo, es importante distinguir entre las *reformas estructurales*, que están diseñadas para mejorar el funcionamiento y la eficiencia del sistema de atención de salud; y las medidas, que son respuestas temporales (pero insostenibles) a las condiciones macroeconómicas y fiscales. Es probable que los cambios estructurales tengan un impacto duradero en el crecimiento del gasto en salud pública, mientras que los efectos de las medidas temporales podrían reducirse a medida que mejoren las condiciones macroeconómicas y fiscales.

Gráfico 2

Desaceleraciones

Los países más afectados por la crisis financiera mundial experimentaron las desaceleraciones más acentuadas en los incrementos del gasto en salud.

(crecimiento promedio del gasto en atención de salud, porcentaje, 2010-12)



Fuentes: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, base de datos sobre estadísticas de salud 2014; y estimaciones de los autores.

Nota: Todos los datos se presentan en términos reales y ajustados por la inflación. Los países incluidos dentro del círculo verde experimentaron una desaceleración escasa o nula. Los países incluidos dentro del círculo naranja experimentaron las desaceleraciones de aumentos más acentuadas. Las abreviaturas de los países corresponden a las publicadas por la Organización Internacional de Normalización.

Ahorros inmediatos

Además de un crecimiento más lento del ingreso, las reducciones del gasto durante la reciente desaceleración parecen reflejar las políticas que disminuyeron el *nivel* de gasto a corto plazo, como respuesta a las rígidas condiciones macroeconómicas y fiscales. Por lo tanto, es improbable que estas políticas influyan en el *crecimiento* a largo plazo del gasto en atención de salud. Las medidas aplicadas en numerosos países se enfocaban principalmente en



generar ahorros inmediatos, en lugar de concentrarse en mejorar la eficiencia y la calidad del gasto en el área de salud. Las medidas se enfocaron en recortes globales en Grecia, Irlanda, Italia, Portugal y España; recortes en los precios de productos farmacéuticos y otros productos médicos en Austria, Bélgica, España, Grecia, Irlanda, Países Bajos y Portugal; recortes en los pagos a proveedores en España, Estonia, Irlanda y República Checa; y recortes en sueldos

y salarios en Dinamarca, Eslovenia, España, Grecia, Irlanda, Portugal, Reino Unido y República Checa (Mladovsky *et al.*, 2012). Aunque estas medidas en nivel macro pueden ayudar a ajustar el gasto en el corto plazo, son menos eficaces para contener el aumento del gasto a largo plazo sin reformas complementarias; por ejemplo, las medidas que aplican la competencia y mejoran los incentivos para proporcionar una atención eficaz en función de los costos (Clements, Coady y Gupta, 2012). Además, algunas de estas medidas macro podrían acentuar la presión del gasto a largo plazo, dado que sus efectos adversos podrían agudizar la necesidad de intervenciones médicas más costosas en el futuro.

El análisis econométrico señala que los indicadores macroeconómicos y fiscales (como crecimiento económico, desempleo y deuda pública bruta) son determinantes significativos del aumento del gasto en atención pública debido a sus efectos directos o indirectos sobre algunos de los principales impulsores del gasto. El análisis, basado en un modelo que emplea datos anuales para todas las economías avanzadas durante 1980–2012, demostró que una desaceleración en el crecimiento económico y en el creciente desempleo puede disminuir el aumento del gasto en atención de salud.

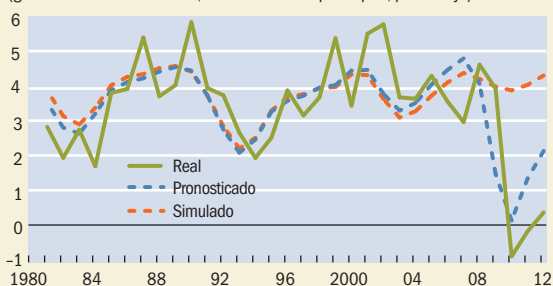
El alto nivel de deuda pública también reduce el crecimiento del gasto, ya que los gobiernos altamente endeudados no tienen demasiada capacidad para afrontarlo. Prácticamente la totalidad de las disminuciones en el aumento del gasto en salud pública entre 2008 y 2010 pueden explicarse basándose en estos factores. Para este período, el crecimiento observado del gasto y el valor pronosticado por nuestro modelo son muy parecidos (véase gráfico 3). Además, el modelo también pronostica correctamente los incrementos subsiguientes del aumento del gasto en salud pública en 2011 y 2012. Según proyecta el modelo, si la crisis económica no hubiera existido, el aumento del gasto en salud se hubiera mantenido sin grandes variaciones durante el período previo a la crisis. Aunque están lejos de ser definitivas, estas conclusiones indican que la reciente desaceleración es un evento mayormente temporal.

Gráfico 3

Acorde a los pronósticos

El gasto en atención de salud pública se relaciona estrechamente con eventos económicos como el desempleo y la producción, lo que indica que el aumento del gasto se acelerará a medida que las economías avanzadas se recuperen de la crisis financiera mundial.

(gasto en atención de salud, crecimiento real per cápita, porcentaje)



Fuentes: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, base de datos sobre estadísticas de salud 2014; y estimaciones de los autores.

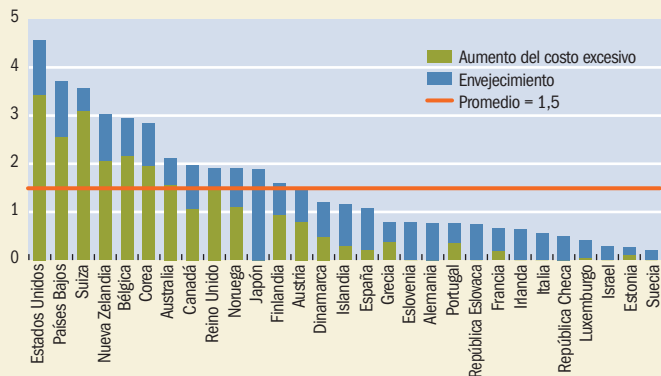
Nota: Todos los datos están expresados en términos reales postinflacionarios. La línea pronosticada indica las tasas de crecimiento del gasto en salud pública según un modelo económico basado en factores macroeconómicos como desempleo, crecimiento económico y deuda pública. El comportamiento pronosticado corresponde de manera razonablemente cercana al crecimiento *real* desde 1980 hasta 2012. La línea *simulado* después de 2008 muestra la proyección del modelo de crecimiento en el gasto sanitario si la crisis global no hubiera ocurrido. (Reemplaza al desempeño real de los factores macroeconómicos para el período 2008–12, con sus promedios durante 2000–07).

Gráfico 4

Gasto en aumento

El gasto en atención de salud pública aumentará en aproximadamente 1,5% del PIB en las economías avanzadas durante los próximos 15 años. Menos de la mitad corresponderá a las poblaciones que están envejeciendo; el resto, a tecnología, mayores ingresos y factores estructurales.

(aumentos del gasto en atención de salud, porcentaje del PIB, promedio proyectado, 2014–30)



Fuentes: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, base de datos sobre estadísticas de salud 2014; y estimaciones de los autores.

Nota: Todos los datos están ajustados por inflación. El aumento del costo excesivo es el aumento del gasto de salud pública que supera el incremento del PIB después de controlar el envejecimiento de la población. Esto refleja una mejor pero más costosa tecnología, el aumento de ingresos y los crecientes costos unitarios de mano de obra (el efecto Baumol).

El futuro del gasto

Los datos disponibles sobre el gasto en atención de salud de siete países (Alemania, Corea, Finlandia, Islandia, Italia, Noruega y Países Bajos) indican un aumento adicional del 0,1% del PIB en 2013, lo que es consistente con las predicciones del modelo. En Estados Unidos, los datos proporcionados por la Oficina de Análisis Económico muestran un crecimiento más rápido en el gasto de consumo para hospitales, hogares para ancianos, consultas médicas y otros servicios de atención de salud durante el primer trimestre de 2014, aunque, en parte, esto puede atribuirse a la ampliación de los seguros en el marco de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (denominada Obamacare). Otros estudios recientes para Estados Unidos también indican que la desaceleración fue impulsada principalmente por las condiciones económicas, y no por el cambio estructural en el sector de atención de salud (Chandra, Holmes y Skinner, 2013; Dranove, Garthwaite y Ody, 2014).

Aunque es posible que dicha desaceleración sea mayormente temporal, aún podría tener un impacto permanente sobre el gasto en salud pública en algunas economías avanzadas, por dos razones:

- Cuando la tasa de crecimiento del gasto en salud pública alcance el crecimiento histórico, ese crecimiento partirá de una base de gasto, como porcentaje del PIB, más baja de lo que sería si la crisis no se hubiera producido.

- No se prevé que algunos de los factores macroeconómicos y fiscales que frenan el crecimiento del gasto vuelvan a los niveles previos a la crisis en el futuro próximo.

En nuestras proyecciones (véase gráfico 4), incorporamos los niveles de gasto más bajos debidos a las medidas recientes, y asumimos que las tasas de crecimiento del gasto retomarán los promedios históricos solo en forma gradual a medida que las economías se recuperen. Las proyecciones hasta 2019 se basan en proyecciones macroeconómicas extraídas de las *Perspectivas de la economía mundial* del FMI. Después de 2019, las proyecciones asumen que el aumento del costo en exceso (la diferencia entre el aumento del gasto real de atención de salud y el aumento del PIB, luego del ajuste por el efecto del envejecimiento de la población) volverá lentamente a su promedio histórico en 2030. En promedio, pronosticamos que el gasto en salud pública aumentará 1½ puntos porcentuales del PIB durante el período 2014–30. Menos de la mitad del aumento será el resultado del envejecimiento de la población; el resto reflejará el aumento del costo en exceso debido a una mejor pero más costosa tecnología, al aumento del ingreso, al efecto Baumol y a las políticas e instituciones de salud.

Los resultados también indican que, durante los próximos 15 años, habrá amplias diferencias en los incrementos del gasto en los distintos países. En Estados Unidos, se prevé que el gasto en salud pública aumentará en 4½ puntos porcentuales del PIB. Con respecto al gasto en salud pública en España, Grecia, Irlanda, Islandia y Portugal, se prevé que aumente, en promedio, menos de 1 punto porcentual del PIB. Esto refleja los efectos persistentes de la crisis global en las finanzas públicas y las condiciones macroeconómicas de estos países.

Consecuencias para la política fiscal

Estas proyecciones tienen implicaciones considerable a largo plazo para las finanzas públicas de las economías avanzadas. A fin de cumplir sus propias metas fiscales a mediano plazo, estas economías deberán aumentar los ingresos o reducir aún más el gasto. Una forma de medir la magnitud del ajuste requerido es evaluar cuál es el monto del aumento de los “saldos fiscales primarios” (ingresos menos egresos, excluyendo intereses) que estas economías deberían aplicar durante el período 2014–20 para cumplir sus objetivos. Recientes estimaciones indican que el ajuste requerido debería ser, en promedio, de aproximadamente 2¼ puntos porcentuales del PIB (FMI, 2014). Además de esto, los países deberán enfrentarse al creciente gasto en pensiones, para el cual se prevé un aumento de 1 punto porcentual del PIB durante los próximos 15 años debido al envejecimiento de la población. En consecuencia, el ajuste fiscal total (que incluye los aumentos proyectados en el gasto en atención de salud) requiere 4¾ puntos porcentuales del PIB, una cifra abrumadora que enfatiza la necesidad de mejorar la eficiencia del gasto público, lo cual es posible en diversas áreas. Esto incluye reformas en los salarios y el empleo del sector público; una mejor alineación del gasto educativo en función de las necesidades cambiantes; y la orientación de los beneficios sociales hacia los hogares de

ingreso bajo, lo que permitiría que los gobiernos cumplan sus objetivos de equidad a un menor costo.

En lo que respecta a la atención de salud, las economías avanzadas no están desprotegidas y pueden tomar numerosas medidas para controlar el gasto y contener el aumento de estos desembolsos en los años venideros, entre otras:

- Reformas que fomenten la competencia y las alternativas, lo que podría incluir la competencia entre proveedores de seguros y servicios de salud, y la divulgación de información sobre el precio y la calidad de tales servicios.

- Mayor énfasis en la atención primaria y preventiva, que puede reducir la necesidad de una atención más costosa al preservar la buena salud de la población.

- Mejoras en los sistemas de pago a proveedores a fin de aumentar los incentivos para proporcionar tratamientos eficaces en función de los costos. Tales mejoras podrían incluir pagos por servicios basados en “grupos con diagnósticos relacionados”, que especifiquen protocolos de tratamiento para un conjunto determinado de afecciones médicas y un esquema de costos asociado.

- Una adopción más amplia de sistemas de gestión de la información de salud para recopilar, almacenar e intercambiar los datos de los pacientes. Estos sistemas tienen el potencial tanto de obtener resultados más sólidos como de reducir los costos.

En otras palabras, el gasto en salud pública no se encuentra totalmente bajo control en las economías avanzadas, lo cual resalta la necesidad de reformas estructurales duraderas para preservar y ampliar los impresionantes avances en el área de salud logrados en el pasado, y reducir el ritmo del aumento de este gasto a un nivel más manejable. ■

Benedict Clements es Jefe de División, Sanjeev Gupta es Subdirector y Baoping Shang es Economista, todos del Departamento de Finanzas Públicas del FMI.

Referencias:

Chandra, Amitabh, Jonathan Holmes y Jonathan Skinner, 2013, “Is This Time Different? The Slowdown in Healthcare Spending”, *Brookings Papers on Economic Activity* (cuarto trimestre).

Clements, Benedict, David Coady y Sanjeev Gupta, eds., 2012, *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: Fondo Monetario Internacional).

Dranove, David, Craig Garthwaite y Christopher Ody, 2014, “Health Spending Slowdown Is Mostly Due to Economic Factors, Not Structural Change in the Health Care Sector”, *Health Affairs*, vol. 33, No. 8, págs. 1399–406.

Fondo Monetario Internacional (FMI), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, octubre).

Maisonneuve, Christine, y Joaquim Oliveira Martins, 2013, “A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures”, *OECD Economics Department Working Paper No. 1048* (París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson y Martin McKee, 2012, “Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe”, *Policy Summary No. 5* (Copenhague: Organización Mundial de la Salud).

Morgan, David, y Roberto Astolfi, 2013, “Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?”, *OECD Health Working Paper No. 60* (París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).