

¿Tiene algún síntoma? El elevado gasto sanitario de EE.UU. y su impacto a largo plazo sobre el crecimiento económico

Filip Blazheski y Nathaniel Karp

4 de abril de 2018

- **La falta de eficacia del sistema explica el elevado nivel de gasto sanitario en EE.UU.**
- **El porcentaje de gastos generales es notablemente superior al de otros países desarrollados**
- **Los hospitales estadounidenses emplean a casi el doble de personal por cama que la media de la OCDE y un elevado porcentaje del mismo no presta atención sanitaria directa**
- **Aunque los sueldos de médicos y enfermeros son considerablemente superiores a los de otros países, están en línea con las diferencias salariales relativas a las profesiones de elevada remuneración y constituyen un porcentaje reducido del gasto total en atención sanitaria**
- **El gasto per cápita en medicamentos con receta es elevado debido al uso más intensivo de los fármacos más novedosos y a la existencia de unos precios más elevados que en otros países**
- **Mediante la reducción de pérdidas de eficiencia y la reorientación de recursos a actividades más productivas se podría incrementar el rendimiento en 8 billones de USD a lo largo de 30 años**

En 2016, el gasto total en atención sanitaria ascendió a 3,3 billones de USD en Estados Unidos. Esto representa cerca de un 18% de su PIB, un porcentaje considerablemente superior al de cualquier otro país de la OCDE. De hecho, la media ponderada de los países de la OCDE, excluido EE.UU., es del 9,3%. Dicho de otro modo, el gasto sanitario en EE.UU. podría sufragar el de los otros 34 países de la OCDE y eso que su población combinada triplica la de EE.UU.

En términos estadísticos, EE.UU. representa un valor extremo entre los países de la OCDE en relación con el gasto sanitario, algo que sucede desde hace bastante tiempo (Gráfica 1). Según Anderson y Poullier (1999), ya en 1960 el gasto sanitario per cápita de EE.UU. superaba en casi un 50% al resto de países de la OCDE, lo que sugiere que la disparidad entre este EE.UU. y el resto de países de la OCDE no es sólo un reflejo de mayores ingresos, sino también de diferencias estructurales. El gasto sanitario personal, que asciende a casi 2,3 billones de USD, constituye la segunda mayor partida del gasto en consumo personal, por detrás de la vivienda. Esto es especialmente preocupante debido a que el gasto sanitario está creciendo a más velocidad que el PIB (Gráfica 2). Si estas tendencias mantuvieran el mismo ritmo registrado durante el período 2000-2016, en 2030 el gasto sanitario representaría un 23% del PIB, sobrepasando así al gasto en vivienda y suministros públicos.

A pesar de que el gasto de EE.UU. supera considerablemente al de otros países de la OCDE, el estado de salud de la población se mantiene por debajo de la media (Gráficas 3 y 4). En términos generales, EE.UU. presenta buenos resultados en el ámbito de la atención a agudos, pero se sitúa por debajo o cerca de la media en parámetros básicos como la esperanza de vida, el bajo peso de los recién nacidos, la mortalidad infantil y las tasas de obesidad.

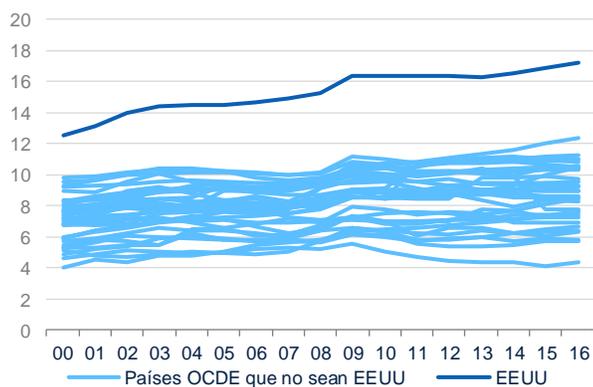
Estas tendencias ponen de manifiesto un inmenso coste de oportunidad para la economía del país. Sería posible mejorar el rendimiento asociado a la asistencia y cobertura sanitarias, al tiempo que se reduce el gasto global, y el consiguiente ahorro obtenido podría reorientarse hacia usos más productivos. Esto es especialmente cierto en aquellas áreas del sector sanitario en

las que la productividad está creciendo a tasas reducidas o incluso negativas. De este modo, la reducción del gasto y el incremento de la eficiencia impulsaría el crecimiento de la productividad y el bienestar de la población.

Según Conover (2011), en 2007, el rendimiento de los servicios sanitarios reales prestados en hospitales y asilos fue en torno a un 100% superior al de 20 años antes. No obstante, los insumos combinados se incrementaron en un 140% durante el mismo período, lo que implica una caída en la productividad. Los mismos resultados se produjeron en los servicios ambulatorios. Teniendo en cuenta que las instalaciones sanitarias y los servicios ambulatorios representan más de la mitad del gasto sanitario total, el potencial para aumentar la eficiencia resulta inmenso.

A la luz de estos hechos, el presente artículo se centra en dos cuestiones principales: ¿por qué la sanidad cuesta más en EE.UU. que en los demás países de la OCDE? y ¿cuáles son las posibles ganancias para el rendimiento económico derivadas de reducir las enormes ineficiencias existentes?

Gráfica 1. Gasto en atención sanitaria, (% del PIB, estimación de 2016)



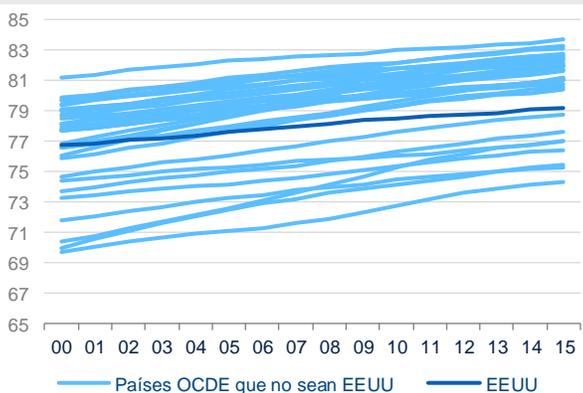
Fuente: BBVA Research y OCDE

Gráfica 2. Crecimiento del gasto sanitario nacional y del PIB nominal entre 1987 y 2016 (% interanual)



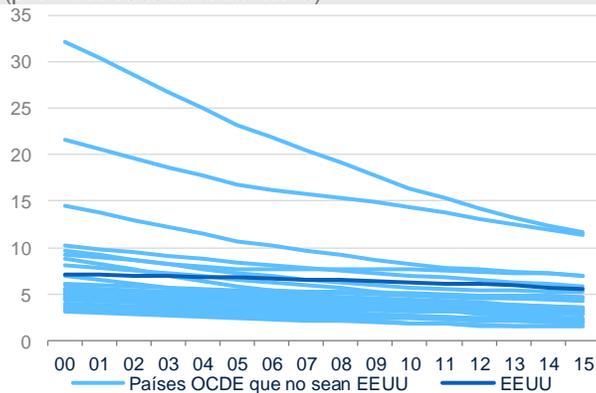
Fuente: BBVA Research, centros de servicios para Medicare y Medicaid y BEA (Oficina de Análisis Económicos)

Gráfica 3. Esperanza de vida al nacer (años)



Fuente: BBVA Research y OCDE

Gráfica 4. Mortalidad infantil (por cada 1000 nacidos vivos)



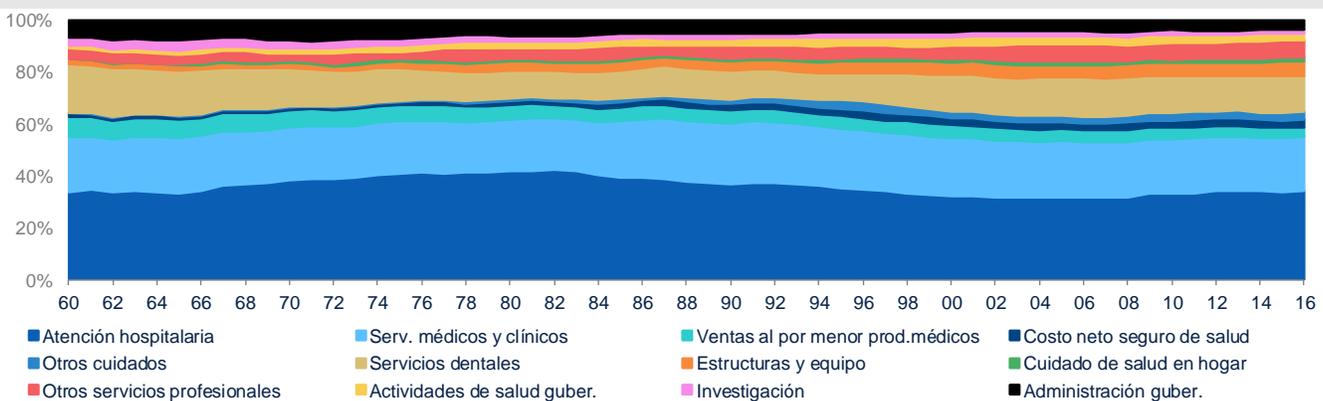
Fuente: BBVA Research y OCDE

Desglose del gasto

La distribución del gasto sanitario nacional de EE.UU. no parece haber variado sustancialmente en los últimos 57 años (Gráfica 5). Además, la distribución del gasto no difiere mucho de la de otros países de la OCDE (Gráfica 6), salvo en lo relativo a los costes de gobernanza, financieros y administrativos, es decir, los gastos generales, y, en cierta medida, a los de asistencia curativa, de rehabilitación y complementarios.

En 2015, los costes generales en EE.UU. (correspondientes a la administración pública y al coste neto de seguros) representaron un 8,2% de los costes totales, frente al 3,4% de media en el conjunto de los países de la OCDE. El porcentaje de esta clase de gasto en EE.UU. se ha ido incrementando en las dos últimas décadas respecto a la inflación. Su ratio frente al PIB pasó del 0,8% al 1,4% entre los años 2000 y 2015. Este incremento supone una tasa de crecimiento compuesto anual del 7,9% y se ha producido de forma bastante constante, con los mayores picos en 2001-2013 y 2014 (Gráfica 7).

Gráfica 5. Distribución del gasto sanitario nacional (%)



Fuente: BBVA Research y centros de servicios para Medicare y Medicaid

Gráfica 6. Desglose del gasto en atención sanitaria, 2015



Fuente: Cálculos de BBVA Research basados en datos de la OCDE

Gráfica 7. Gastos generales e inflación medida por el IPC (% interanual)



Fuente: BBVA Research, BLS (Oficina de Estadísticas del Trabajo de EE.UU.) y cálculos basados en datos de la OCDE

Al analizar los costes de asistencia curativa, de rehabilitación y complementarios, vemos que sus dos mayores componentes son la atención hospitalaria y los servicios médicos y clínicos (Gráfica 8). En 2016, estas partidas representaron un 32% y un 20% del gasto total en EE.UU., respectivamente. Estos porcentajes son similares a los de otros países desarrollados. Por ejemplo, los datos sobre la Unión Europea facilitados por Eurostat (2018) revelan que, en 2014, los hospitales representaron en términos generales la mayor parte de los gastos corrientes sanitarios, oscilando entre el 29,5% en Alemania y el 47,9% de Estonia.

Asimismo, el gasto en asistencia sanitaria ambulatoria es habitualmente el segundo más elevado, yendo del 11,4% en Rumanía hasta más del 30% en Dinamarca y Alemania. En EE.UU., los costes de asistencia hospitalaria aumentaron, de media, un 4,7% anual entre 2010 y 2016, mientras que los servicios médicos y clínicos crecieron en promedio un 4,4% anual durante el mismo período (Gráfica 9).

Gráfica 8. Desglose por apartados del gasto sanitario nacional en EE.UU. en 2016 (miles de millones USD)



Fuente: BBVA Research y centros de servicios para Medicare y Medicaid

Gráfica 9. Tasa de crecimiento compuesto anual del gasto sanitario nacional entre 2010 y 2016 (%)



Fuente: BBVA Research y centros de servicios para Medicare y Medicaid

Asistencia hospitalaria

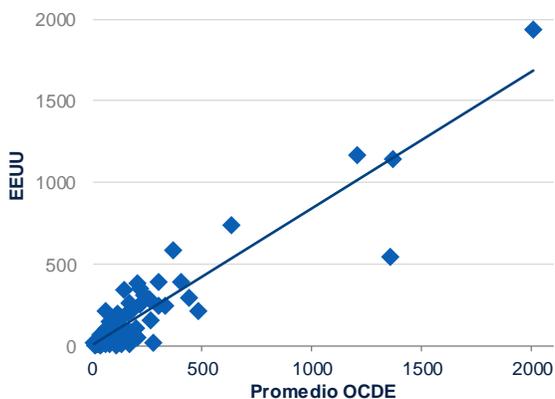
En 2015, Estados Unidos gastó más de 1 billón de dólares, equivalente a un 5,4% del PIB, en asistencia hospitalaria. El único país de la OCDE que se acercó a este porcentaje fue Dinamarca, con un 4,7%, mientras que la media simple para el conjunto de la OCDE fue del 3,7%. Esta diferencia se acentúa aún más si tenemos en cuenta que los hospitales de Estados Unidos suelen emplear a un menor número de médicos, al depender de médicos independientes con privilegios hospitalarios. A modo de ejemplo, si EE.UU. hubiera empleado el mismo porcentaje de PIB que Dinamarca en asistencia hospitalaria, habría ahorrado 194 000 millones de USD en 2017 y, de haber igualado el porcentaje medio de la OCDE, se habría ahorrado 397 000 millones de USD o 1200 USD por persona. Esto equivaldría a una reducción cercana al 30% de la prima media anual de las pólizas individuales.

El motivo del incremento del gasto para asistencia hospitalaria no se debe a unas mayores tasas de ingreso/alta ni a unas estancias hospitalarias más prolongadas. De hecho, EE.UU. cuenta con unas tasas de ingreso/alta ligeramente inferiores a las de los países de la OCDE (Gráfica 10), mientras que la duración de los ingresos hospitalarios es casi un 30% inferior respecto a la media de la OCDE (Gráfica 11).

En consecuencia, la causa del mayor gasto hospitalario en EE.UU. parece radicar en un menor nivel de eficiencia y en la inexistencia de mercados competitivos. Los hospitales estadounidenses tienen unas tasas de ocupación inferiores (Gráfica 11) y más empleados hospitalarios por cada 1000 habitantes, a pesar de contar con un menor número de camas (Gráfica 12). De hecho, la ratio empleos/camas es de 5,6 en EE.UU., prácticamente el doble que la media de la OCDE de 2,9. Además, la distribución del empleo en hospitales en EE.UU. presenta un mayor porcentaje de personal que no brinda atención sanitaria directa. Aunque el sector hospitalario estadounidense cuenta con un número similar de profesionales que prestan atención sanitaria por cada 1000 habitantes que los países de la OCDE, una vez ajustada la cifra por la mayor probabilidad de que los médicos trabajen de manera independiente, constatamos que tiene más del doble de personal no sanitario (Figure 13). Esto

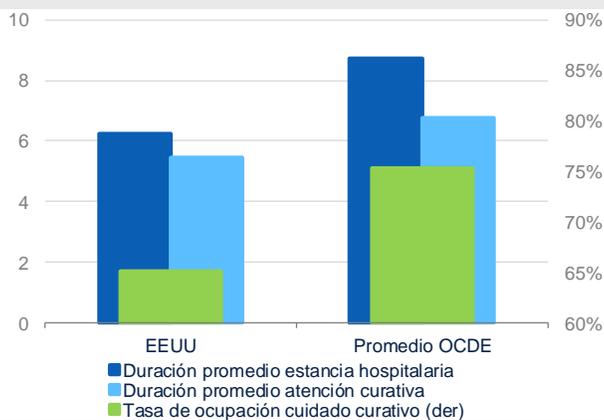
indica que un gran componente del gasto en atención hospitalaria está relacionado con costes ajenos a la prestación directa de servicios sanitarios. Además, algunos hospitales utilizan su poder de mercado para incrementar los precios. Cooper et al. (2015) determinaron que los precios de los hospitales en mercados monopolísticos son un 15,3% superiores que en los mercados que disponen de al menos cuatro hospitales.

Gráfica 10. Altas hospitalarias por categoría de diagnóstico y por cada 100 000 habitantes, media entre 2005 y 2010 (número)



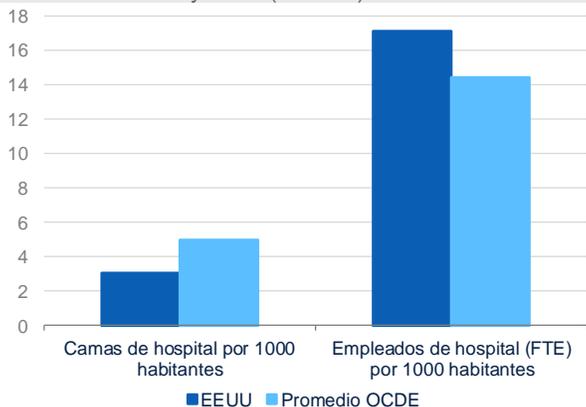
Fuente: Cálculos de BBVA Research basados en datos de la OCDE

Gráfica 11. Duración del ingreso hospitalario y tasa de ocupación hospitalaria entre 2005 y 2014 (días y %)



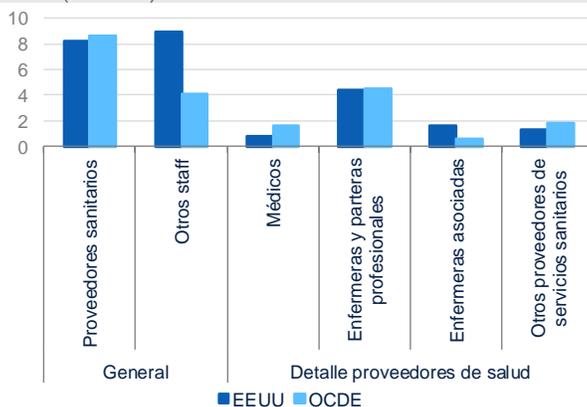
Fuente: BBVA Research y OCDE

Gráfica 12. Camas y empleados hospitalarios en EE.UU. y media de la OCDE por cada 1000 habitantes, media entre 2005 y 2014 (número)



Fuente: BBVA Research y OCDE

Gráfica 13. Empleados hospitalarios (a jornada completa) por cada 1000 habitantes, media entre 2005 y 2014 (número)



Fuente: BBVA Research y OCDE

Servicios médicos y clínicos

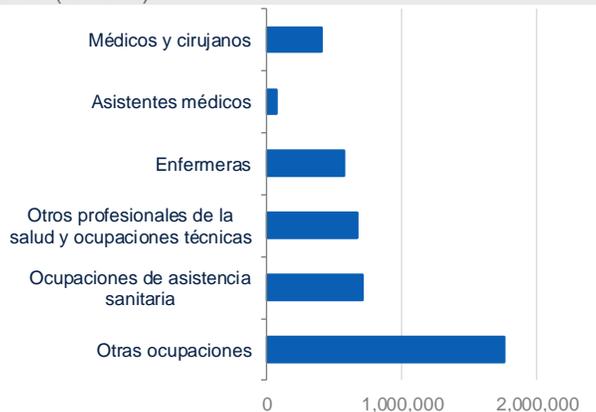
En 2016, EE.UU. gastó 665 000 millones de USD en servicios médicos y clínicos, lo que equivale a un 3,6% del PIB. El coste de estos servicios se ha mantenido en torno al 20% del gasto total en atención sanitaria desde 1960. Esta área del sistema sanitario se enmarca en el sector de servicios de atención sanitaria ambulatorios, según la definición del NAICS (siglas en inglés del Sistema de Clasificación de Industrias de América del Norte) y engloba, en términos generales, a los tres subsectores siguientes: consultorios médicos, consultorios de otros profesionales sanitarios, y centros de atención ambulatoria. Estas tres áreas dan empleo a 4,2 millones de personas, incluidos 401 000 médicos, 69 000 auxiliares médicos y 625 000 enfermeros (Gráfico 14). El

desglose por tipo de actividad resulta similar en los tres ámbitos, representando las actividades de índole no sanitaria alrededor de un 40-50% del total.

Sobre la base de los datos de la Oficina de Estadísticas del Trabajo, la masa salarial calculada de esta área ascendió a 290 000 millones de USD en 2016, lo que implica que los costes laborales supusieron un 44% de los gastos globales. De este monto, 92 000 millones de USD, un 13,8% de los costes, correspondieron a los salarios de los médicos. Esto también implica que los costes laborales asociados a los médicos del sector privado representan menos de un 3% del gasto sanitario nacional total. Si sumamos esta cifra a la de los salarios de los médicos empleados en los hospitales, que ascienden a 29 000 millones, el porcentaje de los salarios de los médicos dentro del gasto sanitario total sigue siendo relativamente bajo, inferior al 4%. Por ello, a pesar de la opinión generalizada de que los elevados sueldos de los médicos encarecen los costes sanitarios, su remuneración constituye únicamente una pequeña parte del gasto sanitario total. Y ello a pesar de que los médicos brindan uno de los principales servicios de valor añadido a los clientes de todo el sistema sanitario.

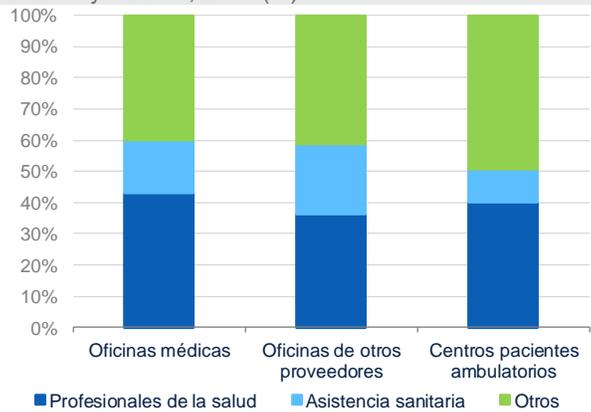
Dicho esto, sí es cierto que el sueldo de los médicos es más elevado en EE.UU. que en otros países de la OCDE. De acuerdo con Papanicolas et al. (2017), una vez ajustada en función de la paridad de poder adquisitivo, la remuneración media de los médicos generales en EE.UU. era de 218 173 USD, frente a la horquilla de entre 86 607 y 154 126 USD existente en once países de la OCDE. La comparativa en el caso de los especialistas es de 316 000 USD frente a 98 425 y 202.291 USD. Existen varios motivos que explican estas diferencias retributivas. Los más importantes son el valor añadido relativo de las profesionales altamente especializadas y remuneradas en cada país, las diferencias y costes de la formación médica, y la escasez relativa de médicos.

Gráfica 14. Empleo en servicios médicos y clínicos, 2016 (número)



Fuente: BBVA Research y BLS

Gráfica 15. Desglose del empleo en los servicios médicos y clínicos, 2016 (%)



Fuente: BBVA Research y BLS

El sueldo de los médicos debe analizarse bajo el prisma del sueldo medio de otros profesionales altamente especializados y remunerados en cada país, especialmente porque aportan servicios de alto valor añadido que no pueden comercializarse entre distintos países. En el supuesto de que otras profesiones comparativamente complejas y exigentes presentaran una remuneración inferior a la de los médicos, entonces sí podría entenderse que éstos disfrutaran de un sueldo excesivo. No obstante, según los hallazgos de Cutler y Ly (2011), este no parece ser el caso en EE.UU., por cuanto descubrieron que, respecto a otros profesionales con elevados ingresos (los englobados entre el percentil 95 y 99 de la distribución de ingresos), los médicos estadounidenses suelen cobrar lo mismo que en otros países desarrollados. Los doctores especialistas de EE.UU. ganan un 37% más que la media de los profesionales con elevados ingresos, mientras que los médicos generales cobran un 8% menos. El sueldo medio de los especialistas en otros 12 países desarrollados superaba en un 45% al de EE.UU., mientras que la retribución

media era un 6% inferior en el caso de los médicos generales. En cuanto a los enfermeros, los hallazgos arrojaron la misma conclusión.

De entre todos los países comparables de la OCDE, Alemania suele tener el personal médico mejor retribuido. Por ejemplo, los médicos especialistas y generales ganan un 45% y un 6% más, respectivamente, que la media de los profesionales con elevados ingresos. Zavlin et al. (2017) analizan la formación médica en EE.UU. y Alemania, ámbito que podría contribuir a explicar las diferencias existentes entre los salarios nominales. En primer lugar, normalmente, son los propios alumnos los que se costean los estudios de medicina en EE.UU., por lo que es habitual que suscriban elevados préstamos para sufragar sus matrículas, mientras que en Alemania estos estudios suelen financiarse vía impuestos y no se paga matrícula. En segundo lugar, la edad más temprana a la que un estudiante de medicina se gradúa normalmente en EE.UU. es de 26 años, mientras que en Alemania es de 24. Esto significa que los médicos de EE.UU. alcanzan su pleno potencial salarial en un momento posterior de sus vidas. Asimismo, durante la residencia, los médicos estadounidenses suelen cobrar tan solo una pequeña parte del sueldo que ganarán una vez se hayan licenciado, a diferencia de lo que sucede en otros países, lo que también podría contribuir a la diferencia salarial de los médicos plenamente licenciados. En el caso de los enfermeros existen también diferencias similares.

Dicho esto, la menor oferta de médicos en EE.UU. también podría estar contribuyendo a las diferencias salariales existentes entre este país y otras naciones desarrolladas. Con sus 2,5 médicos en ejercicio por cada 1000 habitantes, EE.UU. se encuentra en la parte baja de los países de la OCDE (Gráfica 16). Algunos investigadores mantienen que la causa de esta escasez es el limitado número de plazas de residente.

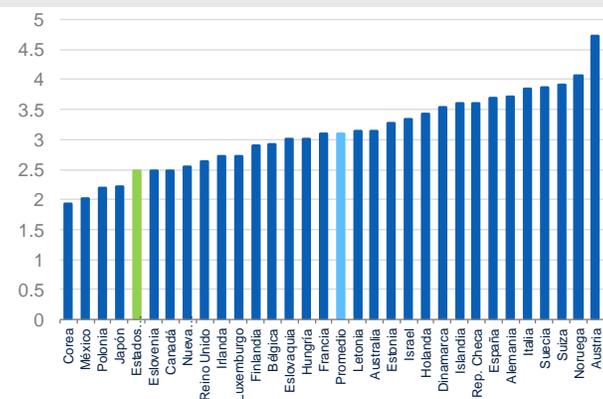
Por último, pero no por ello menos importante, otra fuente de ineficiencia en los servicios médicos y clínicos podría ser su elevado porcentaje de personal no sanitario. En esta área sanitaria, este personal asciende a un 42%, por debajo del 51% en el ámbito hospitalario. No obstante, continúa siendo un porcentaje elevado, que probablemente se deba a las necesidades derivadas de la existencia de unos procesos ineficientes de facturación, mantenimiento de registros y citas, entre otros, que no guardan relación directa con la prestación de servicios sanitarios. Según una encuesta realizada por la Physicians Foundation (2016), los médicos estadounidenses dedican un 21% de su tiempo (11,3 horas a la semana) a trámites no clínicos, mientras que un 72% señala que existen factores externos, como las autorizaciones de terceros, que les limitan de manera importante a la hora de brindar una atención de calidad, y tan solo un 43% afirma que su retribución está vinculada a la calidad o al valor que aportan.

Ventas minoristas de productos médicos

El gasto asociado a las ventas minoristas de productos médicos ascendió a 441 700 millones de USD en 2016, lo que equivale a cerca de un 2,4% del PIB. De esta cifra, 328 600 millones de USD, o un 75% del total, correspondieron a medicamentos con receta. Aunque el porcentaje que las ventas minoristas de productos médicos y medicamentos con receta representan dentro del gasto sanitario nacional total se ha mantenido más o menos estable durante los últimos 15 años (Gráfica 17), EE.UU. gasta considerablemente más que otros países en medicamentos con receta, incluso tras ajustar el montante en función de la paridad de poder adquisitivo (Gráfica 18). Con arreglo al análisis de Sarnak et al. (2017), esto podría deberse, en teoría, a un mayor consumo de medicamentos, a una combinación diferente de los mismos y a unos precios más elevados. En términos de volumen de medicamentos consumidos, EE.UU. se encuentra en el rango superior de consumo de medicamentos per cápita (Figure 19). Sin embargo, no constituye el valor extremo, ya que hay otros dos países, Francia y España, con un consumo superior. En cuanto a la combinación de medicamentos, EE.UU. presenta una elevada tasa de empleo de genéricos, lo que indica que el ahorro en costes asociado al consumo de esta clase de medicamentos se está materializando (Gráfica 20), suponiendo que los precios de los genéricos sean competitivos. Sin embargo, en el ámbito no genérico, parece que se recurre en mayor medida a los medicamentos más novedosos, que por lo general son más caros. Danzon y Furukawa (2005) señalan lo siguiente: “La utilización

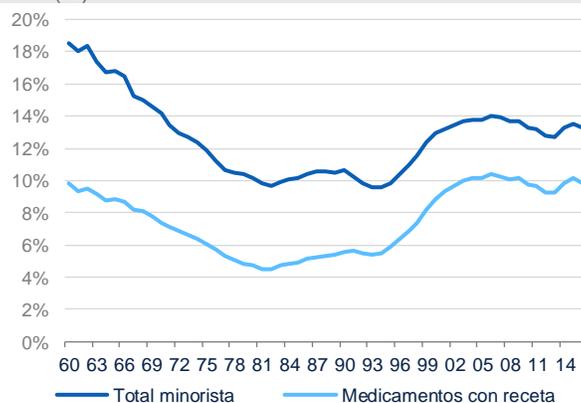
per cápita en EE.UU. de las moléculas lanzadas en todo el mundo hace menos de diez años es superior a la del resto de países, especialmente en el caso de las moléculas más novedosas que fueron lanzadas a nivel global hace menos de cinco años. El mayor empleo en EE.UU. de los nuevos compuestos refleja un lanzamiento más temprano y una difusión relativamente rápida, supeditada al lanzamiento”.

Gráfica 16. Médicos en ejercicio por cada 1000 habitantes, media entre 2005 y 2014 (número)



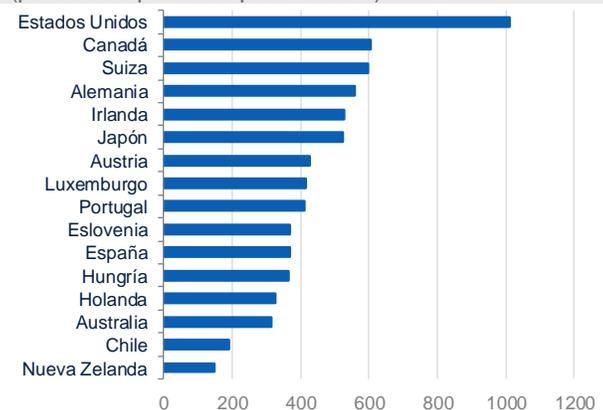
Fuente: BBVA Research y OCDE

Gráfica 17. Porcentaje de las ventas minoristas de productos médicos dentro del gasto sanitario nacional total (%)



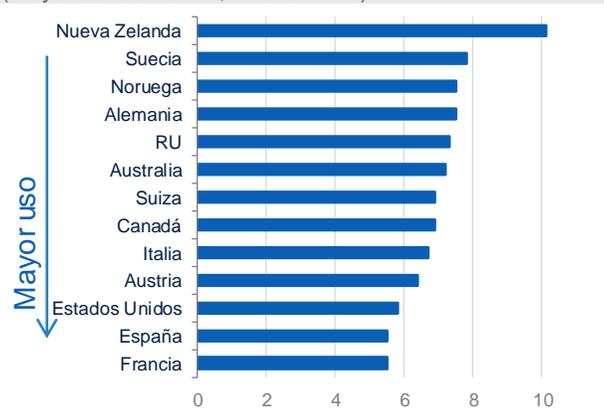
Fuente: BBVA Research y centros de servicios para Medicare y Medicaid

Gráfica 18. Ventas farmacéuticas minoristas per cápita en países comparables de la OCDE durante 2015 (paridad de poder adquisitivo USD)



Fuente: BBVA Research, OCDE y cálculos basados en datos de los centros de servicios para Medicare y Medicaid y de la Oficina del Censo

Gráfica 19. Clasificación de consumo medio de medicinas ajustado por población (mayor consumo = 1, menor = 13)

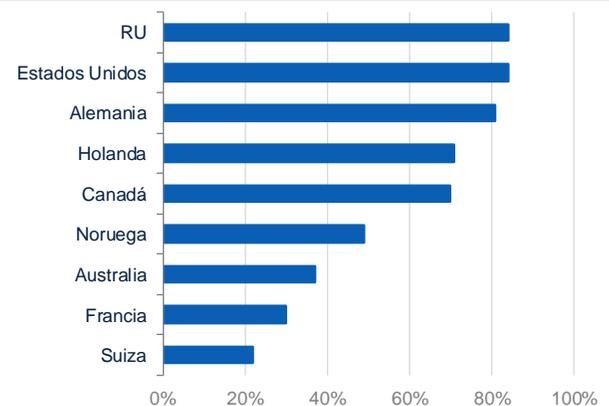


Fuente: BBVA Research y O'Neil y Sussex

No obstante, la utilización más intensiva de los nuevos medicamentos es solo una cara de la moneda. Los precios de los medicamentos de marca también suelen ser mayores en EE.UU., según los cálculos realizados en 2010 por Kanavos et al. (2013) a partir de una muestra de 51 marcas de medicamentos de marca comercializados en una selección de países desarrollados. Las comparaciones directas entre países deberían ser aplicables si se llevan a cabo de forma adecuada, ya que, a diferencia de los servicios médicos, los medicamentos sí pueden considerarse bienes comercializables. Si empleamos las ponderaciones de EE.UU. (cuota de mercado por volumen), vemos que su índice de precios supera al de todos los demás países, independientemente de si comparamos los precios de venta minorista o de fabricación (Gráfica 21). En el mismo estudio, los autores descubrieron que “dependiendo de la ponderación en volumen de los precios a lo largo de los países, los precios de los

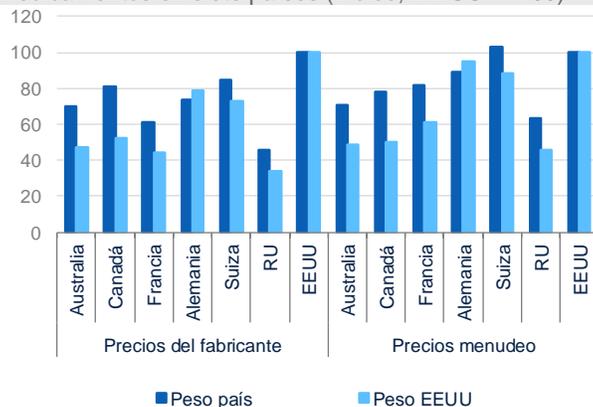
medicamentos de marca con receta fueron entre un 5% y un 198% más elevados en Estados Unidos que en los demás países” durante los tres años objeto de estudio, esto es, 2005, 2007 y 2010. Un análisis de Bloomberg News realizado en 2015 examinó los precios mensuales después de descuentos de ocho de los medicamentos más vendidos: Crestor, Lantus, Advair, Januvia, Sovaldi, Humira, Herceptin y Gleevec. El análisis concluye que en todos los casos su coste es notablemente superior en EE.UU. que en los 13 países restantes.

Gráfica 20. Porcentaje de medicamentos genéricos en los mercados farmacéuticos (%)



Fuente: BBVA Research y Sarnak et al.

Gráfica 21. Índice de precios de fabricación y de venta minorista correspondiente a una muestra de medicamentos en siete países (índice, EE.UU. = 100)



Fuente: BBVA Research y Kanavos et al. (2013)

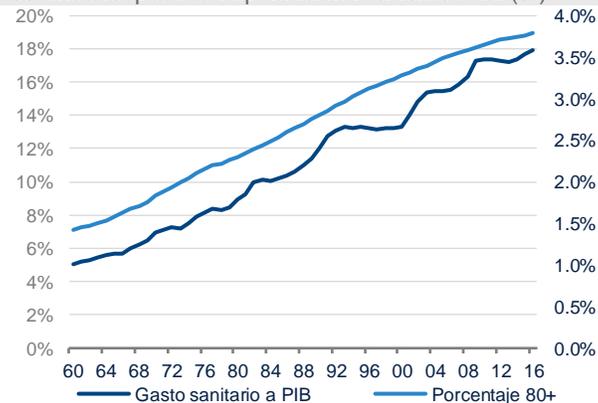
El envejecimiento de la población es un factor de los costes sanitarios

Un factor que contribuye al incremento generalizado de los gastos sanitarios en relación con el PIB es el cada vez mayor porcentaje de población anciana (Gráfica 22). Según los datos de Dielman et al. (2016), cerca de un 40% de los gastos sanitarios personales están relacionados con personas de al menos 65 años, aunque únicamente representan alrededor del 15% de la población residente total. Ante el incremento previsto de los residentes ancianos, cabe esperar que el porcentaje de sus gastos sanitarios mantenga una tendencia al alza, aunque las pérdidas de eficiencia se reduzcan o eliminen por completo. Con todo, aunque el envejecimiento contribuye al aumento del gasto sanitario, no constituye el factor principal. De acuerdo con Dielman et al. (2017), la intensidad y el precio de los servicios representan por sí solos más de un 50% del incremento en el gasto sanitario de 933 500 millones de USD acaecido entre 1996 y 2013. Esto está en consonancia con nuestro análisis de las múltiples áreas en las que podrían obtenerse ahorros.

Impacto sobre el crecimiento económico

Cuando los mercados no logran alcanzar un equilibrio eficiente debido a prácticas monopolísticas de fijación de precios, escasez artificial, intervenciones públicas no efectivas o contraproducentes, exceso de demanda o cualquier otro fallo del mercado, la economía sufre un coste económico también conocido como pérdidas de eficiencia. Con arreglo a nuestras estimaciones, si el gasto sanitario como porcentaje del PIB en EE.UU. fuera similar al de Suiza –el segundo más elevado de la OCDE– la economía se ahorraría en torno a 900 000 millones de USD. Si el gasto fuera similar a la media de la OCDE, los ahorros ascenderían a cerca de 1,5 billones de USD. Si aplicamos una estimación más conservadora, esto es, asumiendo que las ganancias de eficiencia tardan un tiempo en materializarse y teniendo en cuenta las diferencias existentes en factores estructurales y condiciones de mercado, obtenemos que EE.UU. podría ahorrar unos 700 000 millones de USD de gasto sanitario excesivo.

Gráfica 22. Gasto sanitario y porcentaje de mayores de 80 años respecto a la población residente total (%)



Fuente: BBVA Research, BEA (Oficina de Análisis Económicos) y centros de servicios para Medicare y Medicaid

Gráfica 23. Tasa de crecimiento compuesto anual del gasto sanitario nacional entre 1960 y 2016 (%)



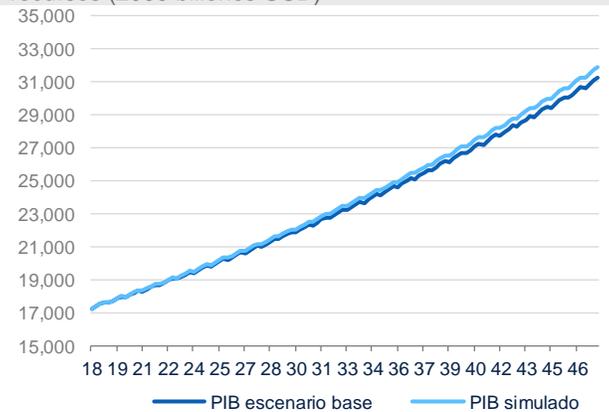
Fuente: BBVA Research y centros de servicios para Medicare y Medicaid

A fin de calcular el impacto económico de estos ahorros potenciales, asumimos que la reducción en las pérdidas de eficiencia se reasigna a usos más productivos. El mecanismo principal mediante el que se lograría esto es reduciendo los gastos sanitarios en el sector privado, lo que posibilitaría una mayor inversión en actividades productivas. Asimismo, un panorama más competitivo y un mejor marco normativo darían lugar a inversiones que potenciarían la productividad y nuevas tecnologías a lo largo de toda la cadena de valor sanitaria. Además, la reasignación de recursos humanos y las mejoras en los resultados sanitarios derivadas de un sistema más eficiente incrementarían la productividad laboral, al tiempo que los mayores ingresos fiscales generados por las mejoras en los resultados contribuirían a reducir el déficit presupuestario o bien a incrementar la inversión pública. Consideramos que los ahorros obtenidos mediante la reducción del gasto sanitario podrían reasignarse a usos que incrementen su contribución al crecimiento en un 70%. Se trata de una hipótesis razonable, habida cuenta de que existen importantes áreas del sistema sanitario con una productividad total de los factores negativa. Los resultados obtenidos a través de nuestra simulación sugieren que el crecimiento del PIB potencial podría elevarse en casi 0,1 p.p. al año. En 30 años, el PIB sería un 2% mayor (Gráfica 24) y durante este período EE.UU. materializaría un incremento acumulado del rendimiento total cercano a 8 billones de USD en términos reales (Gráfica 25). Estas estimaciones presentan un elevado grado de incertidumbre y, por ello, aunque cabe que las ganancias sean inferiores, también podrían ser considerablemente superiores.

La complejidad y opacidad del sistema constituyen una oportunidad para las innovaciones disruptivas

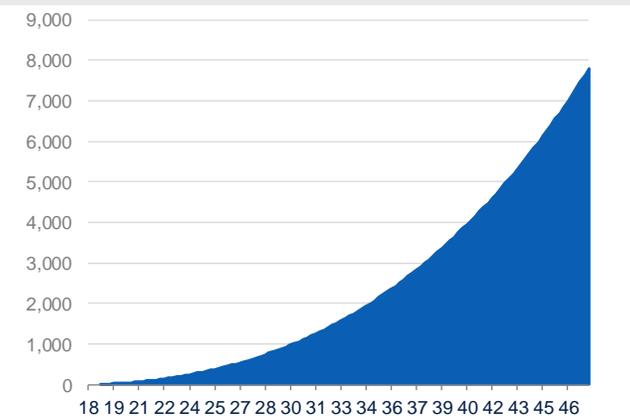
Nuestro análisis de las distintas clases de gastos sanitarios nacionales ha identificado múltiples áreas con gastos excesivos. En la mayoría de los casos, los excesos se deben a un alto grado de complejidad y opacidad del sistema, a una regulación ineficaz y a la falta de competencia. Todo ello convierte a este sector en un claro candidato para las innovaciones disruptivas, suponiendo que no existan regulaciones o intervenciones estatales con tendencia a evitar la entrada de nuevos participantes y el establecimiento de nuevos modelos de negocio en el mercado sanitario. El aumento de la competencia y la innovación en la prestación de servicios sanitarios, especialmente mediante nuevas tecnologías, podría contribuir a contener los incrementos de costes y a recortar el gasto excesivo. De producirse alguna innovación disruptiva, el impacto sobre los agentes establecidos podría asemejarse al que el comercio electrónico ha tenido sobre los establecimientos físicos minoristas tradicionales.

Gráfica 24. Escenarios base y simulado para el PIB. La simulación asume una asignación más productiva de recursos (2009 billones USD)



Fuente: BBVA Research

Gráfica 25. Incremento acumulado del rendimiento durante un período de 30 años (2009 billones USD)



Fuente: BBVA Research

Conclusiones

La economía estadounidense sufre los efectos de un sistema sanitario excesivamente costoso que muestra un elevado grado de complejidad, opacidad y barreras regulatorias, lo que genera importantes ineficiencias a lo largo de la cadena de valor. El resultado de un consumo excesivo, unos precios poco competitivos y una asignación de recursos ineficiente es una gigantesca pérdida de eficiencia que convierte a este sector en un claro candidato para las innovaciones disruptivas. El aumento de la competencia y la innovación en la prestación de servicios sanitarios, especialmente mediante nuevas tecnologías, podría contribuir a contener los incrementos de costes. Una profunda reforma estructural del sistema sanitario incrementaría tanto el crecimiento de la productividad como el rendimiento potencial, así como el bienestar de la población.

Referencias

- Anderson G. y Poullier, J. (1999). Health Spending. Access and Outcomes: Trends in Industrialized Countries. *Health Affairs*. Volumen 18, Número 3.
- Baker, D. (2017). The Problem of Doctors' Salaries. *CEPR*. <http://cepr.net/publications/op-eds-columns/the-problem-of-doctors-salaries>. Accedido 20 Marzo 2018
- Reddy, N. (2018). Surviving the Retail Apocalypse. *CB Insights*. Briefing available on demand from CB Insights. Accedido 28 Marzo 2018
- Centers for Medicare & Medicaid Services. *National health expenditure data: historical*. <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccountshistorical.html>. Accedido 2 Marzo 2018.
- Conover, C (2011). *American Health Economy Illustrated*. AEI Press. http://www.aei.org/wp-content/uploads/2014/06/american-health-economy-illustrated_145021349951.pdf. Accedido 19 Marzo 2018.
- Conover, C. (2012). Healthcare Wasn't Broken. Los Angeles Times, 15 Marzo 2015. *LA Times*. <http://articles.latimes.com/2012/mar/15/opinion/la-oe-conover-health-myths-20120315>. Accedido 19 Marzo 2018.
- Cooper Z. et al. (2015). The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured. *NBER Working Paper*. https://isps.yale.edu/sites/default/files/publication/2015/12/cooper_2015_pricing_variation_manuscript_0.pdf. Accedido 22 Marzo 2018
- Cutler, D. y Ly, D. (2011). The (Paper) Work of Medicine: Understanding International Medical Costs. *Journal of Economic Perspectives* 30 (6): 1174-1187.
- Danzon, P. y Furukawa M. (2003). International Prices and Availability of Pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*. Vol. 27, No. 1, pp. 221-233. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.27.1.221>. Accedido 22 Marzo 2018.
- Dielman et al (2016). U.S. Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996-2013. *Journal of the American Medical Association*. 2016; 316(24):2627–2646. doi:10.1001/jama.2016.16885
- Dielman et al (2017). Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *Journal of the American Medical Association*. 2017; 318(17):1668–1678. doi:10.1001/jama.2017.15927
- Eurostat (2018). Healthcare expenditure statistics. <https://goo.gl/nqj3rg> (accedido 28 Febrero 2018)
- Kanavos P. et al. (2013). Higher U.S. Branded Drug Prices and Spending Compared to Other Countries May Stem Partly from Quick Uptake of New Drugs. *Health Affairs*. Abril 2013 32(4):753–61. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2012.0920>. Accedido 22 Marzo 2018.

Langreth, R. et al. (15 Diciembre 2015). The U.S. Pays a Lot More for Top Drugs Than Other Countries. *Bloomberg News*. <https://www.bloomberg.com/graphics/2015-drug-prices/>. Accedido 22 Marzo 2018

Mowery, Y. M. (2015). A primer on medical education in the United States through the lens of a current resident physician. *Annals of Translational Medicine*, 3(18), 270. <http://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.10.19>

OECD. OECD.Stat. <http://stats.oecd.org/index.aspx>. Accedido 22 Marzo 2018

O'Neill, P. y Sussex J. (2014). . International Comparison of Medicines Usage: Quantitative Analysis. Association of the British Pharmaceutical Industry. www.abpi.org.uk/our-work/library/industry/Documents/meds_usage.pdf. Accedido 21 Marzo 2018.

Papanicolas I, Woskie L. y Jha A. (2017). Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *Journal of the American Medical Association*. 2018;319(10):1024–1039. doi:10.1001/jama.2018.1150

Physicians Foundation. (2016). *2016 Survey of America's Physicians. Practice Patterns & Perspectives*. https://physiciansfoundation.org/wp-content/uploads/2018/01/Biennial_Physician_Survey_2016.pdf. Accedido 29 Marzo 2019

Sarnak, D. O. et al. (2017). *Paying for Prescription Drugs Around the World: Why Is the U.S. an Outlier?* The Commonwealth Fund. <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2017/oct/prescription-drug-costs-us-outlier>. Accedido 22 Marzo 2018

Swiss Confederation, Federal Statistical Office. (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015 –2045. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.350324.html>. Accedido 26 Marzo 2018

The Law Library of Congress. Medical Malpractice Liability: Germany. <https://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php>. Accedido 19 Marzo 2018.

Zavlin, D., Jubbal, K. T., Noé, J. G., & Gansbacher, B. (2017). A comparison of medical education in Germany and the United States: from applying to medical school to the beginnings of residency. *GMS German Medical Science*, 15, Doc15. <http://doi.org/10.3205/000256>

Aviso Legal

Este documento ha sido preparado por el Servicio de Estudios Económicos del BBVA de EEUU del Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA) en su propio nombre y en nombre de sus filiales (cada una de ellas una compañía del Grupo BBVA) para su distribución en los Estados Unidos y en el resto del mundo, y se facilita exclusivamente a efectos informativos. En EEUU, BBVA desarrolla su actividad principalmente a través de su filial Compass Bank. La información, opiniones, estimaciones y previsiones contenidas en este documento hacen referencia a su fecha específica y están sujetas a cambios que pueden producirse sin previo aviso en función de las fluctuaciones del mercado. La información, opiniones, estimaciones y previsiones contenidas en este documento han sido recopiladas u obtenidas de fuentes públicas que la Compañía estima exactas, completas y/o correctas. Este documento no constituye una oferta de venta ni una incitación a adquirir o disponer de interés alguno en valores.