

Escuela de Negocios

Tipo de documento: Tesis de maestría



EMBA | Executive MBA

Desregularización del sistema de salud en Argentina

Autoría: Vita, Tomás

Año: 2025

¿Cómo citar este trabajo?

Vita, T. (2025). "Desregularización del sistema de salud en Argentina". [Tesis de maestría. Universidad Torcuato Di Tella].

Repositorio Digital Universidad Torcuato Di Tella.

<https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/13929>

El presente documento se encuentra alojado en el **Repositorio Digital de la Universidad Torcuato Di Tella** bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional
Dirección: <https://repositorio.utdt.edu>



**UNIVERSIDAD
TORCUATO DI TELLA**

**DESREGULARIZACION DEL SISTEMA DE
SALUD EN ARGENTINA**

MBA 2021

ALUMNO: Tomás Vita

TUTOR: Luis Massuh

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a mi esposa Georgina por su apoyo incondicional durante la cursada aun en condiciones adversas como la pandemia y la maternidad.

A mi tutor, Luis Massuh por su guía y colaboración. A todos los profesores y compañeros que con su dedicación y paciencia lograron transmitirme conocimientos académicos y prácticos invaluable que hicieron de este viaje una experiencia imborrable.

Finalmente, agradecer al Dr. Ricci Ignacio y a Zeballos Gastón por su aporte de métricas de uso en nuestro país donde escasean estadísticas confiables.

RESUMEN EJECUTIVO

Las diferentes configuraciones de los sistemas de salud podrían influir en sus resultados y sus costos. Nuestra hipótesis plantea la posibilidad de desintermediación del sistema de salud para abaratar costos y mejorar los resultados.

Se explora los dos modelos teóricos básicos de los sistemas de salud, totalmente público y totalmente privado. Posteriormente se presentan ejemplos de países que adoptaron dichos modelos o un híbrido con sus resultados en indicadores claves de calidad y el costo total del sistema de salud representado como porcentaje del PBI de cada país. Se escogió Canadá como ejemplo de sistema de salud público, Singapur como modelo híbrido y Estados Unidos como privado. Singapur es según los expertos el modelo que mejores resultados obtiene teniendo en cuenta su gasto. Mientras que EE. UU. es el que peores resultados tiene considerando que es el país que más gasta en salud.

En el marco empírico se compara la tasa uso de imágenes, medicamentos, terapia manual e intervenciones quirúrgicas de Singapur, EE. UU. y Argentina en lo referido a dolor lumbar. Esto permite inferir la influencia del modelo de sistema de salud en la utilización y por ende costos que tiene.

El trabajo concluye que el eje fundamental de los costos de un sistema de salud no es su configuración si no el grado de transparencia en sus costos. Cuanto más opaco son los precios que pagan pagadores a efectores mayor será el costo y mientras más transparente menor será el costo. La desintermediación del sistema de salud en Argentina podría acompañarse de una merma en los costos si mejora la transparencia dado sus múltiples entidades. Se desconoce el impacto que podría tener en el acceso a la salud en la población más vulnerable.

PALABRAS CLAVES

Salud

Modelos

Desintermediación

Costos

INTRODUCCION

La configuración y la eficiencia de los sistemas de salud varía ampliamente según el país. Esto conlleva diferencias significativas en los costos y la calidad de atención de los pacientes.

Nuestro sistema de salud se compone de dos sectores principales: el sector público financiado y administrado por el gobierno y el sector privado compuesto por prepagas y obras sociales (OS). En este sector existe una gran disparidad en la calidad de atención y es donde se produce el mayor gasto en salud. Variación y falta de transparencia en los precios entre pagadores y efectores, sobre prestación de servicios, insumos dolarizados, costos administrativos e intermediarios son solo algunos de las áreas que encarecen los costos de la medicina.

Esta tesis desarrollará un hipotético escenario donde el sector privado estaría compuesto únicamente por pacientes o clientes y prestadores (hospitales y clínicas), es decir las prepagas y las OS no existirían. La teoría se basa principalmente en la ley de oferta y demanda. Los precios serían transparentes al cliente (paciente), esto acarrearía una mayor competencia entre instituciones, por ende, una caída en los precios y una mayor eficiencia en la operativa de las instituciones. A su vez, el paciente se informaría mejor antes de pagar, cuestionaría la necesidad y resultados de los estudios y procedimientos que se le solicitan, presionando por la mejora de la calidad en el sistema. Finalmente, al eliminar el intermediario (OS y prepagas) se disminuirá significativamente la burocracia y los costos de estas. En resumen, los costos en salud para el sector privado serían significativamente menores y la calidad mejoraría ampliamente. Para demostrar esto, en el marco teórico, se compararán los distintos modelos teóricos de sistemas de salud y la aplicación de estos en diferentes países con sus resultados a nivel poblacional. En tanto en el marco empírico describiremos las tasas de uso del país más eficiente (Singapur), el que más gasta (Estados Unidos) y Argentina en la subpoblación que consulta por dolor lumbar. Específicamente mediremos la incidencia de dolor lumbar en cada país, el uso de imágenes avanzadas (resonancia magnética y tomografía computada), el uso de medicamentos, la indicación de terapia manual y la intervención quirúrgica.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN EJECUTIVO	3
PALABRAS CLAVES.....	4
INTRODUCCION	5
CONTENIDO	6
LISTA DE TABLAS.....	7
LISTA DE FIGURAS	8
MARCO TEORICO	9
<i>CAPITULO 1: MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD.....</i>	<i>9</i>
1.1) Teoría de los modelos de salud.....	9
1.1-A) Modelo de salud completamente regulado (público).....	9
1.1-B) Modelo de salud sin intermediarios (privado).....	11
<i>CAPITULO 2: RESULTADOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD REALES.....</i>	<i>16</i>
2.1) Descripción, costos de funcionamiento y resultados de los sistemas (Singapur, Estados Unidos y Canadá).....	16
2.2) Descripción general del sistema de salud argentino.....	24
2.3) Resultados de los sistemas.....	27
INVESTIGACION EMPIRICA-DOCUMENTAL	28
<i>CAPITULO 3: TASA DE USO.....</i>	<i>28</i>
3.1) Dolor Lumbar	28
3.2) Tasa de uso.....	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
LISTA DE REFERENCIAS	38

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Comparativa entre sistemas de salud.....	15
Tabla 2 - Porcentaje por región de la población con OS, prepaga y medicina privada.....	26
Tabla 3 - Comparativa de variables de calidad de cada sistema de salud	27
Tabla 4 - Resumen de la tasa de uso de las diferentes variables según cada país.....	34

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Tipos de camas de hospitales de Singapur	18
Gráfico 2 - Gasto en salud como porcentaje del PBI y expectativa de vida en países desarrollados	19

MARCO TEORICO

CAPITULO 1: MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

1.1) Teoría de los modelos de salud

Los modelos de sistema de salud se clasifican fundamentalmente por su financiación. A partir de allí se define cada rol e interacción de los involucrados. Un sistema de salud bien financiado es esencial para garantizar el acceso y la calidad de la atención médica. Los 3 modelos más habituales de salud son:

- Público: el gobierno es el principal proveedor de financiamiento para los sistemas de salud (Canadá e Inglaterra).
- Privado: el sector privado, a través de seguros médicos privados y de la compra de servicios de atención médica por parte de los pacientes (EE. UU.)
- Mixto: es una combinación de financiamiento público y privado. Esto busca mejorar la sostenibilidad financiera del sistema (Singapur).

1.1-A) Modelo de salud completamente regulado (público)

Un sistema de salud totalmente público se basa en la idea de que el estado tiene la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a toda la población, independientemente de su capacidad para pagar por ellos. En este tipo de sistema, el gobierno es el principal proveedor y regulador de servicios de salud.

La teoría detrás de un sistema de salud público es que todos los ciudadanos deben tener acceso a la atención médica necesaria para mantener su salud y bienestar, y que esto debería ser un derecho fundamental garantizado por el Estado. El gobierno financia los servicios de atención médica y es responsable de su gestión y administración. Se basa en la

solidaridad financiera de todos los miembros de la sociedad. En otras palabras, los miembros de la sociedad que más impuestos pagan financian a los que menos pagan.

Además, en un sistema de salud público, los medios de producción son de propiedad pública y el estado se encarga de la planificación y distribución de los recursos. El gobierno establece normas y regulaciones para garantizar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente. El gobierno también es responsable de la formación y capacitación de los profesionales de la salud, y de la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías y tratamientos médicos.

Entre sus ventajas están la apuesta por la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud. Cabe destacar que la medicina preventiva es la más costo-efectiva pero también la más difícil de poner en práctica. Otra ventaja de este sistema es que al ser una sola entidad la que paga, debería tener un mayor poder de negociación, reduciendo así los costos en insumos y medicamentos. También al tener el monopolio de la oferta podría ajustar el servicio a la demanda. En otras palabras, podría establecer centros de baja complejidad en poblaciones pequeñas en donde la necesidad de centros de atención de alta complejidad es extremadamente baja y centralizar la alta complejidad en un solo lugar mediante un sistema de derivación. Mismo criterio podría aplicarse para métodos diagnósticos complejos. Por ejemplo, no hay necesidad de tener un resonador magnético de alto campo en una población de 2.000 habitantes. Finalmente, la accesibilidad universal como se mencionó previamente podría considerarse otra ventaja. Así como en pequeñas localidades no hay habría centros de alta complejidad, el estado también debería garantizar estas localidades la presencia de un centro de atención que, en muchos casos, al ser también pequeñas no serían rentables.

En contra posición, este modelo sanitario, aun siendo desde lo teórico más justo y solidario, tiene las dificultades derivadas de ser administrado por el estado. Estos modelos

suelen presentar excesiva rigidez por la burocracia y la administración que pueden llevar a perder toda su legitimidad. Además, las patologías con índices pequeños de incidencia no son adecuadamente atendidos, como tampoco los de difícil diagnóstico, lo que, aunque no incide en el global de salud de la población, afectaba notablemente a los individuos. La asignación de recursos, puede generar problemas e injusticia. ¿Por qué destinar una cantidad de recursos altos a pacientes tabaquistas? Ellos optan por fumar a sabiendas del efecto deletéreo en su salud. Esos recursos, ¿no se podrían destinar a la investigación del cáncer de mama? Sin duda esta patología tiene mayor incidencia. En este sistema, ¿quién determina que individuo merece más atención? Mas aun, ¿cómo medimos que a los individuos que el estado destina sus fondos son los que más contribuyen a la sociedad?

Ante la masividad del estado, se hace extremadamente difícil la medición de performance de los individuos que trabajan en él y la compensación en consecuencia. ¿Cómo se sabe que cirujano es mejor que otro? Si bien se podría plantear la medición de ciertas métricas como mortalidad intraquirúrgica o tasa de infección, la realidad es que la implementación y ejecución de estas a gran escala es al menos difícil. Sin estímulos o un sistema de premios y castigos ¿Cuál es la motivación del individuo de mejorar? Por último, la velocidad de respuesta del sistema suele ser lenta. Ante una demanda alta y una administración monopólica, la necesidad de especialistas, procedimientos o estudios de alta complejidad suele haber una larga lista de espera que demorará la atención.

1.1-B) Modelo de salud sin intermediarios (privado)

En oposición a lo previamente expuesto, en un sistema de salud totalmente privado el gobierno tiene un papel limitado en la regulación y la provisión de servicios de atención médica. El gobierno establece las normas y regulaciones mínimas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios médicos, pero no es responsable de la prestación de servicios de salud. Se basa en la idea de que la atención médica es un bien o servicio que se ofrece en el mercado y es suministrado por empresas privadas. En este tipo de sistema, el acceso a la atención médica depende de la capacidad de los individuos para pagar por ella.

La teoría detrás de un sistema de salud privado es la misma que para cualquier mercado competitivo. Si nos limitamos al análisis de las consultas médicas ambulatorias, es decir en consultorios externos, la cual es la puerta de entrada más grande al sistema de salud, podríamos interpretarlo como una competencia perfecta. Donde los costos para abrir o cerrar un consultorio externo son bajos, hay un número muy elevado de profesionales con pobre capacidad de influir en los precios del mercado y el paciente debería estar informado sobre su salud y los costos de su atención. Si bien el número de “vendedores” o proveedores de salud y los costos de entrada y salida de servicios más complejos como ser quirófano o servicios de imágenes cambia, en la mayoría de los centros urbanos podemos encontrar múltiples instituciones que compiten entre ellos por el cliente. Un ejemplo de esto es E.E.U.U. donde hay más de 1000 compañías de seguros y casi la mitad de ellas están integradas con centros asistenciales. Las empresas que ofrecen servicios médicos compiten en el mercado para atraer a los clientes para eso ofrecen servicios de alta calidad al menor precio posible.

La competencia entre las empresas o proveedores de salud garantizaría dos puntos claves: el acceso al sistema de salud y la calidad. Con la búsqueda de la eficiencia en pos de bajar costos y así precios para atraer nuevos clientes, se le estaría dando acceso al mayor número de pacientes posibles. En cuanto a la calidad, el cliente o comprador busca su mayor beneficio, es decir, compara cuanto sale el bien y que beneficio obtiene (excedente del consumidor). En esta área, las variables de ponderación por el usuario y el sistema no están definidas ni son transparentes. Por un lado, ningún sistema de salud muestra variables de calidad. No se conoce la tasa de mortalidad o de infecciones (ejemplo: neumonías hospitalarias) por centro o por profesional. Por el lado del cliente o paciente, la medición de la calidad suele ser subjetiva. Asocia a calidad la limpieza, el orden, el mobiliario, la simpatía del equipo médico que, si bien son importantes, no termina de representar el conocimiento científico de los profesionales y la correcta toma de decisiones de estos.

En contraposición al sistema público, en el cual casi no hay competencia ya que el estado sería un proveedor de salud monopólico, en un sistema desregularizado los centros compiten libremente. Esta competencia también se da en el desarrollo e implementación de nueva tecnología, fomentando las mismas. Supongamos que en una ciudad existen 2 centros de salud. Cada uno de ellos cuenta con un resonador de bajo campo magnético y con años de uso, sin embargo, ambos resonadores siguen funcionando sin problemas. Cuando el estado es el proveedor, al ser funcionales los dos resonadores no los actualizará hasta su ruptura u obsolescencia. Cuando hay libre competencia, estos resonadores se actualizarían más rápidamente en busca de venderle al cliente nuevas herramientas. Mismo argumento se puede esgrimir para el desarrollo de los profesionales. Al trabajar para el estado la búsqueda de perfeccionamiento, mejora y ascenso merma y tiende a estar dada por afiliaciones políticas más que por capacidad individual. En tanto en un sistema competitivo el profesional busca mejorar permanentemente para superar la competencia, ser más eficiente y como consecuencia ascender en su carrera profesional.

Los sistemas de salud privado tienen sus detractores. Hay quienes argumentan que la atención médica es un derecho universal y que tanto el acceso como el tratamiento de los servicios médicos no debe estar determinado por la capacidad de pago. También se puede razonar que, en un sistema de salud privado, las empresas como entidades con fines de lucro, pueden estar más enfocadas en maximizar sus beneficios que en garantizar la calidad de la atención médica. Esto puede tener al menos tres consecuencias indeseadas. Como ya mencionamos previamente, el sistema puede excluir personas que no pueden pagar por su salud. Otra consecuencia indeseada es el pedido de procedimientos y estudios innecesarios. Antes de 1988 en E.E.U.U existía un sistema de pago por servicio, es decir, cuanto más estudios o procedimientos hiciese el profesional o el centro más ganaba. Esto, ilógicamente, premiaba a los centros que más complicaciones tenían ya que los pacientes se tenían que realizar más estudios complementarios, más procedimientos y pagar más días de internación. Esto disminuyó significativamente cuando las aseguradoras comenzaron a pagar por paquete (se paga un monto fijo por la internación o procedimiento tenga o no complicaciones o se hagan la cantidad de estudios que se hagan) y no por servicio. Este sistema también

estimulaba a los médicos a auto derivarse a los pacientes a procedimientos o estudios que ellos mismo realizaban, dándole así un gran estímulo para forzar indicaciones y obtener mayor rentabilidad. La ley Stark, en 1988, fue un gran freno para esto. Dicha ley establece que un médico no puede derivar pacientes a sí mismo o a un negocio en el que tenga una participación financiera significativa, como un laboratorio o un centro de imágenes, y no se le puede pagar por una derivación. El razonamiento, es que tal comportamiento puede interferir con el juicio clínico, disminuir la calidad y aumentar los costos. Por último, otra desventaja es que los casos complejos tienden a ser menospreciados por los profesionales. Al estar integrados a un sistema que busca la mayor eficiencia posible, cuando se les presenta un caso que requiere más dedicación y tiempo del habitual, el profesional busca resolverlo lo más rápido posible y no lo mejor posible llevando a resultados negativos para el paciente.

A nivel poblacional, existen individuos saludables que casi no hacen uso del sistema de salud e individuos que presentan enfermedades crónicas que son los que más recursos consumen. En líneas generales, se puede argumentar que en medicina el principio de Pareto también se cumple. El modelo de salud completamente privado e individualizado no contempla la gestión del riesgo. Es decir, que no posee un contrabalanceo para el individuo que presenta o nace con una patología costosa y de larga duración. Por ejemplo, un adolescente que se presenta con diabetes tipo I o insulino dependiente tendrá a lo largo de la su vida, altísimos gastos en salud. Estos gastos tendrán que ser asimilados por la familia y el individuo, con las implicancias para el bienestar que esto conlleva. En otros modelos, los altos costos de este individuo con diabetes tipo I son contrabalanceados con las personas que tienen gastos muy bajos, es decir el 80% de la población, la población sana. Este punto no es menor por dos razones. Primero que es la base de la industria de las aseguradoras médicas y segundo que el principio para que el bienestar poblacional sea mayor.

Tabla 1 – Comparativa entre sistemas de salud ¹

	Sistema Regulado	Sistema Desregularizado
Recurso humano	Estable. Poca motivación de desarrollo.	Mejora continua, tendencia a la super especialización.
Velocidad de respuesta	Lenta	Rápida
Tasa de uso	Media -alta	Media -alta
Accesibilidad y equidad	Acceso universal con supuesta alta equidad.	Media - baja
Financiación	El estado vía impuestos	Individual
Tecnología	Tendiente al retraso	Actualización rápida
Estructura	Centros coordinados de atención primaria, secundaria y terciaria.	Centros individualizados sin cooperación o coordinación.

¹ Esta tabla fue realizada en base a la información aportada en texto donde se encuentra la cita bibliográfica.

CAPITULO 2: RESULTADOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD REALES.

2.1) Descripción, costos de funcionamiento y resultados de los sistemas (Singapur, Estados Unidos y Canadá)

Los sistemas de salud juegan un rol fundamental para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población. Cada país tiene su propio sistema de salud, con diferentes enfoques, estructuras y mecanismos de financiamiento. La comparación entre los sistemas de salud de Estados Unidos, Singapur y Canadá es de gran interés ya que ejemplifican un modelo que tiende a ser privado (EE. UU.), un modelo público (Canadá) y un mixto como el de Singapur que es el más eficiente en términos de gastos y resultados.

A continuación, se discutirán los sistemas de salud de EE. UU., Singapur y Canadá y se compararán en términos de estructura, financiamiento, acceso y calidad de la atención médica. A través de esta comparativa, se buscará identificar el funcionamiento de estos, sus costos, sus resultados y el desafío de los mismos.

Singapur

El sistema de salud de Singapur es considerado como uno de los más eficientes y efectivos del mundo, con una combinación de servicios de atención médica pública y privado. Su estructura se basa en las “3M” y una intervención del gobierno con subsidios para cubrir los gastos que los ciudadanos no pueden afrontar. Las 3M son:

1. MediShield Life. Es un plan de seguro de enfermedad catastrófica. Brinda protección de por vida contra las grandes facturas del hospital y ciertos tratamientos ambulatorios costosos. Es voluntario, sin embargo, el 95% de la población cuenta con un uno. Su costo varía con la edad, siendo de US\$33 por año para menores de 30 años de edad y de US\$325 por año para mayores de 60.
2. MediSave. Es un plan nacional de ahorro médico el cual está destinado a cubrir los gastos de bolsillo de los individuos, servicios médicos ambulatorios, atención médica preventiva y hospitalización. Este plan se genera de las contribuciones salariales personales y del empleador (entre el 8%–10,5%, según la edad) va a las cuentas MediSave. Las mismas son

obligatorias para todos los ciudadanos que trabajan y los residentes permanentes. Estas cuentas están exentas de impuestos y generan intereses (actualmente del 4 % al 5 %). Este dinero también se puede usar para pagar los gastos de atención médica de los miembros de la familia o ciertos procedimientos médicos especializados, como la cirugía estética.

3. MediFund. Es la red de seguridad del gobierno para los singapurenses necesitados que no pueden cubrir sus gastos de bolsillo, incluso con MediSave. Este red o subsidios aporta el 80% de los gastos en salud.

Singapur en su forma mixta de estructurar el financiamiento, parece haber encontrado el mejor funcionamiento. El sistema de atención primaria, consultas médicas y procedimientos simples funciona como un sistema puramente particular, donde los ciudadanos pagan todo de su bolsillo o utilizando los fondos de la cuenta de MediSave. Estos gastos menores representan solo el 20% de los gastos en salud. La relevancia de esto es que estimula al ciudadano a cuidarse ya que los costos le son imputados directamente a su bolsillo. En tanto gastos de internación, procedimientos mayores o tratamientos de alto costo son financiados por el gobierno siendo el 80% de los gastos en salud. Al ser el estado el que maneja el mayor porcentaje de los gastos puede tener una gran influencia y poder de negociación en los precios que paga. Un ejemplo de cómo el estado influye en los costos se da en los precios de la cama de internación. Existen 4 clases A, B₁, B₂ y C, donde la clase A es una habitación individual y es la más costosa. En contraposición la clase C son pabellones de entre 6 y 8 personas y son las más baratas. Los subsidios también varían según la clase de la cama. La clase A no tiene subsidios y la clase C tiene subsidios entre el 65% y el 80% de los costos. Los médicos en tanto perciben lo mismo si atienden a un paciente en habitación individual o en clase C.

Gráfico 1 - Tipos de camas de hospitales de Singapur [33]

TIPOS DE CAMAS DE HOSPITALES **Precios y subsidios**



Otra intervención clave del gobierno fue la exposición de los costos. Cada hospital debe publicar los costos de un procedimiento o internación. También debe entregarle por anticipado al paciente lo que le saldrá la internación y el costo promedio de otro hospital regional para comparar. Cabe destacar que el gobierno no interviene en el precio que cobra el hospital. Esto obliga a los hospitales a competir y mantener sus costos lo más bajo posible.

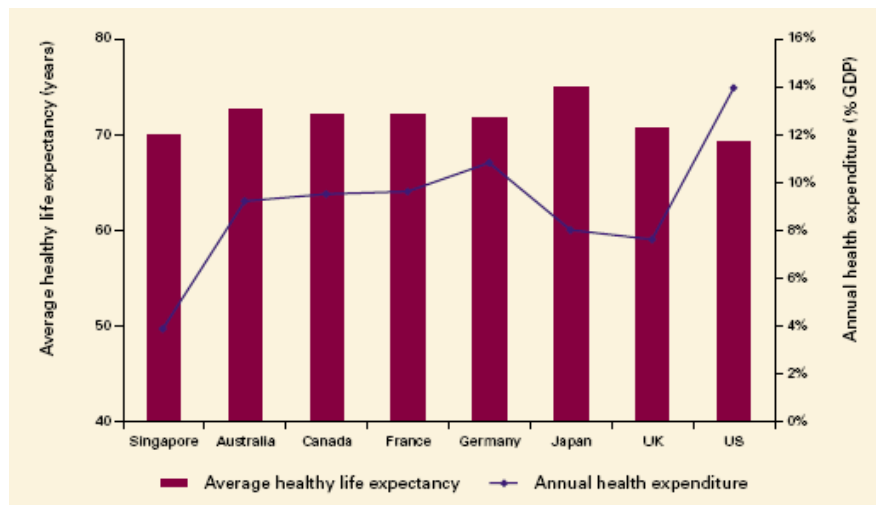
Las iniciativas de prevención se consideran las más costo-efectivas. El sistema de atención médica de Singapur se centra en la prevención primaria de enfermedades y la promoción de la salud pública haciendo que la incidencia de las patologías más prevalentes y por ende el costo que estas acarrear sea menor a otros países. El gobierno ha establecido numerosas iniciativas para fomentar estilos de vida saludables, incluyendo programas de actividad física, campañas de vacunación y promoción de hábitos alimentarios saludables.

Estas iniciativas sumado a la estructura mixta pública-privada hacen que Singapur sea uno de los países con más bajo gasto en salud del planeta. El gasto público en salud se estima en \$ 13,2 mil millones en 2020, y se espera que se triplique a \$ 36 mil millones para 2029 dado el envejecimiento significativo de la población [1].

Cuando se mide el gasto en relación con el PBI (Producto Bruto Interno) vemos que Singapur es uno de los que menos gasta. En promedio los países gastan un 10% del PBI en salud teniendo a EE. UU. como el más gastador con un 18% de su PBI. Singapur gastó solamente el 6% de su PBI en salud siendo uno de los que menos gastaron [1]. A pesar de este bajo gasto sus indicadores de salud están consistentemente entre los 5 países más saludables.

Según Bloomberg en 2014, Singapur tuvo el sistema de salud más eficiente del mundo [2], mientras que la Organización Mundial de la Salud lo ranqueó sexto ese año [3]. La expectativa de vida en general es de 84.8 años mientras que la expectativa de años saludables es de 72.5 (gráfico 2) [4]. Desde 1950 a hoy la expectativa de vida en Singapur aumento 32 años, de 52 años a 85. En el otro extremo de la vida la mortalidad infantil es de aproximadamente 1,8 por cada 1000 nacidos vivos. Este número es significativamente menor en relación con otros países desarrollados.

Gráfico 2 - Gasto en salud como porcentaje del PBI y expectativa de vida en países desarrollados [34]



En conclusión, la estructura mixta público-privada con precios transparentes y campañas de prevención primaria de alto alcance le permiten a Singapur ser uno de los países más costo-efectivo en salud.

Estados Unidos de América

El sistema de salud de Estados Unidos (EE. UU) es probablemente el más fragmentado del mundo. El mismo cuenta con aseguradoras de salud, prestadores “puros” y grupos integrados de aseguradoras más prestadores que pueden operar solamente a nivel municipal o estatal o de mayor escala a nivel nacional. En su mayoría quienes financian el sistema de salud son aseguradoras. La más grande es el Medicaid y Medicare. Es la aseguradora del estado que funciona como privada dándole cobertura a las personas mayores, individuos con

bajo nivel de ingresos y personas que trabajan para el estado como son funcionarios públicos o excombatientes. Se estima que 130 millones de personas están cubiertas a través de Medicaid y Medicare. Mientras que 178 millones lo hacen vía aseguradoras que pagan sus empleadores y 52 millones contratan aseguradoras sin intermediarios.

Cada aseguradora de salud puede tener políticas y procesos específicos, y los detalles exactos pueden variar. Sin embargo, en líneas generales, cada aseguradora suele tener una red de proveedores de atención médica con los que tienen acuerdos contractuales. Estos proveedores pueden incluir hospitales, clínicas, especialistas y otros profesionales de la salud. Las personas pueden acceder a la cobertura médica según los términos y condiciones del plan. Esto puede incluir servicios médicos preventivos, consultas médicas, hospitalización, medicamentos recetados, atención de emergencia y otros tipos de atención médica necesaria. La cobertura y los beneficios específicos varían según el plan y la aseguradora. Si bien son aseguradoras, su funcionamiento es similar a las prepagas de nuestro país.

A diferencia de Singapur, en EE. UU. reina la falta de transparencia del sistema de salud. Las aseguradoras y proveedores negocian de manera privada y sin dar a conocer sus acuerdos lo que da como resultado una gran variación de precios que no están basados en la calidad del servicio si no que se basan en la capacidad de presión en el mercado de los jugadores. Esto hace que el consumidor, aseguradoras y proveedores no puedan saber el costo del tratamiento, ni competir en precios. Otra gran diferencia, es que el estado en EE. UU interviene muy poco tanto como para regular el sistema como para realizar campañas de promoción y prevención de salud. Si bien la falta de intervención o el libre mercado debería bajar los costos esto no ocurre en la práctica ya que los proveedores no compiten solo en precios, sino que también compiten en nuevas tecnologías. También compiten por médicos lo que lleva a pagar salarios más altos y concentran sus servicios en los que mayor margen tienen, reduciendo así los servicios a menos rentables pero necesarios. La suma de estos elementos hace que aumenten los gastos y los costos a nivel global sin prestar atención a los resultados.

Los costos de salud en EE. UU. han aumentado significativamente desde el 2000 a pesar de la reforma en salud realizada durante la presidencia de Barak Obama en 2010. Una parte de estos aumentos se puede explicar por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y el envejecimiento poblacional. Sin embargo, cuando se compara el porcentaje de gasto en relación con el PBI con otros países desarrollados que presentan problemas similares, es ampliamente superior. Estados Unidos gastó en el 2021 el 17.8% de su PBI en salud, un 63% más que Alemania que es el segundo país que más gastó sin tener resultados positivos [5]. Por ejemplo, tuvo la mortalidad más alta por COVID entre las naciones desarrolladas. Esta diferencia del gasto con otras naciones es difícil de explicar por métricas de uso de sistema como la tasa de uso de resonancia magnética o tiempo de estadía hospitalaria. En promedio un ciudadano estadounidense consulta 4 veces por año contra la media de 5.7 en países desarrollados [5]. Esto es llamativo teniendo en cuenta que el 30% de la población de Estados Unidos presenta múltiples condiciones crónicas como diabetes, dislipidemia e hipertensión. Se podría estimar que al ser una población más enferma se deberían realizar más estudios a los pacientes y al ser más complejos pasarían más tiempo internados. Sin embargo, la estadía en internación promedio en EE. UU es de 4.8 días, una de las más baja entre los países desarrollados que tienen un promedio de 6 días [5]. También el uso de resonancia magnética otro indicador que nos muestra que a pesar de ser población más enferma no utilizan más recursos. En EE. UU se realizan 107.6 resonancias por 1000 habitantes contra un promedio de 80 [5]. Estados Unidos se encuentra en el percentil 50 de países desarrollados con respecto al uso de resonancia. El alto gasto de EE. UU se podría explicar que tanto proveedores como financiadores obtienen altísimos márgenes por los estudios y procedimientos que se realizan.

A pesar de ser el país que más gasta, EE. UU es el que peor resultados obtiene. Tiene la expectativa de vida más baja entre los países desarrollados, 77 años en 2020 contra un promedio de 80.4 años. También presenta la tasa más alta de muertes evitables por 100.000 habitantes, 336 vs 225 de promedio. La tasa de mortalidad infantil es otro indicador de la

calidad del sistema de salud en el cual EE. UU ocupa el primer puesto, 5.4 muertes por 1000 nacidos vivos contra un promedio de 4.1 muertes por 1000 nacidos vivos [5].

A modo de resumen, la falta de transparencia y de campañas de prevención primaria sumado a los altos márgenes de cada jugador del sistema de salud hacen que EE. UU tenga el sistema de salud más caro del mundo con pobres resultados.

Canadá

El sistema de salud de Canadá, conocido como Medicare, es un sistema público de acceso universal. Está basado en los principios de la Ley de Salud de Canadá de 1984 en la cual se establece que, en su gran mayoría, los gastos corren por cuenta del estado y debe darle acceso por igual a todos los ciudadanos canadienses.

Si bien los gastos corren casi en su totalidad por el gobierno federal, la responsabilidad y gestión operativa corre por cada provincia. Es así como cada provincia decide cómo se organiza y que servicios prestan. Algunas provincias cubren gastos dentales, ópticos o medicamentos y otras no. Al ser cada provincia quien decide en que, y cuanto se gasta, el estado nacional no tiene claridad en sus gastos ni gran poder de negociación ante prestadores. Esta cobertura alcanza aproximadamente el 70% de las necesidades de los canadienses. El 30% restante de las necesidades es cubierto por el sector privado [6]. Estas suelen ser odontología, psicología, medicamentos, kinesiología y tratamientos de fertilidad y género. Mas de la mitad de la población (65%) contrata vía su empleador un seguro privado para la cobertura de estas variables no incluidas por el plan nacional.

Es interesante que, si bien todo el sistema es público y con un solo financiador, los médicos suelen ser contratistas independientes, es decir, el estado le paga individualmente por consulta, estudio o procedimiento realizado. Esto lleva en muchos casos a la pérdida de la búsqueda de calidad y estimula el aumento del número de estudios o procedimientos realizados. A diferencia de Suecia o Inglaterra donde la totalidad del sistema está integrado, en Canadá las provincias, que son las responsables operativas, no comparten la historia clínica entre sí haciendo así más engorroso el análisis de datos de la salud de la población como así

también la comparativa de calidad entre los efectores. Al ser el sistema canadiense un solo pagador, la incorporación o desarrollo de innovaciones debería ser de fácil implementación ya que el financiador podría exigir la integración de estas. Sin embargo, esto no ocurre en la práctica. Como ejemplo es la adopción del sistema de historia clínica electrónico. Se tardó casi una década para pasar del 23% de adopción al 75%.

Los costos en salud que realiza el estado se han mantenido relativamente constantes en los últimos 10 años siendo aproximadamente del 9% al 11% del PBI. En el 2024 se estimó que hubo un aumento en el gasto en salud por parte del estado siendo el 12,4% del PBI [7]. Este aumento se debió a una mayor cobertura en medicamentos, inversión en salud digital y condiciones macroeconómicas como el aumento de la inflación. Los hospitales se llevan la mayor parte de los gastos. Canadá gasta casi un cuarto de su presupuesto en hospitales. Por lejos es el rubro donde más gasta. El gasto en drogas y médicos ocupa el segundo lugar de los gastos con un 13% cada rubro [7]. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Canadá es el quinto país que más gasta en salud. En promedio un país de la OCDE gasta el 9-10% de su PBI en salud.

Cuando analizamos los resultados del sistema de salud de Canadá no difieren significativamente de otros países desarrollados. La expectativa de vida promedio es de 82,14 años, similar a Francia y Australia. En relación a EE.UU es muy superior (82 vs 79 años) e inferior a Singapur (82 vs 85años) [7]. La mortalidad infantil de Canadá es de 4,4 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Levemente superior al promedio de países desarrollados y muy por encima de los países con tasas más bajas (2% aproximadamente) [8]. Otra de las métricas de la calidad del sistema de salud es el tiempo de espera para una consulta y el tiempo de internación. En estos 2 rubros Canadá tiene una performance mala. El tiempo de espera para una consulta con un especialista es en promedio 22 días. La estadía hospitalaria promedio es de 7,5 días, esto es entre 2 y 3 días superior al promedio [8].

Canadá se podría interpretar como un país promedio. Si bien esta entre los que más gasta, el porcentaje del PBI en salud no es significativamente mayor al resto de los países de la OCDE obteniendo resultados similares.

2.2) Descripción general del sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino presenta un entramado complejo con la coexistencia de 3 sistemas distintos que a su vez interactúan entre sí, el sector privado, el público y las obras sociales (OS). El sector privado, está representado por las prepagas. Las mismas son contratadas por empresas o individuos particularmente. Al igual que las aseguradoras en EE. UU., las OS y las prepagas basan su modelo en la disminución del riesgo. Es así como buscan ganar el mayor número posible de afiliados para diversificar el riesgo y que el impacto de un “outlier” sea menor. También, el pool de pacientes permite que los que menos usan los servicios subsidien a los que más lo usan. Finalmente, al ser mayor su volumen más poder de negociación tienen. Estos principios podrían ser cuestionados por la tasa de uso de los pacientes. Como la OS o prepaga suele cobrar un monto fijo al usuario, este no tendría ningún reparo en hacerse múltiples estudios como así también el prestador en pedir sin medir costos. Para contrarrestar esto, algunas prepagas y OS han implementado el coaseguro o copago. Esta política se basa en solicitarle al abonado o afiliado un pago extra (además de la cuota mensual), en el momento en que un afiliado recibe un servicio médico. El fin de esto, es que evitar la sobreutilización del sistema, sobre todo en estudios diagnósticos de alto costo como la resonancia magnética y tomografía. En la última década especialmente, un número importante de profesionales médicos han decidido cobrar “un plus.” Esto es cobrar un dinero extra al que le abona la prepaga. La diferencia con el coaseguro o copago es que esto viene como iniciativa del profesional y no impactaría en la tasa de uso del sistema.

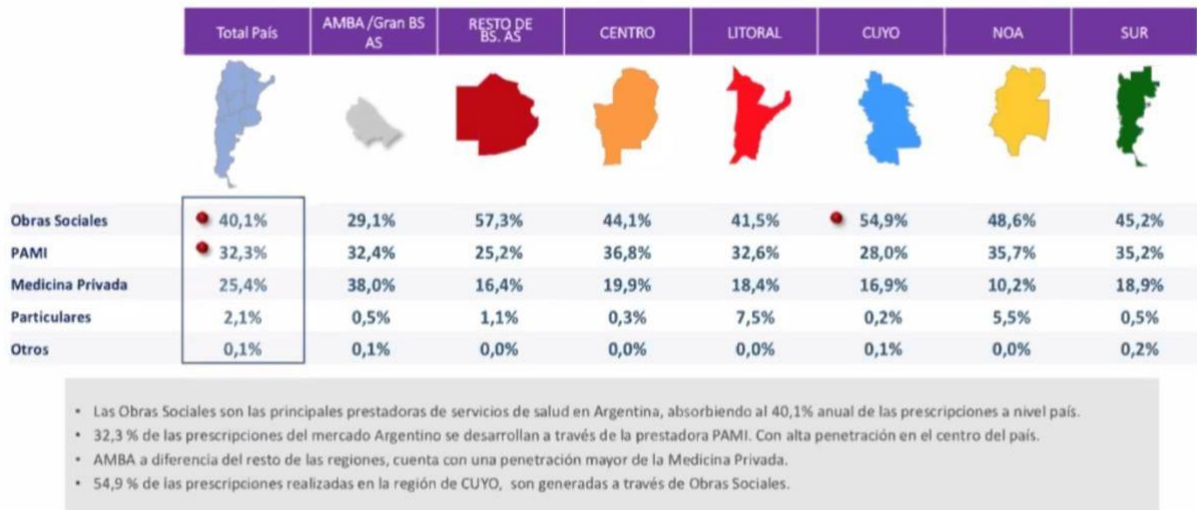
Las obras sociales están conformadas por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Finalmente, el sector público no maneja grupos de riesgo. Este sector depende netamente del estado, ya sea municipal, provincial o nacional. Su costeo está dado por el estado a través de impuestos. Si bien cada uno de estos sectores se establece independiente, existe una gran

interrelación entre ellos. Por ejemplo, algunas OS contratan y derivan fondos prestacionales a las prepagas para que estas brinden la asistencia médica. También PAMI en numerosas regiones ofrece sus servicios contratando efectores privados quienes a su vez pertenecen o sus dueños son empresas de prepagas que integran sus servicios. Al igual que el sistema de salud de Estados Unidos, la multiplicidad de jugadores y su retorcida y opaca relación entre ellos hace que presenten una gran heterogeneidad en los costos que pagan a efectores y prestadores. Esta dinámica tampoco permite una integración de los distintos sistemas que le facilitarían cambios entre los sistemas de los pacientes. Por temor a perder su historia clínica las personas no cambian. Quienes si cambian o son derivados por distintos prestadores suelen tener que repetir estudios aumentando costos y posibles complicaciones.

La distribución de la población según los subsistemas de salud varía acorde a la región. A nivel nacional en promedio el 37% de la población se atiende en el sector público, mientras el 63% restante tiene cobertura mediante OS o prepagas. De este segundo subgrupo, el 72% cuenta con PAMI o una OS. Por PAMI 32% y por OS 40%. En tanto el restante de la población lo hace con medicina privada (25%) o particular (2%). Esta distribución cambia por región. Tanto en la región de Cuyo como provincia de Buenos Aires más de la mitad de la población tiene O.S, mientras que el 25% tiene PAMI aproximadamente a diferencia de las otras regiones que en promedio el 35% de la población tiene PAMI. Finalmente, en el área metropolitana de Buenos Aires y gran Buenos Aires el 38% de la población tiene prepagas. Un número significativamente mayor al del resto del país donde solo entre el 15% y 20% de la población cuenta con prepaga.

Cuando desglosamos por grupo cada sector, vemos que IOMA es la OS más grande del país teniendo la cobertura del 15% de todas las OS. En tanto en el sector de medicina privada OSDE tiene el 42% del mercado.

Tabla 2 - Porcentaje por región de la población con OS, prepaga y medicina privada²



Fuente: MAT Sep 2020 Close Up Int – Data Cobertura de Salud Argentina - Impacto de las coberturas en las regiones

El porcentaje del PBI que gasta Argentina en salud está por debajo al de las naciones desarrolladas siendo el 6% aproximadamente año a año [9].

En cuanto a los indicadores de salud de Argentina se encuentra muy por detrás con respecto a países desarrollados. Es importante remarcar que en nuestro país se acentúa la falta de datos certeros y confiables a nivel público y privado. No se cuenta con trabajos de investigación confiables, con metodologías de investigación rigurosa ni arbitrados por pares que brinden información confiable. Según estimaciones la mortalidad infantil es del 8 por 1.000 nacidos vivos, teniendo en cuenta que hay provincias como Formosa o Tucumán que utilizan distintas definiciones de mortalidad infantil [10]. Esta tasa, duplica a la de Canadá y cuadriplica a la de Singapur. En tanto la expectativa de vida de nuestro país es de 77,5 años [11], la cual viene aumentado en la última década, pero aún se encuentra por debajo de la media de países avanzados.

Argentina posee mayor cantidad de médicos por mil habitantes que los países desarrollados según datos del banco mundial, aproximadamente 4 médicos por mil versus 2,5.

² Cita bibliográfica al pie del grafico

A pesar de que Argentina cuenta con más médicos por habitante que los países desarrollados, el tiempo de espera es otro indicador que muestra la disparidad de Argentina con otros países y también dentro del sistema de nuestro país. El 25% de los pacientes que se atienden en el sector público deben esperar más de un mes para ver un especialista según un estudio del 2016 [12]. Esta variable una década más tarde solo puede haber empeorado teniendo en cuenta el masivo éxodo de médicos argentinos que se dio post pandemia. En el sector de las prepagas y obras sociales disminuye significativamente los tiempos de espera donde menos del 15% de los pacientes deben esperar más de un mes para ser evaluados.

2.3) Resultados de los sistemas

Las distintas configuraciones y métodos de pago de los sistemas de salud nos llevan a distintos resultados. En esta sección a modo de resumen se presentan 5 indicadores de la calidad del sistema de salud. Cabe destacar la gran variabilidad que presentan las distintas variables según la fuente. Las más importantes son el gasto por porcentaje del PBI de Singapur el cual según la fuente varía entre 3% y 6%. La otra variable sin un valor fidedigno es el tiempo de espera para la consulta con un especialista. Tanto EE. UU como Singapur según la fuente consultada presentan valores que llegan a duplicarse haciendo difícil una comparativa confiables.

Tabla 3 - Comparativa de variables de calidad de cada sistema de salud³

País	Singapur	EE. UU	Canadá	Argentina
Gasto (% de PBI - 2021)	5,57%	16,57%	11,15%	6%
Expectativa de vida (años)	84,8	78,5	82,14	77,5
Mortalidad Infantil x 1000 nacidos vivos	2	5	4	8
Tiempo de espera (días)	10-22	14-38	22	30
N° de médicos x 1000 habitantes	2,8	2,55	2,47	4

³ Esta tabla fue realizada en base a la información aportada en texto donde se encuentra la cita bibliográfica.

INVESTIGACION EMPIRICA-DOCUMENTAL

CAPITULO 3: TASA DE USO

3.1) Dolor Lumbar

Al igual que en el marco teórico, donde las métricas y gastos en salud de los países presentan variabilidad, las métricas utilizadas para evaluar la tasa de uso de los sistemas de salud también presentan gran variabilidad y escasos estudios con metodología de investigación sólida.

Al ser las OS y prepagas un sistema donde se abona un monto mensual y el uso está pobremente regulado (ya sea en sobre prestaciones o subutilizado) la posibilidad de presentar ineficiencias y por ende encarecer el servicio es extremadamente alta. Para comprender la eficiencia y realidad del sistema de salud de Argentina utilizaremos diferentes tasas brindadas por 2 prepagas diferentes (datos no publicados en revistas arbitradas) que permitirán estimar el uso de nuestro de sistema de salud. El dolor lumbar tomado como patología (desde un punto de vista netamente medico esto es incorrecto) referente podría facilitar la extrapolación a otras patologías y de tal forma representar el uso de todo el sistema ya que su manejo involucra estudios de alta complejidad como resonancia magnética y tomografía computada (TC), intervenciones quirúrgicas, uso de fármacos y terapia manual y kinesiología.

El dolor lumbar en 2020 afectó a nivel global a 619 millones de personas (el 10% de la población mundial) y se estima que para 2050 puede afectar a 850 millones de individuos [13]. Es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Esto también se representa en gastos. En 2024 en EE. UU se gastó \$1.240.000.000, más del 20% de todo el presupuesto de EE. UU en salud y se estima que continuará creciendo a futuro [14]. No solo es importante por su costo

directo en medicina si no que afecta severamente la salud mental de las personas que lo padecen. Entre el 20 y 25% de las personas que padecen dolor lumbar consumen antidepressivos, un numero ampliamente superior al de la población general. Finalmente, la productividad laboral también se ve afectada siendo la principal causa a nivel global de ausentismo laboral.

3.2) Tasa de uso

A continuación, se describe indicadores de uso macro del sistema de salud y se disecciona hasta llegar al dolor lumbar. Ya que la tesis propone que el sistema de salud de Argentina fuese totalmente particular tendría menor gasto agregaremos al análisis de Argentina la comparativa del uso del sistema de salud que más gasto tiene (Estados Unidos) y el más eficiente (Singapur). Como se mencionó previamente, los datos de Argentina son el promedio de 2 prepagas, una que tiene integrada un efector y opera principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la otra es puramente una prepaga que opera en el interior del país.

La cantidad de consultas al año por habitante en Estados Unidos es de 320,7 por cada 100 habitantes, es decir, 3,2 por personas al año [15]. De estas la mitad fue a un médico de atención primaria, un tercio aproximadamente fue a un especialista y el restante de las consultas fueron a médicos cirujanos. Cuando se analiza el pagador de estas consultas, más de la mitad es a través de una aseguradora privada y si a eso le sumamos Medicare y Medicaid (lo que podría asimilarse a PAMI en Argentina) se completa casi en su totalidad la población [15]. En Singapur la tasa de consultas ambulatorias no difiere significativamente de la de EE. UU. En promedio cada habitante consulta 2,98 veces por año. La mitad de estas visitas, al igual que EE. UU. es a un médico de atención primaria (1,51) [16]. La cantidad visitas al especialista son 1,11 por persona por año. En tanto en Argentina dichos no varían significativamente. El promedio de la población consulta 3,1 veces por año. En resumen, en EE. UU consultan 3,2 veces por año, Singapur 2,98 veces por año y en Argentina 3,1 veces por año.

A diferencia de las consultas ambulatorias, el número de visitas a la guardia por habitante varía significativamente entre EE. UU, Singapur y Argentina. Mientras en EE. UU. en 2021 el número de visitas a la guardia fue de 330 visitas por mil habitantes [17], en Singapur fue de 202 visitas por mil habitantes durante el mismo año [18]. En Argentina no se cuenta con este dato ni con estimaciones aproximadas.

Otra métrica de relevancia para entender el uso del sistema de salud es el número de internaciones por habitante. Tanto en Singapur como EE. UU. se realizan aproximadamente 130 admisiones por mil habitantes al año [19] [20]. Se estima que este número en Argentina debería ser significativamente menor ya que se cuenta solamente con 3,3 camas por mil habitantes siendo muy difícil alcanzar los números de EE. UU y Singapur. Cabe destacar que en todos los países se observan grandes diferencias regionales.

Cuando se hace foco en el dolor lumbar asumiéndolo como patología (reiteramos, incorrectamente desde el punto de vista científico), permite una comparativa más clara de la tasa de uso entre los diferentes sistemas de salud de los países. También al ser más específica la comparativa se asume que la variabilidad de datos será menor. A continuación, se describirá la tasa de consulta por dolor lumbar, la cantidad de resonancias magnéticas nucleares y TC, la tasa de intervención quirúrgica, el uso de analgésicos y la tasa de uso de kinesiología y terapia manual

El dolor lumbar crónico es la condición de dolor más prevalente y la principal causa de incapacidad a nivel global. Se estima que al menos la mitad de la población mundial sufrirá de dolor lumbar en el transcurso de su vida [21]. De esos pacientes entre el 20 y el 40% repetirá sintomatología de dolor dentro del año. La mayoría de los pacientes tienden a consultar a más de un médico por el dolor [22]. Anualmente, se estima que el 10% de la población mundial presenta dolor lumbar. En Suecia 238 adultos por cada 10.000 habitantes consultan por primera vez por dolor lumbar [23]. Similar a lo que pasa a nivel global, EE. UU. y Singapur

presentan una prevalencia aproximada del 8% [24] [25]. Asumiendo que nuestra muestra poblacional es representativa de lo que ocurre a nivel nacional, la prevalencia de dolor lumbar es de 11%. En resumen, la prevalencia de dolor lumbar en EE. UU y Singapur es de 8% y en Argentina del 11%.

Los métodos de imágenes son uno de los pilares en el diagnóstico de la etiología del dolor lumbar. La resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía computada (CT) son los estudios más avanzados y costosos. Las guías de manejo del dolor lumbar establecen criterios para su correcto uso. Al ser tecnología de avanzada, estos métodos son una de las variables más importantes en la determinación de los costos, no solo por el costo directo del estudio, sino que también la cascada de estudios o procedimiento que su resultado arroja. Estudios innecesarios pueden llevar a estudios adicionales o derivaciones a otros especialistas que pueden resultar en procedimientos invasivos de limitado o cuestionable beneficio. El uso de estos métodos se extrapola de subpoblaciones presentadas en artículos científicos, es decir, se infiere el uso de RMN en EE. UU. a partir de estudios científicos realizados en EE. UU. Lo mismo se aplicará para Singapur. Un estudio realizado en Boston encuestó a médicos sobre su supuesto proceder en pacientes con dolor lumbar. Les envió dos hipotéticos casos de pacientes de baja y mediana complejidad, les consultó sobre posibles métodos diagnósticos y terapéuticos. Cabe destacar que ninguno de los 2 hipotéticos casos tenía indicación de estudios de imágenes de alta complejidad. Posteriormente clasificó si estas respuestas eran correctas en caso de que siguiesen los criterios de las guías o incorrectas si no lo seguían. De la muestra de 720 médicos, en el primer caso (el de baja complejidad) el 2,8% de los médicos solicitó incorrectamente una RMN y el 2,1% una CT. Estos números cambian radicalmente en el caso de mediana complejidad. El 63% ordenó una RMN y el 10% una CT [26]. Este trabajo de investigación es similar al que realizaron en Italia (útil a fines comparativos) donde en promedio el 21% de los médicos solicitó incorrectamente una RMN y el 35% ordenó sin sustento científico una CT [27]. En estos 2 estudios podemos ver la tasa de uso libre de “sesgos” de la vida real donde pueden influir variables como el estatus socioeconómico del paciente, honorarios por derivación o presiones del centro para realizar más estudios. Cuando vemos números de la práctica habitual, vemos que el porcentaje de RMN o CT es

similar al de los estudios “teóricos”. El único que mostró un porcentaje bajo de pedidos de imágenes fue también realizado en la ciudad de Boston. Incluyó 23.918 visitas y mostró que el uso de imágenes de alta complejidad aumento entre el 2000 y el 2011 para mantenerse estable posteriormente. En promedio el 11% de los pacientes que se presentaban a la consulta por dolor lumbar recibió la indicación de CT o RMN [24]. El porcentaje era mayor cuando la presentación del dolor era aguda y disminuía cuando la presentación del dolor era crónica. Ivanova et al. también estudió el pedido de imágenes en pacientes con dolor lumbar. Incluyó 211.551 pacientes entre 18 y 64 años durante el 2004 y 2006. A diferencia del estudio previamente citado, el estudio de Ivanova mostró que al 18% de los pacientes con dolor lumbar se le solicitaba una RMN y al 1,4% una CT [28]. En otro estudio, Fritz et al. en Salt Lake, Utah, siguió a 32.070 pacientes con dolor lumbar. El 18,9% de los pacientes incluidos en el estudio fueron referidos a RMN o CT [29]. Cuando comparamos Singapur con EE. UU. no varía significativamente. En un estudio unicentrico de Singapur aproximadamente un cuarto de los pacientes (26,2%) se le solicitó un método de imagen avanzado. Cabe destacar que este estudio incluyó solamente 282 individuos [30]. En contraste, otro estudio en Singapur también unicentrico estudiaron pacientes que fueron referidos a terapia manual por dolor lumbar. En este grupo de pacientes el uso de RMN o CT fue ampliamente superior, al 76% de los pacientes se le realizó algún método diagnóstico [31]. En tanto en Argentina este número es similar a lo que ocurre en Singapur donde casi un cuarto de los pacientes es sometido a algún método de imágenes avanzado. En resumen, en EE. UU al 18% se le indicó estudios de imágenes avanzados, en Singapur 25-75% y Argentina 25%.

El uso de medicamentos analgésicos y/o anti-inflamatorios en la lumbalgia, es otra variable que se podría considerar para evaluar la tasa de uso de un sistema de salud. Citando nuevamente a estudio realizado por Ivanova et al., vemos que casi el 70% de los pacientes con dolor lumbar recibió algún tipo de medicación para paliarlo. El 41,6% del total de la población recibió algún opioide [28]. El uso de opioides fue mayor en el estudio de Fritz et al. donde el 49% de la población recibió dicha familia de medicamentos. Finalmente, un tercer estudio describe que el 36% de los pacientes en el año 2010 recibió algún tipo de derivado opiáceo para el dolor lumbar [24]. Lamentablemente no se encontró publicación

alguna que reporte el uso de medicación analgésica o antiinflamatoria en el dolor lumbar en Singapur. Por su parte en Argentina el 90% de la población con dolor lumbar utilizó algún tipo de medicación para dicha patología. En resumen, en EE. UU el 70% de la población recibió algún tipo de medicación y en Argentina el 25%. No se cuentan con datos de Singapur.

El uso de terapia no invasiva (kinesioterapia, masajes o terapia física) es una herramienta útil para el tratamiento. Mafi et al. analizó entre el año 1999 y 2010 el uso de terapia manual. En su seguimiento anual de pacientes con dolor lumbar (entre 3300 y 4500 individuos por año) evidencia que aproximadamente un 30% por año de estos pacientes recibió algún tipo de tratamiento con terapia manual [24]. Ivanova, en su estudio previamente citado, mostró que el 46% de los pacientes recibió algún tipo de tratamiento no invasivo. De estos el 34% realizó tratamiento kinésico [28]. En tanto Freburger et al. realizaron un estudio multicéntrico con centros de diferentes regiones de EE. UU [32]. Los autores observaron que un 38% de 30.255 pacientes con dolor lumbar fue referido a terapia manual. En comparativa con Singapur se observa un aumento del uso de la terapia manual. En el seguimiento a pacientes con dolor lumbar en el centro de Tan Tock Seng Hospital de Singapur, de 282 pacientes el 60% fue referido a terapia manual [30]. En Argentina el uso de terapia manual para el dolor lumbar es menor al publicado en EE. UU. y Singapur siendo del 22%. En resumen, en EE. UU el 35% de los pacientes recibió algún tipo de terapia manual, en Singapur 60% y en Argentina el 22%.

La última comparativa es la tasa de intervención quirúrgica en los pacientes con dolor lumbar. Esta terapéutica es la más costosa para el sistema de salud en términos económicos y la más demandante en términos físicos para el paciente. En el mismo estudio del Hospital de Tan Tock Seg de Singapur la tasa de intervención quirúrgica fue de 9,2% [30]. En contraste, en otro estudio unicentrico de Singapur, donde estudiaron a todos los pacientes referidos a terapia manual la tasa de intervención quirúrgica fue significativamente menor. La misma fue de 2,2% [31]. Este porcentaje va en sintonía con los números observados en los estudios realizados en EE. UU. El número de intervenciones quirúrgicas en el trabajo de Ivanova et al. fue de 2,05% de intervenciones mientras que en el del Fritz et al. fue de 2,5% [28] [29]. En Argentina la tasa de intervención fue de 3%. En resumen, en EE. UU el 2,5% de los pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, Singapur entre el 2,2% y el 9% y en Argentina el 3%.

Tabla 4 - Resumen de la tasa de uso de las diferentes variables según cada país⁴

	Singapur	Estados Unidos	Argentina
Consultas por habitante por año	3	3,2	3,1
Visitas a guardia (x mil habitantes)	202	330	¿?
Internaciones (x mil habitantes)	130	130	¿?
Incidencia dolor lumbar	8%	8%	11%
RMN o CT	26%	≈18%	24,5%
Uso de medicamentos	¿?	70%	90%
Terapia manual	60%	≈35%	22%
Intervención quirúrgica	2,2-9%	≈2,5%	3%

⁴ Esta tabla fue realizada en base a la información aportada en texto donde se encuentra la cita bibliográfica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A lo largo de esta tesis, se ha explorado la hipótesis de que un sistema de salud completamente privado y sin intermediarios podría resultar en una reducción de los costos médicos para los usuarios. Siguiendo los conceptos teóricos de economía donde la dinámica de la competencia lleva a una mejora en la eficiencia, por ende, costos y resultados, se ha argumentado que un sistema de salud totalmente privado incentivaría la mejora continua, la innovación y la reducción de precios mediante la competencia entre prestadores.

Cuando vamos de la teoría de los modelos de salud a la práctica, nos encontramos con un amplio abanico de matices. Desde países con sistemas totalmente públicos a sistemas completamente privados. Sin embargo, no existe una correlación clara entre el tipo de sistemas y el resultado que obtiene. Tampoco se presenta una correlación entre el tipo de sistema y el gasto por porcentaje del PBI o el gasto por PBI y los resultados obtenidos por el sistema de salud.

Podríamos presuponer que un sistema privado incentivaría el uso ya que busca la mayor rentabilidad de los recursos. No obstante, cuando se toma el dolor lumbar como representante del uso que se le da al sistema de salud vemos que no existe diferencia en la tasa de uso entre países o sistemas de salud. En las dos variables que mayor recurso consumen, imágenes e intervenciones quirúrgicas, vemos que Singapur, que es uno de los países que menos gasta y mejores resultados tiene, utiliza sus recursos con mayor frecuencia que EE. UU. que es el país que mayor gasto tiene por un amplio margen. De esto surge la pregunta ¿por qué EE. UU. gasta más si usa menos? La respuesta creemos que no viene dada por la configuración del sistema de salud si no que viene dada por la transparencia del sistema de salud. En Singapur como explicamos previamente todos los prestadores están obligados a informar el costo de sus prácticas mientras que EE. UU. es uno de los sistemas más opacos en relación a la información de sus costos. La transparencia podría ser el ancla que no permite disparar los precios de las prácticas y por ende los costos. Cuanto más opaco es el sistema de salud en sus precios más caro será sin importar su tasa de uso o configuración.

En Argentina, las OS y prepagas se basan en el principio del pool de riesgo, es decir que cuantos más individuos integren el conjunto o la OS o prepaga, menor es el riesgo de que un caso aislado consuma los recursos llevando a la quiebra a la institución. Así es como un número mayor de personas obtienen cobertura a un costo más accesible. Como el usuario abona un monto fijo a la prepaga u OS y estas a su vez pagan por servicios a los prestadores se predispone a un abuso del uso. Este abuso del sistema podría regularizarse con copagos. Sin embargo, en la práctica diaria la gran mayoría lo evita ya que los usuarios presentan extensas quejas y se niegan a abonar los gastos extras. Lamentablemente, la teoría de pool de riesgo choca con un sistema de salud desorganizado y poco transparente. El ejemplo más claro de esto son las OS (pagadores) que contratan los servicios de prepagas (también pagadores) quienes en última instancia negocian individualmente con cada prestador el valor de una práctica, es decir que cada prestador según su poder de negociación tendrá un precio distinto que no se le informará ni a los médicos que ejercen en el prestador, ni a los miembros de la prepaga u OS y mucho menos a otros prestadores. Es así como en octubre de 2024 un estudio llamado score de calcio (se utiliza para estratificar el riesgo de posibles eventos vasculares) realizado con el mismo tomógrafo e informado por la misma persona en el Instituto de Cardiovascular de Rosario (ICR) cuesta \$365.000 y \$98.000 en el Instituto de Cardiología y Neurología de Casilda. Siguiendo nuestra hipótesis de desintermediación en la medicina para abaratar sus costos y considerando los ejemplos de EE. UU y Singapur tendríamos que contemplar 2 preguntas claves a lo planteado: la desregularización del sistema, ¿traería mayor transparencia? Y segundo ¿mejora la accesibilidad?

Al ser completamente particular, asumimos que los intermediarios como son OS y prepagas dejarían de existir. Al no estar más presentes estos los usuarios deberían averiguar el costo de las prácticas de los prestadores corriendo así el velo que esconde los precios. También, podemos asumir que al ser el usuario quien realiza el pago buscaría informarse con más exactitud que incluiría exactamente su pago y cuál es la calidad del servicio que le brindan. Esto hipotéticamente sería un motor de mejora continua en los prestadores. A pesar de esta supuesta mejora, la desintermediación del sistema podría no ampliar la accesibilidad al sistema de salud ya que muchas personas no ahorrarían para pagar ante eventualidades en

su salud. En contraposición se podría argumentar que al bajar los costos por la transparencia las personas de bajos recursos tendrían más chances de acceder a atención medica de calidad.

Finalizando, aunque un sistema de salud totalmente privado podría abaratar costos al ser más transparente, esto no necesariamente se traduce en una mayor accesibilidad a la población. En definitiva, la viabilidad de un sistema completamente privado como solución para abaratar la medicina debe evaluarse no solo desde una lógica económica, sino también desde una perspectiva ética, social y de salud pública. Así, esta tesis invita a un debate más amplio sobre el equilibrio entre eficiencia económica y justicia social en los sistemas de salud.

LISTA DE REFERENCIAS

- [1] D. d. c. d. E. U. d. America. [En línea]. Available: <https://www.trade.gov/market-intelligence/singapore-healthcare#:~:text=Singapore's%20healthcare%20spending%2C%20comprising%20both,up%20to%209%25%20by%202029.>
- [2] Bloomberg, «Most Efficient Health Care Around the World,» *Bloomberg*, 2020.
- [3] W. H. Federation, «The World Health Report 2000 : Health Systems : Improving Performance,» World Heart Federation, Geneva.
- [4] W. H. Organization, «World Health Organization,» [En línea]. Available: www.who.int.
- [5] The Commonwealth Found, «The Commonwealth Found,» Enero 2023. [En línea]. Available: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022>.
- [6] Canadian Institute for Health Information, «Health spending in Canada reaches \$264 billion,» 2021.
- [7] Canadian Institute for Health Informatin, «National health expenditure trends, 2024 — Snapshot,» Canadian Institute for Health Informatin, 2024.
- [8] A. P. M. A. Q.-V. N. R. C. B. V. G. P. M. Danielle Martin, «Canada's universal health-care system: achieving its potential,» *Lancet*, vol. 23, nº 391, p. 1718–1735, 2018.
- [9] Expansion - Datos Macro, «Datos Macro,» [En línea]. Available: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/argentina#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,6%2C25%25%20del%20PIB..> [Último acceso: Febrero 2025].
- [10] Ministerio de la Salud - Argentina, «Argentina.gob.ar,» 6 Febrero 2023. [En línea]. Available: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-de-la-nacion-anuncio-el-valor-mas-bajo-de-mortalidad-infantil-en-la#:~:text=historia%20del%20pa%C3%ADs-,El%20Ministerio%20de%20Salud%20de%20la%20Naci%C3%B3n%20anunci%C3%B3%20el%20valor,un%20punt.>
- [11] Organización Panamericana de la Salud, «Organización Panamericana de la Salud - Argentina,» 15 09 2024. [En línea]. Available: [https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/argentina#:~:text=En%20lo%20que%20ata%C3%B1e%20a,en%20el%202000%20\(73.9\)..](https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/argentina#:~:text=En%20lo%20que%20ata%C3%B1e%20a,en%20el%202000%20(73.9)..)
- [12] B. M. S., «Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina,» *Rev. Gerenc. Polít. Salud.*, vol. 15, nº 30, pp. 234-250, 2016.

- [13] The Lancet, «The global epidemic of low back pain,» *The Lancet Rheumatology*, vol. 5, p. e305, 2023.
- [14] Fortune Bussines Inside, «Chronic Lower Back Pain Treatment Market Size, Share & COVID-19 Impact Analysis, By Drug Class (Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs, Antidepressants, Analgesic, Opioids, and Others), By Route of Administration (Oral, Topical, and Others), By Distributio,» Fortune Bussines Inside, 2025.
- [15] S. L., «National Ambulatory Medical Care Survey: 2019 National Summary Tables,» Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Statistics, 2020.
- [16] S. Yan, «Characteristics and Health Care Utilization of Different Segments of a Multiethnic Asian Population in Singapore,» *JAMA*, vol. 2, nº 9, p. e1910878, 2019.
- [17] R. Y. Hsia, «Patterns in Patient Encounters and Emergency Department Capacity in California, 2011-2021,» *JAMA*, vol. 6, nº 6, p. e2319438, 2023.
- [18] I. J. Low, «2021 NEDI-Singapore study: an updated inventory of emergency department characteristics,» *Singapore Med J*, p. 271, 2023.
- [19] J. Yang, «Statista,» Febrero 2024. [En línea]. Available: <https://www.statista.com/statistics/1065512/hospital-admission-rates-by-state-us/#statisticContainer>.
- [20] C. D. Foo, «Community hospitals of the future: the role of community hospitals to mitigate health system burden in Singapore,» *Frontiers in Health Services*, vol. 4, 2024.
- [21] N. A. Scott, «Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap.,» *Pain research & management*, vol. 15, nº 6, p. 392–400, 2010.
- [22] W. EL, «Healthcare provider back pain beliefs unaffected by a media campaign.,» *Scand J Prim Health Care.*, vol. 26, nº 1, pp. 50-6, 2008.
- [23] A. Jöud, «Low back pain: epidemiology of consultations.,» *Arthritis care & research*, 64(7), 1084–1088., vol. 64, nº 7, p. 1084–1088, 2012.
- [24] J. N. Mafi, «Worsening trends in the management and treatment of back pain.,» *JAMA internal medicine*, vol. 173, nº 7, pp. 1573-1581, 2013.
- [25] L. Ge, «Chronic low back pain and its impact on physical function, mental health, and health-related quality of life: a cross-sectional study in Singapore.,» *Scientific reports*, vol. 12, nº 1, p. 20040, 2022.
- [26] B. S. Webster, «Physicians' initial management of acute low back pain versus evidence-based guidelines. Influence of sciatica.,» *Journal of general internal medicine*, vol. 20, nº 12, pp. 1132-1135, 2005.

- [27] S. Negrini, «General practitioners' management of low back pain: impact of clinical guidelines in a non-English-speaking country.,» *Spine*, vol. 26, nº 24, p. 2727–2734, 2001.
- [28] J. I. Ivanova, «Real-world practice patterns, health-care utilization, and costs in patients with low back pain: the long road to guideline-concordant care.,» *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, vol. 11, nº 7, p. 622–632, 2011.
- [29] J. M. Fritz, «Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs.,» *Spine*, vol. 37, nº 25, p. 2114–2121, 2012.
- [30] F. L. Loy, «Health professionals' referral practice and related healthcare utilization for people with low back pain in Singapore: A retrospective study.,» *Hong Kong Physiother J. .*, vol. 39, nº 1, pp. 1-14, 2019.
- [31] V. Moorthy, «arly physiotherapy referral for low back pain reduces healthcare utilisation for advanced imaging and specialist spine surgery consultations.,» *Singapore medical journal*, nº 10, p. 4103, 2024.
- [32] J. K. Freburger, «Physician referrals to physical therapists for the treatment of spine disorders.,» *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, vol. 5, nº 5, pp. 530-541, 2005.
- [33] "Means Testing at Singapore public hospitals". Moh.gov.sg. Junio 6 2016.
- [34] The Commonwealth Fund. (2023). *U.S. health care from a global perspective, 2022: Accelerating spending, worsening outcomes*.
<https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022>